



**Универзитет Привредна академија у Новом Саду  
Правни факултет за привреду и правосуђе**

**Мр Озрен УЗЕЛАЦ**

**Регулаторно-правни оквир заштите  
потрошача из односа осигурања**

**Докторска дисертација**

**Ментор**

**Проф. др Слободан ЈОВАНОВИЋ**

**Нови Сад, 2016.**

**Универзитет Привредна академија у Новом Саду  
Правни факултет за привреду и правосуђе**

**Мр Озрен УЗЕЛАЦ**

**Регулаторно-правни оквир заштите  
потрошача из односа осигурања**

**Докторска дисертација**

**Нови Сад, 2016.**

**University of Business Academy in Novi Sad  
Faculty of Law for Economics and Justice**

**Ozren UZELAC, MA**

**Regulatory Framework for the Consumer  
Protection in Insurance Relation**

**Doctoral Dissertation**

**Novi Sad, 2016**

## ПОДАЦИ О МЕНТОРУ И ЧЛАНОВИМА КОМИСИЈЕ

### Ментор:

Др Слободан ЈОВАНОВИЋ, редовни професор Правног факултета за привреду и правосуђе Универзитета Привредна академија у Новом Саду

### Чланови Комисије:

Др Марко ЦАРИЋ, редовни професор Правног факултета за привреду и правосуђе Универзитета Привредна академија у Новом Саду

Др Драган МРКШИЋ, редовни професор Факултета техничких наука Универзитета у Новом Саду

Др Слободан ЈОВАНОВИЋ, редовни професор Правног факултета за привреду и правосуђе Универзитета Привредна академија у Новом Саду

Датум одбране: \_\_\_\_\_ 2016. године

# РЕГУЛАТОРНО-ПРАВНИ ОКВИР ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА ИЗ ОДНОСА ОСИГУРАЊА

## РЕЗИМЕ

У докторској дисертацији аутор анализира дефиниције појмова „потрошач” и „корисник услуге осигурања” јер садржина тих појмова опредељује круг лица са статусом потрошача и која, због тог својства, уживају заштиту у правном односу са јачом уговорном страном. Аутор посебно анализира како је заштита уговарача осигурања на основу разликовања великих и масовних ризика спроведена у националним законима држава чланица ЕУ.

Када се ради о преговарању о условима уговора, уговорне стране имају заједнички интерес у размени информација, јер на тај начин могу да уштеде у трошковима преговарања и да брзо сазнају њима важне чињенице због којих би закључиле или одбиле да закључе уговор о осигурању. Зато се у раду анализира област узајамног информисања уговорних страна у односу осигурања, а посебно из угла заштите корисника услуге осигурања. Прво се разматрају правни а затим економски аспекти информисања уговорних страна, а затим обавезе друштава за осигурање и друштава за посредовање у вези са информисањем корисника услуге осигурања у упоредном и српском праву осигурања.

Циљеви рада су били да се анализирају својства и околности у којима се неко лице сматра потрошачем на кога се примењују правила о заштити његових интереса, да се сагледају правила уговорног и статусног карактера којима се у различитим околностима штите интереси корисника услуге осигурања и да се истраже разлози за законску заштиту корисника услуга осигурања, а посебно разлози за увођење обавезе информисања уговарача осигурања.

Приликом обраде постављених циљева, аутор је анализирао теоријске ставове одабраних домаћих и страних правних и економских аутора, прописе Републике Србије и одређени број прописа држава чланица Европске уније, користећи нормативни и упоредно-правни метод, као и логичке методе закључивања.

У дисертацији је приказан утицај нове парадигме заштите корисника услуга осигурања кроз улогу и значај надзорног и регулаторног органа на решавање приговора корисника услуге осигурања.

Резултат истраживања је да постоје институционални недостаци правног оквира

за спровођење заштите потрошача из односа осигурања и да је алтернативно решавање спорова из односа осигурања нетранспарентно и да ствара неизвесност код потрошача услуга осигурања у погледу могућности институционалног решења спора без учешћа суда. На крају истраживања потврђена је главна хипотеза да су свеобухватни правни оквир и ефикасни институционални механизми алтернативног решавања спорова, гаранција правичне и уравнотежене заштите потрошача из уговора о осигурању.

**Кључне речи:** потрошач, заштита, уговарач осигурања, корисник осигурања, осигурање, информисање, слабија уговорна страна, омбудсман

Научна област: **привредно право**

Ужа научна област: **право осигурања**

УДК: 366.542:368

# **REGULATORY FRAMEWORK FOR THE CONSUMER PROTECTION IN INSURANCE RELATION**

## **Summary**

In doctoral dissertation author examines notions of the terms “consumer” and “insurance service user” because their content determines the circle of persons with consumer status and who, due to their features, enjoy protection in the legal relation with a stronger contract party. Author analyzes how policyholder protection has been transposed into the national laws of the EU Member States based on the large and mass risk definition.

When it comes to negotiations about policy terms, contractual parties have a common interest in exchange of information, because they can save negotiation expenses and quickly learn important facts on which they would accept or reject to agree insurance policy. Hence, dissertation deals with the field of mutual disclosure between contract parties to insurance relation, particularly from the angle of the protection of insurance service user. Legal and economic aspects of the contract parties disclosure are reviewed first, then the duties of the insurance companies and insurance intermediaries to inform insurance service user in the comparative and Serbian insurance laws.

Dissertation objectives were to examine features and circumstances in which certain person would be considered consumer subject to the rules for protecting his / her interests, to review the rules of the contract and regulatory nature, protecting, in different situations, insurance service user’s interest and to explore reasons for the legal protection of the insurance service user and particular reasons for introducing duty of disclosure towards policyholder.

In the processing of the objectives set, the author has analyzed theoretical views of the selected domestic and foreign legal and economic commentators, legislation of the Republic of Serbia and a number of EU Member States’ legislation, using normative and comparative methods, as well as logical methods of illation.

The new paradigm influence of the insurance service user protection has been presented in the dissertation through the role and importance of the supervisory and regulatory body on the resolution of the insurance service user complaint.

The result of the research has shown that there are institutional flaws in the legal framework for protection of the consumer in insurance relation and that the alternative insurance dispute resolution mechanism is opaque and creates uncertainty with insurance

service consumers over the possibility of an institutional dispute resolution without court engagement. At the end of the research, the main hypothesis that a fair and balanced protection of the insurance consumer protection is guaranteed by the all-inclusive legal framework and efficient institutional mechanisms for alternative dispute resolution has been confirmed.

**Key words:** Consumer, Protection, Policyholder, Insurance Beneficiary, Insurance, Disclosure, Weaker Contractual Party, Ombudsman

Scientific field: **Commercial law**

Field of scientific expertise: **Insurance Law**

UDC: 366.542:368



## **Изрази захвалности**

Посебну захвалност за израду ове дисертације дугујем проф. др Слободану Јовановићу на свесрдној подршци и помоћи.

Нови Сад, август 2016. године.

Озрен Узелац

## САДРЖАЈ

УВОД.....	1
1. Предмет истраживања .....	1
2. Циљ истраживања .....	4
3. Основне научне хипотезе и очекивани резултати .....	5
Први део	
ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА.....	8
1. Заштита потрошача кроз историју.....	9
2. Настанак и развој политике заштите потрошача у ЕУ.....	14
3. Настанак и развој политике заштите потрошача услуге осигурања у ЕУ.....	17
3.1. Директиве о осигурању неживота.....	17
3.2. Директиве о осигурању живота.....	19
3.3. Директива о солвентности II.....	20
3.4. Директива о посредовању у осигурању.....	22
3.5. Директива о продаји осигурања .....	26
3.5.1. Обавеза посредника у осигурању и друштава за осигурање на давање информација .....	29
3.5.2. Сукоб интереса и транспарентност .....	31
3.5.3. Савет и стандарди за продају када се не пружа услуга саветовања .....	32
3.6. Остале директиве које се примењују на осигурање .....	35
4. Дефиниција појма „потрошач” .....	42
4.1. Уводне напомене.....	42
4.2. Право ЕУ и национални прописи држава чланица ЕУ о кориснику услуге осигурања .....	45
4.3. Принципи европског уговорног права осигурања.....	49
4.4. Право САД.....	52
5. Разлози за заштиту корисника услуга осигурања .....	52
6. Општа и посебна правила о заштити интереса корисника услуге осигурања у правном систему Србије.....	57
6.1. Дефиниција корисника услуге осигурања.....	57
6.2. Настанак и развој политике заштите потрошача .....	60
6.3. Закон о облигационим односима.....	61

6.3.1. Општа начела уговорног права .....	62
6.3.2. Посебна правила о уговору о осигурању.....	65
6.3.3. Прописивање обавезне садржине општих услова осигурања и производа осигурања .....	71
6.3.4. Принцип сразмерности правила уговорног права и заштита осигураника .....	76
6.4. Принцип сразмерности у јавном праву и заштита осигураника .....	81
6.5. Закон о осигурању .....	83
6.6. Закон о заштити конкуренције .....	85
6.7. Закон о заштити података о личности .....	86
6.8. Одлука Народне банке Србије о начину заштите права и интереса корисника услуга осигурања.....	87
6.9. Кодекс о понашању у пословима обавезног осигурања .....	87
6.10. Кодекс пословне етике .....	93
6.11. Кодекс корпоративног управљања.....	97

## Други део

ИНФОРМИСАЊЕ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА.....	100
1. Значај узајамног информисања уговорних страна у односу осигурања.....	101
2. Обавеза осигуравача .....	105
2.1. Србија.....	105
2.1.1. Информисање уговарача осигурања пре закључења уговора .....	109
2.1.2. Информисање уговарача осигурања током трајања осигурања.....	113
2.2. Немачка.....	116
2.3. Француска.....	121
2.4. Информисање осигураника у приватном колективном осигурању.....	124
2.5. Обавештавање уговарача осигурања приликом закључења уговора на даљину и право на одустанак од закљученог уговора .....	127
2.6. Правне последице кршења обавезе информисања уговарача осигурања .....	133
3. Обавезе посредника у осигурању у вези са заштитом уговарача осигурања.....	135
3.1. Посебна обавеза .....	135
3.2. Обавеза заштите интереса странака.....	137
3.3. Обавеза пружања информација .....	139
3.3.1. Србија.....	139

3.3.2. Немачка.....	141
3.3.3. Француска.....	142
4. Заштита личних података корисника услуга осигурања.....	143

### Трећи део

ЗЛОУПОТРЕБА ЈАЧЕ УГОВОРНЕ СНАГЕ.....	146
1. Неправичне уговорне одредбе .....	147
1.1. Уводне напомене.....	147
1.2. Дефиниција неправичне уговорне одредбе у правима ЕУ и Србије.....	150
1.3. Примена Директиве о неправичним уговорним одредбама у неким државама чланицама ЕУ .....	153
1.3.1. Велика Британија.....	154
1.3.2. Немачка.....	156
1.3.3. Француска.....	158
1.4. Списак неправичних уговорних одредби Европске уније .....	161
1.5. Списак неправичних уговорних одредби у праву Србије.....	162
2. Неправична трговачка пракса .....	165
2.1. Европска унија .....	165
2.1.1. Преварни поступци.....	167
2.1.2. Преварни пропусти.....	168
2.1.3. Агресивни трговачки поступци.....	169
2.1.4. Списак неправичне и агресивне трговачке праксе .....	170
2.1.5. Забрана дискриминације у осигурању лица.....	171
2.2. САД.....	173
2.2.1. Искривљено представљање услова осигурања или осигуравача.....	176
2.2.2. Лажни финансијски извештај .....	177
2.2.3. Преварни називи, речи, симболи или слогани.....	177
2.2.4. Клеветање другог осигуравача, бојкот, притисци и производња страха .....	178
2.2.5. Забрана одобравања попушта и посебних погодности .....	179
2.2.6. Забрана дискриминације у осигурању живота.....	180
2.2.7. Радње које не представљају давање погодности или дискриминацију у осигурању живота .....	180
2.2.8. Неправични поступци и пракса осигуравача приликом	

процене и исплате одштетних захтева.....	182
--	-----

#### Четврти део

### АЛТЕРНАТИВНИ ПОСТУПАК ЗА ЗАШТИТУ ПРАВА

КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА.....	184
1. Поступак у вези са заштитом корисника услуга осигурања.....	185
1.1. Србија.....	185
1.1.1. Обавезе друштва за осигурање у вези са заштитом корисника услуге осигурања.....	186
а) Поступак одлучивања друштва за осигурање по приговору.....	187
б) Контрола, мере друштва за осигурање и извештавање НБС.....	190
1.1.2. Обавезе лица која обављају послове заступања у осигурању у вези са заштитом корисника услуге осигурања.....	191
1.1.3. Поступање Народне банке Србије по приговору корисника услуге осигурања.....	191
а) Када је корисник услуге осигурања поднео приговор без претходног обраћања даваоцу услуге осигурања.....	191
б) Подношење приговора НБС и његово решавање.....	192
в) Посредовање НБС у решавању спорова између корисника и даваоца услуге осигурања.....	194
1.2. Велика Британија.....	195
1.2.1. Увод.....	195
1.2.2. Обавезе осигуравача поводом решавања приговора.....	198
1.2.3. Обавезе осигуравача поводом приговора на осигурање кредита.....	201
а) Оцена приговора.....	201
б) Начин разматрања доказа.....	202
в) Анализа изворног узрока.....	204
г) Правила за одређивање последица кршења обавезе или пропуста.....	206
д) Општи стандарди поступања у вези са надокнадом за све врсте уговора о осигурању.....	207
е) Алтернативни стандарди поступања у вези са надокнадом код осигурања уз једнократну премију.....	209
1.2.4. Поступак решавања приговора пред Омбудсманом.....	211

1.2.5. Одлуке Омбудсмана .....	213
1.2.6. Независни ревизор Омбудсмана .....	219
а) Увод.....	219
б) Извештај независног ревизора .....	220
в) Препоруке независног ревизора.....	220
1.2.7. Сукоб начина одлучивања Омбудсмана са правним системом Велике Британије .....	221
1.2.8. Стандарди одлучивања Омбудсмана и суда .....	226
а) Рањиви осигураник .....	227
б) Опасне активности.....	231
в) Неиспуњена очекивања осигураника .....	232
г) Непоштене клаузуле из услова осигурања.....	237
д) Неограничена обавеза пријављивања битних чињеница .....	239
1.3. Немачка.....	242
1.3.1. Омбудсман осигурања.....	242
1.3.2. Органи управљања Омбудсмана .....	243
а) Скупштина.....	244
б) Управни одбор .....	245
в) Саветодавни одбор .....	245
г) Омбудсман.....	247
д) Арбитражни одбор .....	248
1.3.3. Надлежност Омбудсмана .....	250
1.3.4. Поступак пред Омбудсманом .....	252
1.3.5. Акт Омбудсмана .....	255
а) Примери примене закона кроз акт Омбудсмана .....	257
 ЗАКЉУЧАК.....	 268
 ЛИТЕРАТУРА.....	 280

*Све истине пролазе кроз три фазе: у првој фази она се исмева; у другој,  
њој се жестоко противи а у трећој, она се прихвата као очигледна.*

Артур Шопенхауер

# УВОД

## 1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА

Делатност осигурања дефинише се као мешовита економско-правна категорија, заснована на начелима узајамности и солидарности, која обезбеђује економску заштиту од одређених опасности или ризика који могу проузроковати материјалну штету или угрозити здравље физичких лица.

Имајући у виду новонасталу ситуацију у развоју нашег друштва, тежњу ка савременој држави у којој владају основни постулати ка напретку и укључивању у међународне токове, осигурање као област од посебног друштвеног интереса добило је одговарајуће место.

Чињеница да право о уговору о осигурању може да буде примењено у великој мери на штету слабије уговорне стране годинама привлачи пажњу судова, законодавних тела, теорије и праксе осигурања. У већини земаља је дошло до стварне реформе, у другима су измене прописа мањег значаја.

Заштити потрошача финансијских услуга, под којом се подразумева и услуга осигурања, посвећује се посебна пажња због њихове сложености, недовољног финансијског образовања потрошача, недовољне информисаности и недостатка транспарентности у презентацији финансијских производа. Ово због тога што уговор о осигурању садржи низ одредби којима се утврђују права и обавезе уговорних страна, обим осигуравајућег покрића и поступка накнаде штете. Као и у другим уговорима, услове утврђује осигуравач у форми стандардних одредби које штите његове интересе као јаче уговорне стране. Осигуравач је тако у позицији да значајно ограничи покриће ризика што може да открије само неко ко добро познаје правну регулативу и технику осигурања, што највећи број осигураника, појединаца, једноставно није у стању.

У оквиру докторске дисертације обрадиће се одређени број упоредних правних система држава Европске уније. Разлог за избор наведених држава лежи у чињеници да се све ове земље чланице Европске уније, што подразумева да друштвено, културно, правно, економско и историјско наслеђе ових земаља указује на могуће правце развоја институционалне заштите потрошача осигурања. Већи број држава чланица ЕУ спада у



групу развијених земаља са дугом традицијом развоја институција система и са различитим искуствима. Самим тим у докторској дисертацији ће се упоређивати решења у оним правним системима којима и наша земља тежи, а такође и у којима се на одређни начин врши уједначавање права у складу са директивама и другим прописима Европске уније.

Одабрани правни системи представљају добру основу за свеобухватно изучавање и уочавање предности и мана појединих решења. Одабрани узорак биће довољан за упоредно-правни приказ и за доношење одређених закључака у погледу сличности и разлика између предметних правних система. На овом узорку правних система, доћи ће се до конкретних решења која би могла да нађу примену и у нашем правном систему.

Иако се термин „заштита потрошача” као и друге сложенице (едукација потрошача, роба широке потрошње, потрошачко тржиште) појављује тек у новом веку, као и многи други правни послови укључујући и сам правни посао осигурања, чији се настанак везује за древне државе „плодног полумесеца” у старом веку (државе у долинама река Тигар, Еуфрат и Нил – прим. аут.), тако и заштита потрошача има своје корене у богатој традицији тих држава и народа. У раду ће се анализирати настанак и развој прописа о заштити потрошача у складу са опште прихваћеном периодизацијом историје и увидом у прописе и праксу појединих држава и народа, све до античке Грчке и Рима. У посебном делу рада биће обрађен настанак и развој политике заштите потрошача у Србији.

Након анализе настанка и развоја заштите слабије уговорне стране кроз историју, излагања ће се наставити са деловима посвећеним дефиницији потрошача. Одредити појам потрошач без објашњења са њим повезаним појмовима као што су потрошња, потрошачко друштво и конзумеризам било би неприкладно за разумевање ширег контекста у којем се тај појам користи. Са друге стране, утврдити дефиницију није нимало лак задатак за свакога ко жели да она буде садржајно адекватна и да обухвата све замисливе специфичности онога шта се дефинише.

Примена термина „потрошач” или „корисник” услуге осигурања неретко намеће питање њихове адекватности и свеобухватности. Ово не само у језичком и суштинском смислу, већ много више у контексту излагања о нормативним решењима појединих прописа, који и сами користе различите термине за означавање лица у својству потрошача услуге осигурања.

Као што је већ речено, разлози за заштиту потрошача произлазе из потребе њихове заштите као уговорне стране чија је преговарачка моћ слабија од друштава за осигурање. Управо слаба или непостојећа преговарачка снага и искуство су разлози због којих се уводи посебна заштита физичких лица која преговарају о закључењу уговора о осигурању.

Како је истакнуто у Белој књизи Европске комисије од 1. 12. 2005. године, због тога што се јавни сектор постепено повлачио из финансирања одређених делова система социјалне заштите, створила се потреба за директним учешћем грађана у финансијским пословима и самим тим, до потребе унапређења њиховог образовања, а да би се појачала потражња и промовисала добра пракса инвестирања, било је важно побољшати транспарентност и упоредивост финансијских производа и помоћи потрошачима да их разумеју (White Paper, 2005, 8).

Принцип сразмерности правног регулисања у уговорном праву осигурања и сразмерног коришћења законом установљених овлашћења надлежних органа са аспекта заштите осигураника биће обрађен посебно. Принцип сразмерности се као критеријум правног регулисања и одлучивања јавља применом различитих језичких формулација. Оне, по правилу, треба да обезбеде остваривање циља правне норме или одлуке у обиму прописаном Уставом и законима.

Током преговора уговорне стране размењују информације да би размотриле корисност предложеног уговора осигурању. Уговорне стране имају заједнички интерес у размени информација, јер на тај начин оне могу да уштеде у трошковима преговарања и да брзо сазнају њима важне чињенице. Зато, се обавеза давања информација у праву осигурања одувек сматрала узајамном дужношћу која се примењује на осигураника и осигуравача.

Приликом закључења формуларних уговора разлика у уговорној снази може довести до правне и стварне неједнакости уговорних страна, посебно приликом закључења потрошачких уговора. Страна која саставља текст формуларног уговора је у позицији да другој уговорној страни наметне клаузуле које су за њу неповољне. Опште је познато да осигуравачи доносе услове осигурања којима стандардизују обим ризика и на општи начин одређују садржину уговора о осигурању. Општи и посебни услови морају бити сачињени тако да буду јасни и прецизни, кохерентни и транспарентни, лако разумљиви, да су сачињени у доброј вери у смислу праведног регулисања односа уговорних страна, и да не укључују неке друге услове или документа који нису уговарачу осигурања предати приликом закључења уговора. Међутим, увек постоји

тенденција коришћења уопштених уговорних одредби које установљавају превелики терет за уговарача осигурања. Због тога, ћемо у посебном делу пажњу посветити дефиницији неправичне уговорне одредбе у праву ЕУ и у српском праву, примени Директиве о неправичним уговорним одредбама у неким државама чланицама ЕУ и неправичној трговачкој пракси.

Алтернативно решавање спорова представља модерну тековину која треба да смањи трошкове парничења и омогући заинтересованим странама да ефикасно уређују спорна питања својих правних односа. У том смислу, институционални органи за мирене и вансудско решавање спорова имају све већу улогу у упоредним правним системима, те ће се у посебном делу анализирати предметни механизми код нас, у Великој Британији и Немачкој.

## 2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживањем у оквиру предмета ове дисертације, планирамо да остваримо шест примарних и више секундарних циљева.

Први циљ је истраживање настанка и развоја институционалне заштите потрошача кроз историју, а затим кроз прописе Европске уније.

Други циљ је да се анализирају дефиниције појмова „потрошач” и „корисник услуге осигурања” јер садржина тих појмова опредељује круг лица са статусом потрошача и која, због тог својства, уживају заштиту у правном односу са јачом уговорном страном. Посебно ће се анализирати како је заштита уговарача осигурања на основу разликовања великих и масовних ризика спроведена у националним законима држава чланица ЕУ. Секундарни циљ је да се анализирају својства и околности у којима се неко лице сматра потрошачем на кога се примењују правила о заштити његових интереса.

Трећи циљ је анализа узајамног информисања уговорних страна у односу осигурања, а посебно из угла заштите корисника услуге осигурања. У постизању овог циља разматраће се правни и економски аспекти информисања уговорних страна, а затим обавезе друштава за осигурање, друштава за посредовање и друштава за заступање у вези са информисањем корисника услуге осигурања. Имајући у виду важности давања информација од стране осигуравача, посредника и заступника

приликом закључења уговора предмет разматрања ће бити саопштавање информација регулисаних директивама ЕУ.

Секундарни циљ је да се да се сагледају правила уговорног и статусног карактера којима се у различитим околностима штите интереси корисника услуге осигурања.

Четврти циљ је да се истраже разлози за законску заштиту корисника услуга осигурања.

Пети циљ је да се анализира правни оквир заштите корисника услуге осигурања од неправичних уговорних одредби у домаћем и упоредном праву, које слабију уговорну страну стављају у неповољан положај или јој ограничавају права из уговора, посебно у погледу осигуравајућег покрића или остваривања надокнаде штете.

Шести циљ је да се истражи институционално решавање приговора корисника услуге осигурања пред надлежним органом. Посебна пажња ће бити посвећена ефикасности и адекватности решавања приговора (жалби, притужби – прим. аут.) корисника осигурања.

Иако у раду неће бити обухваћен један део правних извора земаља ЕУ, сматрамо да ће резултати испитивања оправдати тако постављен предмет рада и по томе што ће их моћи користити други аутори приликом својих истраживања, у њему размотрених, извора права као и права других држава чланица ЕУ. Коначно, спроведена истраживања представљаће солидну основу за неке закључке који могу да послуже за обликовање решења која ће одговарати потребама реформе нашег права осигурања.

### 3. ОСНОВНЕ НАУЧНЕ ХИПОТЕЗЕ И ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Разноврсност и међусобна повезаност принципа, института и поступака у области заштите корисника услуге осигурања намеће потребу формулисања одређеног броја хипотеза. У складу са предметом и циљевима истраживања на основу теоретских и истраживачких података постављене су следеће хипотезе:

**Хипотезе** овог истраживања заснивају се на премиси да је правно регулисање институционалне заштите потрошача услуге осигурања у складу са стандардима уравнотежености, сразмерности и правичности, *conditio sine qua non* ефикасног и ефективног система остваривања права потрошача у односу осигурања.

Главна хипотеза истраживачког рада је:

**Свеобухватни правни оквир и ефикасни институционални механизми алтернативног решавања спорова, гаранција су правичне и уравнотежене заштите потрошача из уговора о осигурању.**

Остале хипотезе су:

**I – Дефиниција појма „потрошач” није адекватна за област осигурања, јер не обухвата сва заинтересована лица која се могу појавити као корисници услуге осигурања.**

**II – Обавеза осигуравача на информисање уговарача осигурања није гаранција потпуне заштите интереса свих корисника услуге осигурања.**

**III – Заштита права корисника услуга осигурања није сама себи циљ, већ један од механизма за остварење пословних циљева друштва за осигурање.**

**IV – Постојећим начином институционалне заштите потрошача услуге осигурања пред надзорним органом, не обезбеђује се највиши ниво њихове правне заштите.**

**V – Заштита корисника услуга осигурања све више се регулише правилима пословне етике, а мање когентним нормама.**

**VI – У наш правни систем неопходно је увођење институције омбудсмана осигурања.**

Полазећи од основних хипотеза у истраживању статуса и перспективе осигуравајућих друштава у Србији са становишта заштите потрошача из односа осигурања, очекивани резултати се односе на доказивање да:

- Постоје институционални недостаци правног оквира за спровођење заштите потрошача из односа осигурања и
- Алтернативно решавање спорова из односа осигурања је нетранспарентно и ствара неизвесност код потрошача услуга осигурања у погледу могућности институционалног решења спора без учешћа суда, али истовремено доприноси смањивању броја судских спорова.

Предмет и циљ истраживања који су постављени условљавају и методе који се примењују у оквиру овог истраживања. Тако ће у обради ове теме бити коришћени уобичајени методи друштвених наука и методи који се користе у правним истраживањима попут историјског, упоредно-правног и правно-догматског. Историјски метод биће преваходно заступљен у делу који се бави настанком и развојем заштите потрошача, односно уговарача осигурања. Компарација ће бити доминантан метод када се буду упоређивали различити правни системи осигурања и заштите потрошача услуге осигурања. Користићемо, такође, и правно-догматски метод у погледу тумачења правних норми. У том смислу биће коришћено граматичко, логичко и циљно тумачење појединих правних појмова у циљу одређивања њихове правне садржине. Првенствено ће се користити метод нормативне анализе директива ЕУ, законских текстова и међународних докумената који регулишу ове институте, као и метод анализе садржаја докумената и постојећих научних и стручних радова о овом питању.

У емпиријском делу истраживања тежиште ће бити на компаративној институционалој анализи која се заснива на претпоставци да различите традиције у економском, друштвеном и институционалном окружењу у великој мери су превазиђене што је већи степен уједначености права ЕУ.

Први део

ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА

## 1. ЗАШТИТА ПОТРОШАЧА КРОЗ ИСТОРИЈУ

Иако се термин „заштита потрошача” као и друге сложенице (едукација потрошача, роба широке потрошње, потрошачко тржиште) појављује тек у 19. веку (Vec, 2009, 169), као и многи други правни послови укључујући и сам правни посао осигурања, чији се настанак везује за древне државе „плодног полумесеца” у старом веку, тако и заштита потрошача има своје корене у богатој традицији тих држава и народа.

Сматра се да трагови рудиментарне заштите потрошача потичу још из Индије 3.200 године пре нове ере (Prasad, 2008, 132). Према наведеном аутору, у древној Индији су се цениле људске вредности и морално понашање, те су се тако и индијски владари, сматрајући благостање њихових поданика облашћу од првенствене важности, бавили регулисањем социјалних и економских услова живота и рада и увођењем бројних пословних ограничења ради заштите интереса купаца. У истом смислу, ни у јеврејском праву немамо изричитих одредби које су познавале, данас уобичајене, термине потрошачког права, али се у јеврејској и у индијској правној историји могу запазити одређена правила која су била намењена заштити потрошача и строге казне за њихове прекршиоце. Тако се заштита потрошача првенствено односила на обавезу произвођача и трговаца да одржавају званичне стандарде масе и мера, те је у Индији између 400. и 300. године пре нове ере, орган надлежан за стандардизацију квартално проверавао и својим печатом потврђивао исправност масе и мере производа који су били продавани на тржишту. Ако се на роби трговца није налазио печат надзорног органа, новчана казна је износила 27,25 пана (Prasad, 2008, 133). У јеврејском праву *Торе* била је прописана забрана варања у мери и тежини (Encyclopedia Judaica, 2008), а превара је могла да се изврши конопом за мерење који није имао исту дужину лети и зими, као што се преваром сматрало када винар сипа вино са висине у посуду купца, јер је запенушано вино стварало привид испуњености посуде (Encyclopedia Judaica, 2008).

У излагању о историјском развоју било којег института, па тако и института заштите слабије уговорне стране не може се заобићи и огроман допринос античке Грчке и Рима који су били два најважнија центра античког света. Иако је античка Грчка дала значајан допринос теорији државе, значај правних система и правне филозофије грчких полиса знатно је мањи у односу на допринос Рима развоју теорије права и правних институција, посебно у области облигационог права.

За време Римске републике, око 50. године пре нове ере, донесен је Закон Јулија



Цезара о снабдевању житом (*Lex Julia de Annona*) због заштите снабдевања намирницама, односно ради редовног снабдевања грађана. Тим законом биле су прописане високе новчане казне према лицима која су директно, намерно и подмукло заустављала бродове који су вршили снабдевање. Император Диоклецијан је Едиктом о ценама код продаје ствари (*Edict de pretiis rerum venalium*) 301. године нове ере, који практично представља проширење одредби горенаведеног закона, прописао смртну казну за све оне који се не придржавају тарифног система куповином целокупног континента робе на тржишту, прикривањем робе или на други начин стварањем вештачке несташице ради недозвољене контроле понуде и цена роба које су се користиле у свакодневном животу (Wilberforce et al., 1966, 22). У уводном делу едикта декларисана је нужност његовог доношења и изражено негодовање према људима који у користољубиве сврхе дижу цене и иду само за лично коришћу. Доследно таквој преамбули, едиктом су биле прописане максималне цене различитих производа, али и висина награде за разне врсте рада, почев од надничара па све до хонорара архитеката и адвоката (Машкин, 1987, 493). Тако се заштита потрошача спроводила и у виду борбе за уједначене услове на тржишту роба битних за живот грађана Римске републике у погледу њихове доступности. Са друге стране, у литератури се истиче да су тим едиктом биле прописане прилично високе, произвољне цене за цело Царство а да се при томе није водило рачуна о особеностима појединих области, те да је то био један од разлога због којег су људи, убрзо после његовог издавања, престали да га се придржавају (Машкин, 1987, 494).

Када се ради о некој од претеча финансијских услуга, посебно треба истаћи да је проблем зајмова био изражен у вишемиленијумском трајању Старог века, због тога што се судбина дужника (древног потрошача финансијске услуге зајма – прим. аут.) по правилу, завршавала падањем у дужничко ропство које је могло да траје неограничен период, па и доживотно. Уочавајући такву врсту неправде а поготово изразиту тежину те санкције по сиромашне поданике Хамураби, један од веома успешних владара акадско-сумерског царства Вавилоније је, у чувеном (по њему названом) законнику донетом око 1680. године пре нове ере, ограничио трајање дужничког ропства на најдуже три године (Хамурабијев законик, чл. 117).<sup>1</sup> С обзиром да према општеприхваћеном становишту предметна одредба није била део обичајног права које је тим законом кодификовано, већ изворно одлука самог Хамурабија (Јовановић, 2015,

---

<sup>1</sup> „Ако се неко задужи, своју жену, сина или кћер да за новац или у дугово ропство, три године радиће у кући купца или господара дуга, у четвртој години пустиће их у слободу.”

58; Славнић Љ, 2008, 92–93), она је од изузетне цивилизацијске вредности.<sup>2</sup> Ово посебно због чињенице да је зеленашење путем уговора о зајму било распрострањено код свих старих народа, али да му је Хамураби поставио строге законске оквире, држећи се прокламације о заштити сиромашних која је садржана у прологу законика.

И у историји Рима забележено је да су се високе камате наплаћивале током целог његовог трајања, те су зато честа била настојања законодаваца да ограниче каматну стопу (Маровић, Јовановић, 2004, 3). Тако већ у Закону XII таблица (*Leges XII Tabularum*) из половине 5. века пре нове ере налазимо одредбу која је прописивала каматну стопу од 1/12 (8,33%) на месечном нивоу и предвиђала новчану казну у четвороструком износу за зеленаштво (Таблица VIII).<sup>3</sup> Каматна стопа се током трајања Римског царства стално мењала навише и наниже да би је тек Јустинијан I, византијски владар, ограничио на 12% годишње.

На преласку из старог у средњи век, прва правила која су имала за циљ очување и унапређење тржишта и правних односа на њему датирају још из статута исавријског града Русумблде који се налазио на територији данашње Анадолије у јужној Турској (који је касније назван Зенонополис према свом знаменитом владару Тарисису који је своје име касније грецизирао у Зенон /Harrison, 1981, 27–28/). Практично је на грчким територијама већина правила о заштити тржишта први пут обухваћена Зеноновим статутом из 483. године којим је била прописана санкција конфискације имовине и забране свих трговачких комбинација или заједничког деловања монополиста било приватних, било одобрених од стране императора. Зенон је, такође, поништио све претходне, ексклузивне трговачке привилегије и права (Wilberforce, 1966, 21).

Један од првих византијских правних зборника био је Еклога (*Ekloge ton nomon*) који је донео Лав III Исавријски 726. године, који је поред норми неких других области права, садржавао и извесна правила о купородаји и капари, зајму, залогома, ортаклуку и остави. Када се ради о заштити слабије уговорне стране интересантан је један део шестог пасуса уводног дела Еклога у којем се поменути владар обраћа судијама: „...Кад суде двома странама у парници, једној моћнијој (похлепнијој), а другој слабијој (сиромашнијој), да их сматрају као међусобно једнаке и да онолико одузму јачему, колико утврде да је изгубио онај који је претрпео неправду...”

Широко разгранати привредни живот Византије имао је свој центар у Цариграду

---

<sup>2</sup> Примера ради, дужнички затвор као врста персоналне егзекуције, одржао се у неким европским државама до 19. века (на пример, у Енглеској и у Србији). (Јовановић, 2015, 55).

<sup>3</sup> *Ne quis unciario fenore amplius exercat. Fenerator quadrupli condemnetur...*

на раскрсници путева који су спајали Европу и Азију. Тако су са свих страна света долазили каравани и упловљавале флоте бродова да би своју робу истоварали у царинским станицама, житницама и радионицама, где су се сировине прерађивале и производили предмети за домаћу потрошњу, али и даљу испоруку. Двадесет и један еснаф, од тога неки са подеснафима, бдели су над радом свих занатлија и трговаца. Организација еснафа којом су управљали државни чиновници бринула је о здрављу и снабдевању народа у свакодневном животу. Оснивач Македонске династије Василије I Македонски 879. године је донео Приручник (Πρόχειρος Νόμος / *Prócheiros Nómos*) у чијем прологу је јасно ставио до знања, слично у горенаведеном Хамурабијевом закону, да се њиме штите слабија лица у правним пословима које закључују са економски моћнијим занатлијама и трговцима („... да би чланови људске породице у благословеној чедности били сачувани од тога да наваљују једни на друге и да јачи не би ударио на слабијег...” /Шерард, 1972, 116/).

Значајније повећање броја прописа заједно са ширењем области које се по први пут регулишу, одиграло се почетком 13. века у склопу интензивнијег насељавања средњовековних градова и постепеним развојем државних територија (Vec, 2009, 170). Главни формални правни извор представљале су ордонансе и статuti градова, а општински и обласни органи на себе су преузели обавезу бриге за благостање обичног човека и, углавном новчано, кажњавали велики број економских и политичких прекршаја. Тако су у Винодолском закону из 1288. године (зборник правних прописа обичајног права хрватске жупе Винодол са девет општина /Костренчић, 1949, 139/) биле предвиђене две одредбе о уговорним казнама, при чему се у првом случају радило о апсолутној забрани примене уговорне казне као опште или посебне обавезе у свим пословима, јер је у противном износ те казне припадао општини и властели града где је прекшај учињен (Винодолски закон, 1288, чл. 14), док је по другој одредби кнез имао овлашћење да по свом нахођењу изрекне казне за одређене јавне или приватне уговоре, које су се морале платити њему (Винодолски закон, 1288, чл. 55). У Краљевини Бохемији су чланови градских савета (обично њих дванаест) имали надзорна овлашћења, издавали смернице о појединим тржиштима, контролисали трговину, штитили купце од варања у мерењу и одређивали цене за неке врсте роба како би становници градова били заштићени од превисоких цена (Hájková, 2003).

Још један пример регулисања тржишних односа ради равномерне доступности различитих роба била је немачка Наредба (често се преводи и као „закон”) о чистоти (на немачком језику: *Reinheitsgebot*) баварског војводе Алберта IV из 1487. године,

којом је прописано да се за производњу пива морају користити само три састојка: вода, јечмени слад и хмељ. Иста наредба је 1516. године преточена у Закон о чистоти који је важио на територији Баварске. Разлог за доношење наведеног прописа био је покушај да се спречи ценовна конкуренција са пекарама, у вези са житом и ражи. Ограничење у производњи пива само на јечам значило је обезбеђивање доступности хлеба по повољној цени, јер су скупљи пшеница и раж били резервисани за употребу у пекарама (Reinheitsgebot, 2015).

За историју развоја правног посла осигурања, али и заштите корисника услуга осигурања од значаја је напоменути да је 1236. године папа Гргур VII својим декретом *Navigandi vel anudi ad unudinas* забранио закључивање поморског зајма, јер је сматрао да су камате које су се наплаћивале зеленашке (Павић, 1986, 21). С обзиром да су камате представљале цену преузетог ризика, из угла технике модерног осигурања, камате можемо поистоветити са данашњом премијом иако осигурање у то време још увек није било издвојено у самосталан правни посао. Зато можемо закључити да је одлука папе Гргура VII уследила после оцене тадашње праксе да су износи (премије – прим. аут.) који су се наплаћивали код поморских зајмова били преко сваке мере. То је био тренутак када се (преко института фиктивне купопродаје – прим. аут.) осигурање почело постепено издвајати у самосталан правни посао (Шулејић, 2005, 31).

После првих буржоаских револуција од 16. века па надаље, и убрзања процеса индустријализације током 19. века, настали су бројни нови изазови у развоју друштва услед научног и технолошког напретка у многим областима. Управо је развој капиталистичког модела друштва заснованог на масовној производњи, маркетингу, продаји, стицању профита и увећавању богатства допринео суштинском смањењу утицаја и моћи одређених учесника на тржишту, због чега је била неопходна интервенција државе како би се законски регулисали неки односи. Ово посебно због тога што производња небезбедних производа широке потрошње и примери великих превара и дослуха такође илуструју подједнаку способност учесника на тржишту да чине добро или да другима проузрокују штету (Aldrich, 2000, 393). Зато форме обавезног понашања регулисане законом, како се истиче у нашој теорији, представљају посебну врсту тзв. „обавезног” морала садржаног у принудним правним нормама којима друштво штити своје вредности или остварује жељене циљеве (Јовановић, 2013а, 172). Профитна очекивања акционара друштава за осигурање која се и по закону оснивају ради стицања добити, логична су последица на коју они пристају приликом усвајања максималних профитних планова као својих примарних циљева, уз

истовремено занемаривање обавеза према друштву и поступање у складу са далеко нижим нивоима моралних стандарда. То је и разлог због којег многи теоретичари истичу да су организације, као интегрални део друштва, одговорне за друштво у целини (Јовановић, 2013а, 174) и због чега се истиче да се друштвено одговорно понашање привредних друштава може посматрати у међусобном односу његових акционара и клијената који су закључили уговор са њима и друштвом (Јовановић, 2013а, 176).

У социјализму је заштита осигураника спровођена на специфичан начин, тј. директним учешћем осигураника у органима управе и надзора друштава за осигурање.

Иако се историјски развој институционалне заштите лица слабијег економског положаја може још детаљније пратити и анализирати, за постављени циљ овог рада то не би имало нарочиту сврху због чега сматрамо да је напред изложено сасвим довољно да се схвати да су владари, у својству законодавца, већ од настанка писма и првих држава размишљали о проблему заштите тржишта, купаца роба и услуга и заштите слабијих у свакодневним пословима које су закључивали. Зато ће у наредним пасусима тежиште излагања бити на развоју заштите потрошача и потрошачког права у Европској унији. Ово због тога што у процесу стицања чланства у ЕУ, наша земља има обавезу да преузме и спроводи њене стандарде и правила, као и да постојеће прилагоди праву ЕУ (Комунитарном праву).

## 2. НАСТАНАК И РАЗВОЈ ПОЛИТИКЕ ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА У ЕУ

Уговором о оснивању Европске економске заједнице (даље у тексту: УОЕЕЗ) од 25. 3. 1957. године, државе уговорнице су се обавезале на стално унапређење животних и радних услова (чл. 3, ст. 1, тач. /и/) али се заштита потрошача првенствено регулише посредно, кроз установљење принципа за утврђивање и спровођење политике у области слободе кретања робе, пољопривреде, кретања лица, капитала и пружања услуга и транспорта. Из претходно наведеног разлога, није случајно што одредбе о заштити потрошача нису обједињене у универзални правни оквир, већ су „расуте” у различитим деловима УОЕЕЗ. Очигледно је да су стране уговорнице сматрале или претпостављале да ће потрошачи имати користи од дерегулације јединственог и ефикаснијег заједничког тржишта.

Тако према чл. 39, ст. 2, тач. (а)<sup>4</sup> „посебна природа пољопривредне делатности која произлази из њене социјалне структуре, структурних и природних разлика у различитим пољопривредним регионима”, једна је од околности о којој се мора водити рачуна приликом утврђивања пољопривредне политике. Треба имати у виду да је чл. 40, ст. 3, подст. (1)<sup>5</sup> истиче да пољопривредне организације „имају обавезу да уклоне сваку врсту дискриминације између пољопривредних произвођача и потрошача на територији Заједнице.”

Следећа одредба из УОЕЕЗ је чл. 85, ст. 1<sup>6</sup> који утврђује ништавост монополских и картелских споразума у погледу директног или посредног одређивања цена, ограничавања или контроле производње, тржишта, техничког развоја и инвестиција, поделе тржишта или извора снабдевања, примењивања различитих услова пословања на различита лица чиме се она стављају у неповољнији положај од других, условљавања закључења уговора прихватањем друге допунске обавезе која по својој природи или комерцијалној намени нема везе са предметом основног уговора, а све у циљу омогућавања коректне користи потрошачима (УОЕЕЗ, чл. 85, ст. 3<sup>7</sup>). Чланом 86<sup>8</sup> се забрањује злоупотреба доминантног положаја једног или већег броја привредних друштава који поступају на неки од горенаведених начина.

УОЕЕЗ је такође регулисао ситуације у којима државе чланице могу да додељују државну помоћ у чл. 92 до 94, али је у чл. 92, ст. 2, тач. (а)<sup>9</sup> утврдио да је у складу са идејом заједничког тржишта „помоћ која има социјални карактер зато што се додељује потрошачу појединцу, под условом да се та помоћ одобрава без дискриминације у вези са пореклом конкретног производа.”

Тек су шефови држава ЕЕЗ на свом састанку у Паризу 19. и 20. октобра 1972. године потврдили потребу унапређења квалитета живота на Комунитарном нивоу и позвали су институције ЕЕЗ да појачају напоре и координирају доношење прописа у области заштите потрошача.

Успостављање правног оквира<sup>10</sup> унутрашњег тржишта осигурања ЕЕЗ, а посебно у вези са остваривањем основних слобода, показало се само по себи веома проблематичним. Ово је и био један од разлога због којег су у последњој фази развоја,

---

<sup>4</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 33, ст. 2, тач. (а).

<sup>5</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 34, ст. 2, подст. (1).

<sup>6</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 81, ст. 1.

<sup>7</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 81, ст. 3.

<sup>8</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 82.

<sup>9</sup> Уговор из Нице, 2001, чл. 87, ст. 2, тач. (а).

<sup>10</sup> Више о врстама правних прописа ЕУ и њиховој хијерархији, видети код: Јовановић, 2007, 285.

комунитарни органи одлучили да постављене циљеве покушају да остваре без уједначавања закона путем директива (УОЕЕЗ, чл. 100). Ослањајући се на прецедентно право Европског суда правде (*European Court Reports*, 1979а, 35–52, *European Court Reports*, 1979б, 649–662) и у складу са предлозима садржаним у Белој Књизи комисије о изградњи унутрашњег тржишта (*Completing the Internal Market*, 1985, тач. 61–79), комунитарни органи су почели да подстичу државе чланице да се саме договоре о међусобном признавању националних прописа (Јовановић, 2007а, 282).

Тако је доношењем Резолуције Савета од 14. априла 1975. године о прелиминарном програму ЕЕЗ у вези са заштитом потрошача и политиком информисања<sup>11</sup> фактички почео рад на формулисању правног оквира у вези са политиком информисања и заштитом потрошача, јер је Анексом, ст. 3 наведене резолуције утврђено пет следећених, основних права потрошача: 1) на заштиту здравља и безбедност, 2) на заштиту економских интереса, 3) на накнаду штете, 4) на информисање и едукацију и 5) на заступање (право да се чује глас). Новом Резолуцијом Савета од 19. маја 1981. године основна права потрошача су потврђена, али су утврђене и смернице за даље спровођење политике у овој области.<sup>12</sup>

Сви претходно наведени документи били су само увод у доношење првих директива о заштити потрошача 1985. године и то прво у вези са одговорношћу за дефектне производе<sup>13</sup>, а касније исте године и у односу на уговоре који се закључују ван пословних просторија<sup>14</sup> (тзв. продаја на кућном прагу). Ипак, наведене директиве нису се примењивале на уговоре о осигурању, нити на заштиту уговарача осигурања у својству потрошача финансијске услуге осигурања.

У периоду од 1987. до 1993. године у Европској заједници донети су бројни важни прописи од којих је најважнија Директива Савета 93/13/ЕЕЦ од 5. априла 1993. године о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора.<sup>15</sup> Ова директива

---

<sup>11</sup> Council Resolution of 14 April 1975 on a preliminary programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy, *Official Journal of the European Communities*, C 92, 25. 4. 1975, 1–16.

<sup>12</sup> Council Resolution of 19 May 1981 on a second programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy, *Official Journal of the European Communities*, C 133, 3. 6. 1981, 1–12.

<sup>13</sup> Council Directive of 25 July 1985 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning liability for defective products, *Official Journal of the European Communities*, L 210, 7. 8. 1985, 29–33.

<sup>14</sup> Council Directive of 20 December 1985 to protect the consumer in respect of contracts negotiated away from business premises, *Official Journal of the European Communities*, L 372, 31. 12. 1985, 31–33.

<sup>15</sup> Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts, *Official Journal of the European Communities*, L 95, 21. 4. 1993, 29–34.

имала је важну улогу у развоју прописа о правима потрошача уопште и у посебним делатностима, на пример, прописе о потрошачима на тржишту осигурања.

Од потписивања Амстердамског уговора 2. октбора 1997. године<sup>16</sup>, едукација, представљање потрошача и промоција њихових интереса јасно су утврђени као нови циљеви ЕУ. Идеју заштите потрошача такође примењују и директиве ЕУ о осигурању. У наставку излагања, осврнућемо се на нека карактеристична решења директива у области осигурања неживота и осигурања живота која су битна за заштиту потрошача у односу осигурања.

### 3. НАСТАНАК И РАЗВОЈ ПОЛИТИКЕ ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА УСЛУГЕ ОСИГУРАЊА У ЕУ

#### 3.1. ДИРЕКТИВЕ О ОСИГУРАЊУ НЕЖИВОТА

Прва директива о осигурању неживота из 1973. године<sup>17</sup>, иако је поред осталог у преамбули бр. 2 наведено да се она доноси ради постизања адекватне заштите осигураника и трећих лица, није утврдила никаква правила о заштити потрошача код уговора о осигурању.

У складу са општим смерницама, после увођења слободе оснивања која је у великој мери била успостављена Првом директивом, другом директивом је требало да се уведе слобода пружања услуга у сектору неживотног осигурања. Коначно је средином 1988. године<sup>18</sup> донета Друга директива о осигурању неживота којом је извршено раздвајање послова осигурања који се обављају на основу слободе оснивања од обављања послова осигурања на основу слободе пружања услуга на исти начин као

---

<sup>16</sup> Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related Acts, *Official Journal of the European Communities*, C 340, 10. 11. 1997, 1–144.

<sup>17</sup> First Council Directive of 24 July 1973 on the coordination of laws, Regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance (73/239/EEC), *Official Journal of the European Communities*, L 228, 16. 8. 1973, 3–19.

<sup>18</sup> Second Council Directive of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC (88/357/EEC), *Official Journal of the European Communities*, L 172, 4. 7. 1988, 1–14.



што је о томе Европски суд правде (даље у тексту: ЕСП) донео одлуку (European Court Reports, 1986, 3755).

Поред наведеног, Друга директива о осигурању неживота из 1988. године, увела је разликовање уговарача осигурања према његовом статусу, величини и природи ризика који се осигурава. Термином „велики ризици” које ова директива у одговарајућим одредбама дефинише на квалитативан и квантитативан начин (Друга директива о осигурању неживота, 1988, чл. 5, ст. /д/<sup>19</sup>) дефинисала је уговараче осигурања којима није потребна посебна заштита како би они могли да се користе услугама осигурања са најширег могућег тржишта, док се свим осталим уговарачима осигурања гарантује адекватна заштита (Друга директива о осигурању неживота, 1988, преамбула бр. 5).

Трећа директива о осигурању неживота из 1992. године<sup>20</sup> је за заштиту потрошача услуга осигурања предвидела једну од веома важних обавеза друштава за осигурање, чиме је обезбеђено остваривање једног од, у Резолуцији из 1975. године, прокламованих права потрошача у ЕУ, а то је право на информацију. Тако је чл. 31 прописано да друштво за осигурање пре закључења уговора о осигурању има обавезу да уговарача осигурања који је физичко лице информише о: 1) меродавном праву уговора ако уговорне стране немају слободу избора права или о праву чију примену предлаже осигуравач, ако уговорне стране на основу прописа предметне државе чланице имају слободу избора права које ће се применити на њихов уговорни однос осигурања, и 2) поступку решавања приговора уговарача осигурања и органу којем се подноси приговор, уз напомену да улагање приговора и његово решавање не онемогућава уговарача осигурања да се обрати суду ради заштите својих права.

---

<sup>19</sup> Велики ризици обухватају следеће класе осигурања: а) осигурања шинских возила железнице, летелица, бродова, робе у превозу, одговорности авиопревозника и одговорност бродара као и кредити и гаранције када се уговарач осигурања професионално бави неком индустријском или комерцијалном делатношћу или неком од слободних занимања, под условом да се ризици односе на ту делатност, и б) осигурања копнених возила, осигурања пожара и елементарних непогода, осигурања остале штете на имовини, осигурање одговорности из употребе моторних возила, осигурање опште одговорности и осигурање остале финансијске штете, под условом да уговарач осигурања испуњава најмање два од следећа три лимита: 1) биланс стања 6,2 милиона евра, 2) промет 12,8 милиона евра и 3) просечан број запослених је 250.

<sup>20</sup> Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (third non-life insurance Directive), *Official Journal of the European Communities*, L 228, 11. 8. 1992, 1–23.

### 3.2. ДИРЕКТИВЕ О ОСИГУРАЊУ ЖИВОТА

Готово шест година после доношења Прве директиве о неживотном осигурању, први корак у усклађивању области осигурања живота започео је са Првом директивом о осигурању живота донесеном марта 1979, године.<sup>21</sup> Ова директива у области заштите потрошача приликом закључивања и извршавања уговора о осигурању живота, осим уопштеног помињања адекватне заштите уговарача осигурања и корисника у преамбули бр. 1, не садржи никакве конкретне одредбе о заштити потрошача у својству корисника услуга осигуравача живота. Прва директива о осигурању живота се примењивала на све врсте осигурања живота, без њиховог детаљнијег дефинисања и све врсте осигуравача живота. Њена правила примењивала су се такође и на поједине, осигурању живота сличне послове. Ово се односи на тонтине и управљање колективним пензионим фондовима. Из примене ове директиве једино су искључене институције социјалне заштите, професионални пензијски и штедни планови, фондови за надокнаду трошкова сахрана и друге мање организације осигурања на узајамној основи.

Друга директива о осигурању живота из 1990. године<sup>22</sup> утврдила је у чл. 15 једно од важних права заштите интереса уговарача осигурања које се односи на његово право да буде обавештен да је уговор о осигурању живота закључен као и да га, у року не краћем од 14 и не дужем од 30 дана, откаже и то од тренутка када прими обавештење. Истом одредбом је државама чланицама препуштено да својим прописима регулишу начин обавештавања уговарача осигурања. За разлику од неживотног осигурања где се критеријум за заштиту потрошача одређује квантитативно и квалитативно, овом директивом о осигурању живота, као критеријум за заштиту уговарача осигурања утврђен је начин на који се закључује уговор.

Трећа директива о осигурању живота из 1992. године<sup>23</sup> донела је посебан квалитет у вези са заштитом потрошача код уговора о осигурању, јер је у чл. 31

---

<sup>21</sup> First Council Directive 79/267/EEC of 5 March 1979 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking up and pursuit of the business of direct life assurance, *Official Journal of the European Communities*, L 63, 13. 3. 1979, 1–18.

<sup>22</sup> Council Directive of 8 November 1990 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance, laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 79/267/EEC, *Official Journal of the European Communities*, L 330, 29. 11. 1990, 50–61.

<sup>23</sup> Council Directive 92/96/EEC of 10 November 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance and amending Directives 79/267/EEC and 90/619/EEC (third life assurance Directive), *Official Journal of the European Communities*, L 360, 9. 12. 1992, 1–27.

прописала обавезу друштава за осигурање да информишу уговарача осигурања пре и током трајања уговора о осигурању живота и то подацима таксативно наведеним у Анексу II те директиве. Државе чланице су том одредбом биле овлашћене да пропишу обавезу обавештавања уговарача осигурања и о другим подацима и околностима, али једино ако је то неопходно ради исправног разумевања битних елемената обавезе (Трећа директива о осигурању живота, 1992, чл. 31, ст. 3). Поред тога, овом директивом су друштва за осигурање била обавезана да предметне информације пружају у писменом облику, на јасан и прецизан начин и на службеном језику државе чланице у којој је закључен уговор о осигурању неживота. Право одустајања (отказа) уговора у случају његовог закључења путем пружања услуга, овом директивом је проширено на све уговоре о осигурању живота.

Полазећи од тога да је потребно разјаснити и поједноставити Комунитарно право ради омогућавања грађанима да га разумеју и користе се правима која су установљена у њихову корист, Комисија је успоставила праксу повременог консолидовања претходно донетих директива. С друге стране, брзина којом државе чланице преузимају решења директива прилично слаба, због чега је Европска комисија констатовала да оне морају да уложе стваран напор у спровођењу директива у прописаним роковима (White Paper, 2005, 6). Како се наводи у нашој правној теорији, вероватно је услед овога и присутних разлика у националним прописима Комисија омогућила потпуни приступ бази националних прописа држава чланица којима се спроводе директиве у области финансијског пословања уопште, па и осигурања (Јовановић, 2007а, 295).

Имајући у виду горе наведено, коначно су доношењем Директиве о осигурању живота донета 2002. године<sup>24</sup>, која је извршила консолидацију правила у области осигурања живота, престале да важе прве две директиве из 1973. и 1979. године, док су поједине одредбе Треће директиве о осигурању живота из 1992. године и даље на снази.

### 3.3. ДИРЕКТИВА О СОЛВЕНТНОСТИ II

И после завршетка изградње јединственог тржишта, уједначавање националних прописа држава чланица ЕУ о надзору морало се обавити у неопходном обиму,

---

<sup>24</sup> Directive 2002/83/EC of the European Parliament and of the Council of 5 November 2002 concerning life assurance, *Official Journal of the European Communities*, L 345, 19. 2. 2002, 1–51.

доношењем једнообразних, модерних правила која ће да штите сектор осигурања од поремећаја конкуренције и осигурана лица од неправилности и несолвентности.

Иако је у области осигурања живота, консолидација правила из три наведене директиве у један пропис који обухвата сва правила за дату област донесена 2002. године, Европска комисија је тек крајем 2009. године успела да обједини правила о делатности осигурања и живота и неживота у Директиви о солвентности II.<sup>25</sup> Доношењем те директиве престале су да важе директиве о осигурању живота и неживота, а заштита уговарача осигурања добила је нови квалитет. Њом се регулишу општа правила у погледу оснивања и пословања друштава за осигурање и друштава за реосигурање, посебна правила о уговору о осигурању и уговору о реосигурању, надзор друштава за осигурање и друштава за реосигурање у групи, реорганизација и престанак друштава за осигурање.

Разлози за доношење ове директиве су бројни и највише су усмерени на потребу модернизације регулаторно-правног оквира делатности осигурања, чија је изградња почела 1973. и 1979. године доношењем првих директива о осигурању неживота и осигурању живота. Еволуција тржишта осигурања, ефикасна алокација капитала, надзор друштава за осигурање и друштава за реосигурање, а посебно осигуравајућих група које послују у великом броју држава чланица, као и обавештавање надзорних органа и сарадња надзорних органа држава чланица ЕУ само су неки од аспеката које је било неопходно регулисати у делатности осигурања. Главни циљ регулаторних и надзорних правила била је „...адекватна заштита уговарача и корисника осигурања”, при чему су „...финансијска стабилност, савесна и стабилна тржишта споредни циљеви регулисања и надзора делатности осигурања, који такође треба да се имају у виду али само ако то не нарушава остварење (горенаведеног) главног циља” (Директива о солвентности II, 2009, преамбула 16).

Нови регулаторно-правни оквир солвентности који друштва за осигурање и друштва за реосигурање морају да испуне како би се остварила боља заштита уговарача осигурања и других поверилаца, захтевао је и од надзорних органа појачавање сопствених капацитета како финансијских, тако и кадровских. Због тога је ова Директива прописала обавезу држава чланица ЕУ „...да обезбеде да надзорни органи

---

<sup>25</sup> Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II), *Official Journal of the European Union*, L 335, 17. 12. 2009, 1–155.

располажу неопходним средствима, релевантном стручношћу и мандатом за постизање главног циља надзора” (Директива о солвентности II, 2009, чл. 27).

Поред осталих класа осигурања, органи ЕУ су можда највише пажње посветили сигурању власника моторних возила од одговорности за штете према трећим лицима. Поред напред поменутих директива којима су успостављене слобода оснивања и пружања услуга, заштита потрошача и питање надзора, такође су донесена посебна правила за ову област. Поред тога, Савет Европе је донео пет директива за усклађивање обимног правног оквира у овој класи осигурања и консолидовану директиву 2009. године. Заједно са унапређењем заштите оштећених из саобраћајних незгода, циљ ових напора је био остваривање што веће слободе кретања лица и робе на јединственом тржишту. С обзиром да се ради о посебној врсти обавезног осигурања које је имало дуг развојни пут и данас има посебну организацију спровођења на националном и међународном нивоу, у овом раду нећемо се бавити тим регулаторно-правним оквиром.

У наредним излагањима осврнућемо се на директиву ЕУ која регулише делатност агената и брокера у осигурању и одређен број осталих директива које садрже правила битна за тему овог рада.

### 3.4. ДИРЕКТИВА О ПОСРЕДОВАЊУ У ОСИГУРАЊУ

Полазећи од тога да посредници у осигурању и посредници у реосигурању имају централну улогу у продаји производа осигурања и реосигурања на унутрашњем тржишту ЕЗ, разлика у националним прописима држава чланица у регулисању делатности посредовања у осигурању и реосигурању, а ради унапређења заштите потрошача, 2002. године донета је Директива о посредовању у осигурању.<sup>26</sup> Правила о посредницима осигурања која су садржана у тој Директиви интегрисана су у национално законодавство држава чланица ЕУ, што значајно доприноси правној сигурности осигураника, посебно када се појављују као потрошачи услуга осигурања (Пак, 2004, 201).

С обзиром да различита лица и институције, почев од агената и брокера па све до банака, пошта и других организација, учествују у продаји производа осигурања, овом Директивом прописане су професионалне квалификације и обавеза регистрације

---

<sup>26</sup> Directive 2002/92/EC of the European Parliament and of the Council of 9 December 2002 on insurance mediation, *Official Journal of the European Communities*, L 9, 15. 1. 2003, 3–10.

лица која се баве продајом осигурања код органа надлежног за надзор осигурања. Тако лица која се баве посредовањем у осигурању морају да располажу одговарајући знањем и вештином коју пропишу државе чланице (Директива о посредовању у осигурању, 2002, чл. 4, ст. 1), да имају добру репутацију која минимално подразумева непостојање полицијског досијеа у вези са тешким кривичним делима против имовине или у вези са финансијским пословањем, те да нису проглашавала банкрот (Директива о посредовању у осигурању, 2002, чл. 4, ст. 2).

Поред наведених услова које морају да испуњавају, лица која посредују у продаји осигурања морају да имају закључен уговор о осигурању од професионалне одговорности, а од немогућности посредника у осигурању да уплати премију осигурања на рачун друштва за осигурање или да уплати накнаду осигуравача или уплати поврат дела премије који је примио од осигуравача Директива прописује неколико мера које су, све или само неке од њих, државе чланице требале да спроведу у своје националне прописе (Директива о посредовању у осигурању, 2002, чл. 4, ст. 4). То су: а) законом или уговором предвиђена правила по којима се сматра да су средства које клијент уплати посреднику у осигурању уплаћена друштву за осигурање, а да се не сматра да су средства која друштво за осигурање уплати посреднику у осигурању уплаћена клијенту све док их он стварно и не прими („док средства не легну на рачун клијента” – прим. аут.), б) обавеза да посредници у осигурању трајно располажу средствима до 4% од годишње наплаћене премије, али минимално 15.000 евра, ц) обавеза да средства клијента циркулишу преко одвојеног клијентског рачуна, који се не сме користити за намирење осталих поверилаца у случају банкрота посредника у осигурању, и д) обавеза да се формира гарантни фонд.

Такође је регулисано и питање сарадње и размене информација између надзорних органа, а посебно је регулисана обавеза посредника у осигурању на информисање и саветовање својих клијената. Директива потврђује принцип по којем је битна сарадња и размена информација између надлежних органа ради заштите потрошача и обезбеђивања стабилности делатности осигурања и реосигурања на јединственом тржишту (Директива о посредовању у осигурању, 2002, преамбула бр. 17). У наставку излагања осврнућемо се посебно на обавезу посредника на информисање клијената.

Директива о посредовању у осигурању обавезује државе чланице да пропишу да је посредник осигурања (заступник и брокер осигурања) дужан да пре него што уговор о осигурању буде закључен, и, ако је неопходно, и након измене или продужетка

важности уговора о осигурању, клијенту саопшти две групе информација о околностима које су одређене у Директиви.

Директива садржи резерву да информације које су прописане да их посредници морају дати клијентима нису неопходне када посредник за осигурање посредује у осигурању од великих ризика, нити у случају посредовања од стране посредника за реосигурање (Директива о посредовању у осигурању, 2002, чл. 12, ст. 4), али су државе чланице могле својим прописима да прошире обавезу посредника да клијенту достави информације и на друге околности, односно државе чланице су могле да усвоје строжије одредбе о обавези достављања информација у односу на околности које су Директивом прописане да их државе чланице морају прихватити као минимум околности које морају бити обухваћене информацијама (Директива о посредовању у осигурању, 2002, чл. 12, ст. 5).

Прву групу информација чине оне које се односе на статусна питања посредника. Друга група информација су оне које се односе на обавезе које посредник преузима *ex lege* према клијенту уговором о агенцијским, односно брокерским пословима осигурања. У питању је тзв. законска уговорна обавеза посредника осигурања.

Посредник осигурања, у складу са чл. 12, ст. 1 Директиве о посредовању у осигурању, је дужан да клијенту саопшти следеће информације које се односе на његов статус:

1. Податке који се односе на утврђивање идентитета посредника и адресу посредника,
2. Ознаку регистра у који је посредник уписан и податак о средствима којима се доказује да је посредник регистрован,
3. Податке о учешћу посредника, директном или индиректном, већем од 10% у праву гласа или у капиталу друштва за осигурање за кога посредује,
4. Податке о учешћу друштва за осигурање за које посредник у осигурању посредује, директном или индиректном, већем од 10% у праву гласа или у капиталу посредника за осигурање,
5. Податке о поступцима за улагање жалби клијената и других заинтересованих лица против посредника и поступцима за вансудско решавање спорова посредника осигурања и клијената.

Информације које је дужан посредник да саопшти клијенту, у погледу обавезе коју преузима према клијенту уговором о агенцијском, односно брокерском посредовању, у складу са чл. 12, ст. 1, подст. 2, морају да обухвате следеће околности о томе да:

1. посредник пружа савете клијентима на основу фер и професионалне анализе довољно великог броја полиса које су у датом тренутку пласирају, односно на располагању су као избор покрића и услова покрића на тржишту и провере који од расположивих уговора о осигурању задовољава захтеве клијената,
2. посредник осигурања према клијенту има обавезу да посредује само према једном или више одређених друштава за осигурање према којима је преузео дужност да за њих искључиво посредује (у том случају посредник је дужан да на захтев клијента, овог информира о подацима који се односе на идентитет друштава за осигурање за које(га) посредује),
3. посредник нема уговорну обавезу да за клијента посредује искључиво код једног или више одређених осигуравајућих друштава и да не пружа савете клијенту на основу фер и професионалне анализе довољно великог броја расположивих полиса на тржишту међу којима су и оне које не припадају друштвима за осигурање за које посредник осигурања преузео обавезу да за њих посредује.

Директива установљава још једну обавезу за посредника, поред обавезе да клијенту саопшти одређене информације које се тичу његових обавеза из уговора о агенцијском, односно брокерском посредовању. Обе морају да буду усклађене према сложености уговора о осигурању у чијем закључењу се посредује. То је обавеза да пре закључења уговора о осигурању сваки савет дат клијенту у вези са предметом који се осигурава образложи навођењем основних разлога.

Смисао обавезе посредника коју установљава Директива да клијента пре закључења уговора о осигурању обавести о околностима која се тичу његовог статуса и начина посредовања, јесте да се клијент упознавањем са околностима које чине садржину обавештења о тим околностима пружи довољно информација да може да донесе исправну одлуку о томе да ли ће активношћу посредника бити довољно заштићени његови интереси према осигуравачу, тј. да ли посредник испуњава професионалне захтеве фер посредовања. И, ако оцени да то није случај, да уговор са посредником о његовом ангажовању не закључи или ако га је већ закључио – раскине.



Директивом се, у чл. 13, прописује и форма, начин и језик на коме се клијенту морају саопштити информације које она таксативно наводи да их посредник мора саопштити. Оне се дају на папиру, или било ком дуготрајном медију који је расположив и доступан клијенту, јасно и прецизно и за клијента на разумљив начин, на службеном језику државе чланице ЕУ у којој је посредник преузео обавезу посредовања према клијенту или било ком другом језику који посредник и клијент уговоре. Ако посредник избегава да достави клијенту информацију писменим путем на папиру или неком другом трајном медију, или разлози хитности налажу да информације буду одмах дате клијенту, клијент може да захтева, а посредник је дужан да информацију да усмено. Усмено дате информације посредник мора одмах да потврди писмено на папиру или неком трајном медију након закључења уговора о осигурању. Истоветно правило о усменом достављању информација и њиховом потврђивању, Директива прописује за посредника који посредује у телефонској продаји осигурања.

Ипак, све претходно наведено није сматрано довољним за заштиту интереса потрошача услуга посредника у осигурању, већ је почео рад и на изменама те директиве. Процена Европске комисије у вези са утицајем Директиве о посредовању у осигурању на прекогранично пружање услуга осигурања истиче да не постоји јединствени регистар у свакој држави чланици ЕУ за посреднике у осигурању у којем потрошач може лако да пронађе информације о регистрованим продавцима различитих производа осигурања (Executive summary, 2012, тач. 2.1, ст. 4). Међутим, како се истиче у правној теорији, предлози измена иако корисни, нису увек и одлучујући због тога што код прекограничног пословања треба уредити алтернативно решавање спорова, гарантне фондове и постојање двадесетосам режима уговорног права осигурања држава чланица ЕУ (Марано, 2013, 222).

Новим Законом о осигурању из 2014. године, у праву Србије је примењен минимални правни оквир Директиве о посредовању у осигурању у целости, али је он такође проширен бројним одредбама којима су регулисане посебне обавезе друштва за посредовање пре и током трајања уговора о осигурању.

### 3.5. ДИРЕКТИВА О ПРОДАЈИ ОСИГУРАЊА

Финансијски проблеми настали 2008. године и криза која је, у већем или мањем интензитету, касније погодила већи број држава чланица ЕУ у први план је истакла

значај обезбеђења ефикасне заштите потрошача у целом финансијском сектору. На самиту лидера држава чланица организације *G20* у Сеулу одржаном 10. и 11. новембра 2010. године, затражено је од Организације УН за економску сарадњу и развој (*Organisation for economic co-operation and development – OECD*), Одбора за финансијску стабилност (*Financial Stability Board – FSB*) и других релевантних међународних организација да установе опште принципе за сектор финансијских услуга ради појачања заштите потрошача (начини за побољшање финансијске заштите потрошача путем „информисаног избора” што подразумева обавезе информисања потрошача, транспарентност и подучавање, заштиту од превара, злоупотреба, заблуда, као и могућностима регреса и заступања).<sup>27</sup> На основу наведеног захтева, Радна група организација *G20* и *OECD* за финансијску заштиту потрошача усвојила је „Основне принципе заштите потрошача финансијских услуга”, који су допуњени на самиту лидера организације *G20* у новембру 2011. године у Кану и које је Савет *OECD* усвојио као Препоруку за све државе чланице те организације у јулу 2012. године. На основу захтева лидера организације *G20* из јуна месеца 2012. године, Радна група организација *G20* и *OECD* за финансијску заштиту потрошача усвојила је „Ефективне мере за подршку примене преосталих Основних принципа заштите потрошача финансијских услуга (Effective approaches, 2014). Један од циљева предвиђених Основним принципима заштите потрошача финансијских услуга односи се на потребу да потрошачи увек имају исти ниво заштите у вези са техникама продаје, условима и особинама производа, без обзира да ли те услуге директно пружају даваоци који имају дозволу за рад од стране надлежног надзорног органа или њихови агенти (Effective approaches, 2014, Professional Standards 1.2), као и да даваоци финансијских услуга послују у складу са стандардима утврђеним кодексима пословања, односно пословне етике (Effective approaches, 2014, Professional Standards 2.3).

Европска комисија је још 13. јуна 2005. године одлучила да покрене студију о продаји производа осигурања и пружању услуга у одређеним врстама делатности на основу чл. 17 Уредбе Савета (ЕЦ) бр. 1/2003 (Council Regulation, 2002). Циљ те студије је био да се додатно истраже и коначно утврде сви конкретни рестриктивни поступци или нарушавање конкуренције, поред осталих, у области осигурања имовине и прекида рада, осигурања пловила, моторних возила, опште, професионалне и еколошке одговорности, негзоде физичких лица и осигурања кредита. Коначан извештај који је

---

<sup>27</sup> *The G20 Seoul Summit Document*, 10-11 November 2010, Seoul, 10.

упућен Скупштини Европе 25. 9. 2007. године (Communication, 2007) истакао је три кључна проблема која се односе на: 1) одређене поступке који доводе до уједначавања износа премија када се саосигурање и реосигурање закључују кроз двостепену процедуру путем водећег осигуравача и осталих са(ре)осигуравача, 2) примере где широко распрострањена пракса вишегодишњих уговора може да доведе до кумулативног неиспуњавања обавеза осигуравача, и 3) знаци потенцијалног урушавања тржишта у вези са брокеражама (Communication, 2007, 9).

Поред претходно наведеног, Комисија је спровела процену утицаја алтернативних решења у складу са начелом прихватања „бољег прописа” те је за наведену потребу наручила неколико посебних студија. Тако је прва студија спроведена 2010. године о трошковима и користима потенцијалних измена правила о продаји производа осигурања и производа осигурања са инвестиционом компонентом.<sup>28</sup> Другу студију у којој је дат свеобухватан преглед начина функционисања продаје производа осигурања на територији ЕУ спровео је *PricewaterhouseCoopers (PWC)*. Студија је завршена у јулу 2011. године и објављена на интернет страни Комисије.<sup>29</sup> Оцена алтернативних решења која су на располагању такође су узела у обзир и резултате студије која је за циљ имала оцену квалитета савета који се дају на територији ЕУ.<sup>30</sup> Четврта студија која је била основа за одлучивање Комисије имала је за циљ да анализира различите чиниоце у вези са доношењем одлуке инвеститора из угла бихејвиоралне економије.<sup>31</sup>

У наставку излагања осврнућемо се на неке од најзначајнијих измена које доноси Директива Скупштине Европе и Савета о продаји осигурања која је ступила на снагу 23. фебруара 2016. године, а државе чланице ЕУ имају обавезу да је спроведу кроз своје законе, подзаконске акте и управне прописе до 23. фебруара 2018. године (даље у тексту: ДДО). Почетком примене ове директиве, престаје да важи Директива о посредовању у осигурању из 2002. године.

---

<sup>28</sup> Study on the Costs and Benefits of Potential Changes to Distribution Rules for Insurance Investment Products and other Non-MIFID Packaged Retail Investment Products, Final Report, Europe Economics, 29 September 2010. Доступно на:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/consultations/docs/2010/prips/costs\\_benefits\\_study\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/docs/2010/prips/costs_benefits_study_en.pdf), 8. 1. 2015.

<sup>29</sup> Study on the impact of the revision of the Insurance Mediation Directive (ETD/2007/IM/B2/51), Final Report, PwC Luxembourg, May 23rd, 2011, доступно на: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/insurance/docs/mediation/imd\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/mediation/imd_final_en.pdf), 22. 10. 2014.

<sup>30</sup> Consumer Market Study on Advice within the Area of Retail Investment Services, Final Report, Synovate, 2011, доступно на: [http://ec.europa.eu/consumers/rights/docs/investment\\_advice\\_study\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/consumers/rights/docs/investment_advice_study_en.pdf), 22. 10. 2014.

<sup>31</sup> Report on consumer decision-making in retail investment services from a behavioural economics perspective, 2010, доступно на: [http://ec.europa.eu/consumers/strategy/consumer\\_behaviour\\_en.htm](http://ec.europa.eu/consumers/strategy/consumer_behaviour_en.htm), 22. 10. 2014.

Директива је формулисала своје циљеве у вези са заштитом потрошача у неколико преамбула. Тако, применом Директиве потрошачи треба да уживају исти ниво заштите без обзира на различите канале продаје (Directive, 2016, преамбула бр. 6). Текући и недавни финансијски поремећаји истакли су значај обезбеђивања ефикасне заштите потрошача у свим финансијским секторима, због чега је неопходно појачати поверење потрошача и установити једнообразан правни оквир за продају производа осигурања (Directive, 2016, преамбула бр. 10), као и да сви потрошачи уживају заштиту према једнаким стандардима (Directive, 2016, преамбула бр. 16).

Поред наведеног, циљ Директиве је био да се обезбеди да државе чланице домицила и државе чланице домаћини треба да блиско сарађују ради контроле спровођења обавеза по тој Директиви ради високог нивоа пружања услуга осигурања и ефикасне заштите потрошача (Directive, 2016, преамбула бр. 21).

Директива се у одређеним деловима позива на сразмерност у неколико њених преамбула. Тако се њом жели установити одговарајући и сразмерни услови за различите врсте продајних канала (Directive, 2016, преамбула бр. 17).

### *3.5.1. Обавеза посредника у осигурању и друштава за осигурање на давање информација*

Овом Директивом се прописује минимум информација које је продавац производа осигурања дужан да пружи потрошачима. Са друге стране, ако државе чланице ЕУ желе да усвоје додатна правила поред оних садржаних у Директиви, имају обавезу да воде рачуна да административни терет на основу додатних правила буду сразмерне у односу на заштиту потрошача и да буду малог обима (Directive, 2016, преамбула бр. 52).

У вези са обавезом давања информација, ова Директива је прописала обавезу држава чланица да пропишу да, приликом обављања продаје осигурања, продавци производа осигурања увек поступају искрено, коректно и професионално у складу са најбољим интересима својим клијената (Directive, 2016, чл. 17, ст. 1). Поступање у „најбољем интересу” потрошача налаже посреднику у осигурању такође и обавезу да своје поступке који се тичу претпостављеног (најбољег – прим. аут.) интереса потрошача учини транспарентним и активно и адекватно управља ситуацијама и околностима у којима може доћи до сукоба интереса тако да његова непажња или

пропуст не буду на штету потрошача. Са друге стране, посредника у осигурању чак ни изостанак штете по интересе потрошача не мора ослобађати од мера органа надлежног за надзор осигурања. Осим тога, све информације, укључујући и комерцијално-рекламну комуникацију коју шаљу продајци осигурања клијентима или потенцијалним клијентима, мора да буде коректна, јасна и да не ствара заблуду.

Ради обезбеђења да провизије или награде или било која друга неновчана бенефиција у вези са продајом инвестиционог производа заснованог на осигурању коју плати трећа страна, изузев потрошача, не производи штетне последице на квалитет услуге потрошачу, продавац осигурања има обавезу да успостави одговарајућу и сразмерну организацију пословања да би избегавао такве штетне утицаје (Directive, 2016, преамбула бр. 57). У том смислу продавац осигурања треба да развије, усвоји и редовно контролише политике и процедуре у вези са сукобом интереса ради избегавања штетног утицаја на квалитет услуге према потрошачу, као и да потрошача адекватно информише о провизијама, наградама или бенефицијама (Directive, 2016, чл. 29, ст. 2). У наведеном смислу, продавац осигурања не сме да закључује уговоре о награди, продајним циљевима и сл. којима би подстицао себе или своје запослене да преопоручују производ осигурања одређеног осигуравача ако би могао да клијенту понуди други производ осигурања који би могао да боље задовољи његове потребе.

Посредник осигурања, у складу са чл. 18, ст. 1, тач. (а) Директиве о продаји осигурања, је дужан да клијенту, пре закључења уговора, саопшти следеће информације које се односе на његов статус:

1. Податке који се односе на утврђивање идентитета посредника и адресу, уз назнаку да се ради о посреднику у осигурању,
2. Да ли пружа савете о производима које продаје,
3. Податке о поступцима за улагање жалби клијената и других заинтересованих лица против посредника и поступцима за ван судско решавање спорова посредника осигурања и клијената,
4. Ознаку регистра у који је посредник уписан и податак о средствима којима се доказује да је посредник регистрован,
5. Да ли посредник заступа клијента или иступа у име и за рачун друштва за осигурање.

Друштво за осигурање у складу са чл. 18, ст. 1, тач. (б) Директиве о продаји осигурања, је дужан да клијенту, пре закључења уговора, саопшти следеће информације које се односе на његов статус:

1. Податке који се односе на утврђивање идентитета и адресе, и потврду да се ради о друштву за осигурање,
2. Да ли пружа савете о производима које продаје,
3. Податке о поступцима за улагање жалби клијената и других заинтересованих лица против друштва за осигурање и поступцима за ван судско решавање спорова између друштва за осигурање и клијената.

На основу увида у одредбе нашег Закона о осигурању из 2014. године, можемо рећи да је он у највећој мери спровео минимални оквир наведене Директиве, али и да у вези са обавезом информисања о томе да ли друштво за осигурање и посредник у осигурању пружају савете о производима које продају није изричито регулисана. Када се ради о посреднику у осигурању, треба истаћи да Закон о осигурању посредно регулише његову обавезу на саветовање клијента тако да је он дужан да наведе разлоге за дате савете у вези са предложеним уговором, односно да образложи зашто је предложило одређено друштво за осигурање / реосигурање (Закон о осигурању, 2014, чл. 94, ст. 2, тач. 4).

### *3.5.2. Сукоб интереса и транспарентност*

Информације које је дужан посредник да саопшти клијенту, у погледу обавезе коју преузима према клијенту уговором о агенцијском, односно брокерском посредовању, у складу са чл. 19, морају да обухвате следеће:

1. Податке о учешћу посредника, директном или индиректном, већем од 10% у праву гласа или у капиталу друштва за осигурање за кога посредује,
2. Податке о учешћу друштва за осигурање за које посредник у осигурању посредује, директном или индиректном, већем од 10% у праву гласа или у капиталу посредника за осигурање,
3. У вези са уговорима који се нуде или о којима се дају савети, да ли:
  - (а) посредник пружа савете клијентима на основу фер и професионалне анализе,
  - (б) посредник осигурања према клијенту има обавезу да посредује само према једном или више одређених друштава за осигурање према

- којима је преузео дужност да за њих искључиво посредује (у том случају посредник је дужан да клијента информира о подацима који се односе на идентитет друштва за осигурање за које(га) посредује),
- (в) посредник нема уговорну обавезу да за клијента посредује искључиво за једног или више одређених осигуравајућих друштва и да не пружа савете клијенту на основу фер и професионалне анализе, у којем случају треба да наведе друштва за осигурање за које је посредник осигурања преузео обавезу да за њих посредује.
  - (д) О природи награде у вези са уговором о осигурању,
  - (е) да ли у вези са уговором о осигурању, он ради за:
    - (1) накнаду коју директно плаћа клијент;
    - (2) за провизију био које врсте која је укључена у премију осигурања;
    - (3) за било коју другу врсту награде, укључујући и економске бенефиције нуђене или дате у вези са уговором о осигурању; или
    - (4) за комбинацију било које врсте награда из тач. 1, 2 и 3.

„Варијабилне награде” (на пример, увећане награде за већи обим послова) које се исплаћују неким од запослених такође потпадају под предмет ове Директиве. Директива о продаји осигурања садржи и додатна правила у вези са пријављивањем профитних провизија<sup>32</sup> коју остварује друштво за посредовање у осигурању у случају остварења пословних циљева уговорених са осигуравачем. Наведена врста провизије креира типичан сукоб интереса у правном односу посредника у осигурању и његовог клијента; посредник није заинтересован да учествује у пријави и остваривању одштетног захтева потрошача услуга осигурања зато што од осигуравача добија профитну провизију само ако нема осигураних штета по закљученим полисама осигурања.<sup>33</sup>

### 3.5.3. Савет и стандарди за продају када се не пружа услуга саветовања

Пре закључења уговора о осигурању, продавац осигурања је дужан да на основу информација добијених од клијента, његових захтева и потреба пружи клијенту

<sup>32</sup> Ам. енглески: *contingent commission*, брит. енглески: *override*.

<sup>33</sup> Иако је у САД наведена врста провизије била забрањена од 2005. године, после истраге коју је спровео јавни тужилац државе Њујорк, пракса таквог награђивања посредника у осигурању је настављена после 2010. године. – Gray, Alistair: “Insurers’ contingent commissions attacked”, *Financial Times*, January 13, 2013.

објективну информацију о производу осигурања у разумљивом облику како би клијент могао да донесе одлуку на основу тачних и довољних информација.

Поред наведеног, Директива прописује да сви производи осигурања који се продају морају да испуњавају клијентове захтеве и потребе. Зато ће посредници имати обавезу да прибаве информације о потенцијалном знању клијента, искуству, финансијској ситуацији и инвестиционим циљевима како би могли да оцене да ли производ који желе да продају клијенту одговара његовим потребама и очекивањима. Ако посредник у осигурању закључи на основу информација које је добио од клијента да производ или услуга нису одговарајући за њега, посредник га мора упозорити на ту чињеницу.

Када се услуга саветовања пружа пре закључења уговора, продавац осигурања је дужан да клијенту достави персонализовану препоруку у којој ће објаснити разлоге због којих би одређени производ најбоље испунио захтеве и потребе клијента.

Наведена обавеза постоји и онда када се продаја врши без саветодавне улоге посредника у осигурању што значи да ће посредник у осигурању морати да се обезбеди прибављањем писмене изјаве клијента о његовим захтевима и потребама, из које се може видети да ли је понуђен производ осигурања – полиса осигурања била одговарајућа за потрошача већ у почетној фази преговарања.

За разлику од Директиве о посредовању у осигурању из 2002. године, Директива о продаји осигурања из 2016. године је прописала особине стандардизоване информације о производу неживотног осигурања, коју треба да сачини аутор производа. Она треба да буде:

1. Кратак и самосталан документ;
2. Информација треба да буде представљена на начин који је јасан и лако читљив, коришћењем слова лако читљиве величине;
3. Да не буде мање разумљива због тога што је штампана у боји, а затим штампана или фотокопирана у црно-белој боји;
4. Да је писана на службеним језицима или неком од службених језика у примени у делу државе чланице где се производ осигурања продаје или, по споразуму потрошача и продавца на неком трећем језику;
5. Да буде тачна и да не ствара заблуду;
6. Да садржи наслов „Информациони документ о производу осигурања” на врху прве стране; и



7. Да садржи изјаву да је потпуна предуговорна и уговорна информација о производу осигурања садржана у другим документима.

Сама информација о конкретном производу осигурања мора да садржи следеће:

1. Информацију о врсти осигурања;
2. Резиме осигуравајућег покрића, укључујући и главни осигурани ризик, суму осигурања, ако је потребно, територију важења и списак искључених ризика;
3. Начин плаћања премије и рокови плаћања;
4. Главна искључења у којим случајевима се не може поставити одштетни захтев;
5. Обавезе на почетку уговора;
6. Обавезе током трајања уговора;
7. Обавезе у случају постављања одштетног захтева;
8. Датум почетка и истека уговора; и
9. Начини раскида уговора.

Директива о продаји осигурања оставља државама чланицама могућност да изузму од обавезе информисања клијената који спадају у велике ризике, што је прихваћено у одређеном броју држава чланица ЕУ, али и да могу да усвоје строжа правила о обавези и садржини информисања.

Осим тога, ова Директива је овластила државе чланице да могу да ограниче или забране наплату или пријем награда, провизија или других новчаних или неновчаних бенефиција које продавцима осигурања треба да плате или пруже трећа лица или лице које иступа у име трећег лица у вези са продајом производа осигурања.

Чл. 23, ст. 1 Директиве, прописано је да се неопходне информације посредника у осигурању према потрошачу морају доставити бесплатно у папирном облику, на јасан и прецизан начин, разумљив клијенту, на службеном језику државе чланице где се налази осигурани ризик или државе чланице где је закључен уговор или на језику по споразуму странака.

Међутим, ДДО у истом члану, у ст. 2–4 прописује околности и услове у којима је дозвољено да посредник у осигурању информише потрошача и путем трајних медија, и то ако су кумулативно испуњена два следећа услова: (1) да је то оправдано у контексту односа посредника у осигурању, друштва за осигурање и потрошача и (2) да је потрошачу омогућен избор у погледу начина на који ће бити информисан и да се он са тим сагласио. Али ако је потрошач, пре закључења уговора, информисан на трајном

медијуму или преко интернета, потрошач у сваком тренутку може да захтева бесплатно достављање предметних информација и у папирном облику.

Информације се клијенту могу дати путем интернет стране ако су адресиране лично или ако су испуњени следећи услови:

- (а) Давање тих информација преко интернет стране оправдано у контексту односа посредника у осигурању, друштва за осигурање и клијента;
- (б) Клијент се сагласио са пружањем те информације преко интернет стране;
- (ц) Клијент је електронским путем обавештен о интернет адреси и месту на интернет страни где се може приступити информацији;
- (д) Обезбеђено је да информације остане доступна на интернет страни онолико времена у којем би клијент могао разумно да има потребе за информацијом.

Директива о продаји осигурања уводи обавезу продавца производа осигурања, који је део неког пакет-производа у којем се налазе и неке друге финансијске услуге или производи, да информише потрошача да свака од услуга или појединачних производа се могу купити посебно – одвојено од осталих и да га обавести о припадајућим трошковима и накнадама. Другим речима, пракса продавца пакет-производа да обавезу потрошаче на куповину производа или услуга у једном пакету више неће бити дозвољени. Продавац осигурања ће код продаје једног дела пакет производа имати обавезу и да опише начин на који његово издвајање мења тежину ризика или осигуравајуће покриће.

### 3.5. ОСТАЛЕ ДИРЕКТИВЕ КОЈЕ СЕ ПРИМЕЊУЈУ НА ОСИГУРАЊЕ

Остале директиве које се тичу осигурања регулишу друге, различите аспекте односа на унутрашњем тржишту ЕУ, а посебно аспект информисаности потрошача.

Поред обавезе саопштавања одређених информација поводом уговора које са потрошачима закључују осигуравачи и посредници осигурања у Директиви о солвентности II и Директиви о посредовању у осигурању из 2002. године, постоје и други случајеви када Комунитарно право предвиђа захтеве у вези са информацијама поводом трговачких комуникација. Они су или специфични јер се односе на одређене

професионалне делатности, те се не примењују на осигурање, као што су захтеви у погледу информација која се односе на пакет путовања, пакет одмора и пакет аранжмана, на куповину права на употребу непокретне имовине на основи подељеног временског коришћења, потрошачке кредите и друге уговоре или су општег карактера и односе се на све уговоре па и уговоре које закључују осигуравачи и посредници осигурања са клијентима потрошачима. С обзиром да су и ови захтеви у вези са информацијама које се морају саопштити потрошачу предвиђени Комунитарним правом, тј. у директивама, сви ти случајеви информација сматрају се битним информацијама према Директиви о неправичним клаузулама потрошачких уговора, а повреде предвиђене у тим захтевима у вези са саопштавањем ових информација сматрају преварном, неправичном трговачком праксом.

У наредним излагањима, упознаћемо се са општим захтевима у погледу саопштавања ових информација које су предвиђене Директивом 2000/31/ЕЦ о електронској трговини<sup>34</sup> и Директивом 2011/83/ЕУ о правима потрошача<sup>35</sup> којом је престала да важи Директива 2002/65/ЕЦ о дистанцијском маркетингу финансијских потрошачких услуга.<sup>36</sup>

Према Директиви о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора осигуравач који закључује уговоре о осигурању на даљину чини преварни некоректан трговачки поступак ако не обезбеди уговарачу, односно осигуранику потрошачу и надлежним органима да могу да прибаве електронским путем одређене податке предвиђене у овој Директиви које се тичу његовог идентитета на лак, директан и начин којим се обезбеђује сталан приступ тим подацима.

Ови подаци или информације којима осигуравач мора на изложени начин да обезбеди приступ потрошачу, које се према чл. 5, ст. 1 Директиве о електронској трговини називају „општим подацима”, јесу:

- (а) Име (назив фирме) осигуравача,
- (б) Адреса на којој се налази његово седиште,

---

<sup>34</sup> Directive 2000/31/EC of the European Parliament and of the Council of 8 June 2000 on certain legal aspects of information society services, in particular electronic commerce, in the Internal Market (Directive on electronic commerce), *Official Journal of the European Communities*, L 178, 17. 7. 2000, 1–16.

<sup>35</sup> Directive 2011/83/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on consumer rights, amending Council Directive 93/13/EEC and Directive 1999/44/EC of the European Parliament and of the Council and repealing Council Directive 85/577/EEC and Directive 97/7/EC of the European Parliament and of the Council („Директива о правима потрошача”), *Official Journal of the European Union*, L 304, 22. 11. 2011, 64–88.

<sup>36</sup> Directive 2002/65/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 concerning the distance marketing of consumer financial services and amending Council Directive 90/619/EEC and Directives 97/7/EC and 98/27/EC, *Official Journal of the European Communities*, L 271, 9. 10. 2002, 16–24.

- (ц) Подаци који обухватају његову електронску адресу на којој се може са њим контактирати и достављати му поруке на директан и ефикасан начин,
- (д) Подаци о надлежном надзорном органу за осигуравача, о његовом регистрационом броју или еквивалентно средство идентификације у том регистру,
- (е) Податак о професионалном органу или сличној институцији код које је осигуравач регистрован, а ако је регистрован у другој држави чланици професионални назив и означавање државе чланица у којој је регистрован,
- (ф) Податке о прописима који регулишу његову делатност у држави чланици регистрације и начин увида у исте и
- (г) Порески идентификациони број осигуравача, ако подлеже плаћању ПДВ.

Такође, Директивом о електронској трговини предвиђени су и захтеви у вези са информацијама које се дају поводом трговачких комуникација на даљину чија повреда се, у смислу Директиве о неправичним клаузулама потрошачких уговора, сматра некоректним трговачким поступком преварног карактера. Оне морају, према чл. 6 те Директиве, да испуњавају најмање следеће услове: а) да је трговачку комуникацију могуће јасно утврдити, б) да правна и физичка лица у чије име је установљена трговачка комуникација могу да се јасно одреде, ц) да промотивне понуде, као што су дисконти, премије и поклони, тамо где је то дозвољено у државама чланицама у којима је регистрован давалац услуга, је могуће јасно утврдити као такве и да се услови који треба да су испуњени за њихово квалификовање лако могу проверити и презентовати на јасан и недвосмислен начин и д) да промотивна такмичења или игре, тамо где је то дозвољено у државама чланицама у којима је регистрован давалац услуга, је могуће јасно утврдити као такве и да се услови за учешће могу лако проверити и презентовати на јасан и недвосмислен начин.

С обзиром да су захтеви који су изложени у погледу садржине информација о идентитету и приступу тим информацијама, као и захтеви у вези са информацијама које се дају поводом трговачких комуникација на даљину односе на све даваоца услуга на даљину, општег карактера, њих такође морају испуњавати и посредници осигурања када пружају услуге на даљину оним клијентима који се према Директиви о неправичним клаузулама потрошачких уговора сматрају потрошачима.

Преостаје да се још упознамо са информацијама које осигуравач треба према Директиви о правима потрошача треба да достави клијенту потрошачу. У питању су информације и обавеза достављања информација уговорних елемената на трајном медију за све врсте комерцијалних уговора који се закључују на даљину или ван пословних просторија, али поменута Директива се не примењује на финансијске услуге, укључујући и делатност осигурања.

Ипак, правила Директива о правима потрошача садрже и одређени круг информација које такође могу имати важност приликом закључивања уговора о осигурању на даљину као и то да је неке од њих (информације о својствима финансијске услуге – прим. аут.) као што ћемо видети даље у раду, преузео актуелни Закон о заштити потрошача. Због тога у наставку рада наводимо које су те информације. Пре закључења уговора на даљину или ван пословних просторија или слања одговарајуће понуде, трговац је дужан да потрошачу достави следеће информације на недовисмислен и разумљив начин (Директива 2011/83/ЕУ, чл. 6, ст. 1):

- (а) главним карактеристикама робе или услуге у обиму који је адекватан медијуму и роби или услузи;
- (б) идентитету трговца, односно његовом пословном имену;
- (ц) поштанској адреси на којој трговац има седиште, телефонски број, број телефакса и и-мејл, ако га има, како би потршач брзо могао да ступи у контакт са трговцем и са њим ефикасно комуницира и, ако је потребно, поштанској адресу и идентитеу трговца у чије име он иступа;
- (д) ако се поштанска адреса разликује од оне под тачком (ц), поштанској адреси места пословања трговца и, ако је потребно, поштанској адреси трговца у чијем име он иступа, на коју потрошач може уложити рекламацију;
- (е) укупној цени услуге, укључујући порезе или ако је природа услуге таква да се цена не може коректно одредити унапред, начину на који ће се цена одредити, као и свим додатним трошковима као што су трошкови слања или поштански трошкови и свим другим трошковима или, ако се ти трошкови не могу унапред навести, чињеница да се ти додатни трошкови плаћају. Код уговора са неодређеним трајањем или уговора који се обнавља једном годишње, укупна цена треба да обухвата укупне трошкове за дати период. Када се у таквим уговорима

трошкови наплаћују према фиксним стопама, укупна цена такође подразумева укупне месечне трошкове. Ако се укушни трошкови не могу коректно одредити унапред, мора се навести начин на који ће цена бити одређена;

- (ф) трошак коришћења средства комуникације на даљину ради закључења уговора ако се тај трошак обрачунава другачије од основне стопе;
- (г) начину плаћања, слање, извршење, времену у којем трговац преузима обавезу да изврши услуге и, ако је потребно, политици трговца за решавање рекламација;
- (х) ако постоји право на одустајање од уговора, о условима, роковима и поступку вршења тог права;
- (и) сходно околностима, да ће потрошач сносити трошак враћања робе у случају одустајања од уговора а код уговора на даљину, ако се роба по својој природи не може вратити поштом, трошак враћања робе;
- (ј) сходно околностима, ако се потрошач користи правом одустајања, потрошач ће бити у обавези да надокнади трговцу правичан износ трошкова;
- (к) информацију о томе када потрошач нема право на одустајање од уговора или, околностима у којима потрошач губи право на одустајање од уговора;
- (л) подсећање на постојање законске гаранције о саобразности робе;
- (м) сходно околностима, постојању и условима постпродајне помоћи, постпродајних услуга и трговачких гаранција;
- (н) постојању релевантног кодекса пословања и како се може добити његов примерак;
- (о) трајању уговора, сходно околностима, или ако се уговор закључује на неодређени период или треба да се аутоматски продужи, условима за раскид уговора;
- (п) сходно околностима, минималном трајању обавеза потрошача по уговору;
- (q) сходно околностима, постојању и условима депозита или других финансијских гаранција које треба да се плате или да их потрошач прибави на захтев трговца;

- (p) сходно околностима, функционалности, укључујући меродавне мере техничке заштите дигиталног садржаја;
- (c) сходно околностима, свим релевантним интероперабилностима дигиталног садржаја са хардвером и софтвером за који трговац зна или се разумно може очекивати да за њега зна;
- (т) сходно околностима, могућности вансудског решавања рекламација и начинима обештећења која се примењују на трговца и начину остваривања тог права.

Ова Директива посебно истиче значај достављања оних међу истакнутим информацијама које се односе на уговорене обавезе страна у уговору који се закључују даљинским путем и прописује да такве информације које треба доставити током предуговарања, морају бити у складу са уговорним обавезама које би свакако настале закључивањем уговора на основу права чија се примена претпоставља на уговор који се закључује даљинским путем.

Информације се морају дати на недвосмислен и разумљив начин прилагођен средствима за комуникацију на даљину, уз поштовање принципа савесности и поштења и принципа који регулишу заштиту слабије уговорне стране.

Директива о правима потрошача у погледу саопштавања ових информација доноси још два веома важна правила: да остају на снази правила о обавези информисања које предвиђају друге директиве које се односе на одређене финансијске услуге, што за осигураваче значи да су они дужни да осигураницима у фази преговарања уговора о осигурању на даљину да доставе информације чију обавезу саопштавања предвиђа Директива о солвентности II и да државе чланице могу предвидети строжија правила о претходном достављању информација које се односе на закључивање уговора на даљину у односу на оне које предвиђа ова Директива.

Посебна заштита уговарача осигурања предвиђена је чл. 9, Директиве о правима потрошача по којем су државе-чланице биле дужне да обезбеде да потрошачи имају на располагању рок од 14 календарских дана за одустанак од уговора без пенала и без давања образложења.

Заштита потрошача у Комунитарном праву спроводи се, као што смо видели у осигурања живота и осигурању неживотних грана, али и у неким посебним врстама осигурања, као што је осигурање трошкова правне заштите. Прва директива о осигурању неживота донела је делимично уједначавање прописа у тој области јер је у Немачкој био на снази систем обавезне специјализације друштава за осигурање за

осигурање трошкова правне заштите. До доношења Директиве осигурању трошкова правне заштите<sup>37</sup> 1987. године, Немачкој је било дозвољено да задржи прописе по којима се на њеној територији забрањује истовремено обављање здравственог осигурања, осигурања кредита и гаранција или осигурање регреса према трећим лицима и правне заштите, било у комбинацији једно са другим, било са другим врстама осигурања (Прва директива о осигурању неживота, 1973, чл. 7, ст. 2, тач. /ц/). Међутим, чл. 8 поменуте Директиве обавезао је државе чланице ЕУ да ван снаге ставе све прописе који забрањују осигуравачу да се на њиховој територији истовремено бави осигурањем трошкова правне заштите и другим врстама осигурања (забрана услова специјализације – прим. аут.) Тиме је Немачка, ради остваривања идеје јединственог тржишта Европске уније, морала да прихвати могућност обављања ове врсте осигурања и од стране композитних а не само специјализованих друштава за осигурање.

Сврха ове Директиве била је да уједначи одредбе закона, подзаконских или управних прописа поводом осигурања трошкова правне заштите како је наведено у ст. 17, тачке А Анекса Прве директиве о осигурању неживота из 1973. године ради омогућавања ефикасног вршења слободе оснивања и спречавања у највећој могућој мери, сукоба интереса који би посебно могао настати због околности да осигуравач истовремено осигурава неко друго лице или лице у вези са трошковима правне заштите и било које друге врсте ризика из тог Анекса, и да ако дође до таквог сукоба предвиди начин његовог решавања.

Директива је морала да призна и прихвати дотадашњу праксу начина спровођења ове врсте осигурања кроз самосталан уговор о осигурању или као део осигуравајућег покрића уз обавезно назначење премије осигурања.

У циљу спречавања сукоба интереса на страни осигуравача, а ради заштите интереса осигураника, Директива предвиђа три система од којих државе-чланице имају право и обавезу да изаберу најмање један систем. Државе чланице такође могу усвојити сва три система и препустити коначан избор осигуравачима, јер се сви системи сматрају равноправним (Јовановић, 2007, 290). Сви системи заснивају се на претпоставци да до сукоба интереса може да дође само у вези са проценом и ликвидацијом одштетних захтева, те се због тога настанак сукоба интереса мора спречити: (1) системом идвојеног поступка процене и ликвидације по којем ниједном

---

<sup>37</sup> Council Directive 87/344/EEC of 22 June 1987 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to legal expenses insurance, *Official Journal of the European Communities*, L 185, 4. 7. 1987, 77–80.



од запослених код осигуравача који се бави проценом и ликвидацијом одштетних захтева осигурања трошкова правне заштите, не сме да истовремено буде поверен сличан посао у другим класама осигурања, или (2) преко посебног правног лица за процену и ликвидацију одштетних захтева осигурања трошкова правне заштите или (3) системом слободног избора осигураника у вези са личношћу адвоката којем жели да повери заштиту својих интереса. Могућност да потрошач услуге осигурања ангажује посебно правно лице уместо адвоката, је према мишљењу Економског и социјалног комитета, требало да смањи трошкове тиме што се потрошачи не би искључиво обраћали адвокатима (Opinion of the Economic and Social Committee, 1980, тач. 5).

Директивом је прописано да када настане сукоб интереса или постоји неслагање у погледу решења спора, осигуравач трошкова правне заштите или исплатно тело морају да обавесте осигурано лице о његовим правима, а то су: (а) да када се заступање или остваривање било ког права у било којој процесној радњи или поступку повери адвокату или другом прописно квалификованом лицу, да осигураник има слободу избора адвоката или другог лица; (б) осигураник има слободу избора адвоката или другог квалификованог лица ради заштите његових интереса у свим случајевима када дође до сукоба интереса; и (в) могућност решавања спорова пред арбитражним судом или у неком другом поступку који не искључује могућност покретања спора пред судом. Наведена права морају се изричито навести у полиси осигурања, односно условима осигурања.

Правила ове Директиве су интегрисана у Директиву о солвентности II (чл. 198–205).

## 4. ДЕФИНИЦИЈА ПОЈМА „ПОТРОШАЧ”

### 4.1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

За потребе овог рада неопходно је анализирати дефиниције појма „потрошач” јер се тиме опредељује круг лица која имају статус потрошача и која уживају заштиту у правном односу са јачом уговорном страном. Као што је истакнуто у домаћој правној теорији, адекватна заштита потрошача услуга осигурања не може да се достигне ако се

тај појам не одреди сходно природи трансакције и фактичким обележјима онога ко је у својству слабије стране закључује (Петровић Томић, 2015, 74).

Одредити појам потрошач без објашњења са њим повезаним појмовима као што су потрошња, потрошачко друштво и конзумеризам било би неприкладно за разумевање ширег контекста у којем се тај појам користи. Са друге стране, утврдити дефиницију није нимало наиван задатак за свакога ко жели да она буде садржајно адекватна и да обухвата све замисливе специфичности онога шта се дефинише. Зато дефинисати нешто значи дати објашњење, одредити значење давањем тумачења које ће одредити садржину границе дејства датог објашњења на одређене ситуације. Одредити шта се подразумева под одређеним појмом, која су својства предмета дефиниције или статус, као и које последице произлазе из тако дефинисаног појма и у којим околностима, највише зависи од постављених циљева и потреба онога ко обавља одређену делатност (привредну, културну, друштвену итд.) или спроводи политику (законодавну и надзорну у одређеним областима друштва и привреде) ради институционализовања одређеног стања или статуса.

Пре одређивања садржине појма „потрошач”, неопходно је утврдити шта се подразумева под појмовима „потрошачко друштво” и „конзумеризам.” „Потрошачко друштво” је појам који се, са друштвеним опоравком и привредним замахом после Другог светског рата, усталио за означавање таквог степена развијености односа у друштву када су потребе за улагањима у развој производње почеле да расту релативно спорије од националног дохотка, што је омогућило сразмерно већу непосредну потрошњу. У складу са тим, потрошачко друштво се дефинише као друштво у којем становништво често купује ствари, посебно оне које им не требају и за које је највећа вредност управо у поседовању тих ствари.<sup>38</sup> У Оксфордском речнику енглеског језика потрошачко друштво се у пежоративном смислу описује као „друштво у којем је куповина и продаја ствари и услуга најважнија друштвена и економска активност: потрошачко друштво са својим универзалним материјализмом.”<sup>39</sup> Следствено наведеном, „конзумеризам” је идеологија која уоквирује поглед на свет, вредности, односе, идентитет и понашање оних који живе у друштву потрошача (Cole, 2015).

Тако се и појам „потрошач” у науци и у пракси користи у различитим значењима. У зависности од околности случаја, појам „потрошач” се користи као

---

<sup>38</sup> Consumer society. *Cambridge Advanced Learners Dictionary & Thesaurus*. Cambridge: Cambridge University Press. Доступно на: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/consumer-society>, 12. 3. 2015.

<sup>39</sup> Consumer society. *Oxford English Dictionary*. Oxford: Oxford University Press. Доступно на: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/consumer-society>, 12. 3. 2015.

синоним да би се означио статус који неко лице има у конкретном правном односу, ван правног односа или у датој пословној трансакцији, као на пример: купац, закупац, путник, клијент, корисник (услуга осигурања), уговарач, асигнатар, прималац лизинга итд. Ради илустрације специфичности дефинисања појма „потрошач” наводимо да се у смислу Директиве Европских заједница о пакет туристичким путовањима и одморима (чл. 2, ст. 1, тач. 4), потрошачем сматра лице „које прихвати или купи пакет („главни уговарач”) или лице у чије име главни уговарач уговара куповину пакета („други корисници”) или лице на које главни уговарач или други корисници пренесу пакет („асигнатар”).”

У наредним излагањима нећемо наводити све постојеће дефиниције појма „потрошач”, већ ћемо се ограничити само на оне дефиниције за које сматрамо да су релевантне за потребе овог рада.

Појам „потрошач” типичан је за економске науке где се њиме означава лице или организација која прибавља ствари и услуге за своје потребе.<sup>40</sup> Другим речима, ради се о лицима која набављају ствари и услуге за коначну потрошњу а не ради даље препродаје или о привредним организацијама које набављају робу или услуге ради обављања своје делатности трговине или производње. Из дефиниције „потрошње” из Просветине „Мале енциклопедије” прилази да је потрошач лице које користи материјална добра и услуге за непосредно задовољење текућих потреба, кроз коначну тренутну или постепену потрошњу употребних вредности (Потрошња, 1986, 62). У новије време, Мајкл Волф, амерички економиста увео је и појам „алфа потрошача” (Wolf, 1999, 110) којим се означава лице које прво отвори или врло рано започне тренд одређеног понашања на тржишту (прихвати или набави нови производ) много пре осталог становништва и које се због тога сматра „прогнозером” економских кретања.<sup>41</sup> Према овом економисти, ако је реакција алфа потрошача на неки производ негативна, онда ни обимно рекламирање ни интензиван публицитет не могу умањити почетну негативну реакцију. Како се дефинише потрошач у односу осигурања у Комунитарном праву и националним прописима држава чланица ЕУ, видећемо у наредном поглављу.

---

<sup>40</sup> Consumer. *Collins English Dictionary – Complete & Unabridged 10th Edition*. Glasgow: William Collins Sons & Co. Ltd. Доступно на: <http://dictionary.reference.com/browse/consumer>, 12. 3. 2015.

<sup>41</sup> Alpha consumer. *The Rice University Neologisms Database*. Hourston: Rice University. Доступно на: <http://neologisms.rice.edu/index.php?a=term&d=1&t=3590>, 12. 3. 2015.

## 4.2. ПРАВО ЕУ И НАЦИОНАЛНИ ПРОПИСИ ДРЖАВА ЧЛАНИЦА ЕУ О КОРИСНИКУ УСЛУГЕ ОСИГУРАЊА

Масовна продаја стандардизованих производа и комбинованих финансијских услуга (банкаосигурање, осигурање и инвестирање) доводи до успостављања снажнијег уговорачког положаја пружаоца услуга у односу на клијента. То је законодавца навело да клијенту призна додатна права ради заштите равнотеже између уговорних страна. Тако се показало веома важним одредити који клијент и под којим околностима се налази у слабијем преговарачком положају у поређењу са другом страном, у обиму због којег му је потребно признати додатна права ради избегавања ситуација у којима опште, традиционално право предвиђа слабију заштиту.

Са друге стране, један од циљева Комунитарног права које се често прокламује у преамбулама директива јесте и постизање највећег степена уједначавања права држава чланица а да се истовремено државе чланице овлашћују на проширење правила садржаних директива и то на поједине специфичне случајеве. Због тога се и истиче да је неопходно да законодавац ЕУ посебну пажњу посвети дефиницији потрошача ако жели да у целини или делимично регулише заштиту потрошача у складу са принципом највећег уједначавања националних прописа (Ebers, 2008a, 731).

Имајући у виду горе наведено, дефинисати појам „потрошач” неопходно је из најмање два разлога. Прво, појам „потрошач” је институт којим се у Комунитарном праву врши разграничење примене појединих правила о заштити потрошача. Други разлог за његово дефинисање лежи у чињеници да се тиме одређује круг лица која имају право на појачану заштиту у субјективном и објективном смислу. У субјективном смислу, заштита потрошача се спроводи у односу на привредне субјекте веће економске снаге и јаче преговарачке вештине и моћи, док се из објективног угла заштита спроводи у односу на остваривање основних права потрошача. Међутим, судећи по одредбама директива, не само да нема јединствене дефиниције у праву ЕУ, већ разлике постоје и између националних прописа држава чланица.

Принцип избегавања права јаче стране у уговору спроводи се применом правила о заштити потрошача која су, поред осталих, прописана правом ЕУ ради решавања типичних уговорних ситуација у којима је клијентов преговарачки положај слаб, као што су правила о неправичним условима у потрошачким уговорима које уговорне стране нису самостално уговориле. И већина посебних правила ЕУ која предвиђају додатну заштиту слабије стране у масовној продаји производа и стандардизованих

услуга означавају ову страну појмом „потрошач” и њега дефинишу као „физичко лице које иступа у сврхе које су ван његове трговачке, пословне, занатске или професионалне делатности” (Директива о правима потрошача, 2011, чл. 2, ст. 1, тач. 1). Доследно наведеној дефиницији, немачки Грађански законик у чл. 13 садржи следећу дефиницију: „Потрошач је свако физичко лице које закључује правне послове у сврхе које су у највећој мери ван његове трговачке, пословне или професионалне делатности.” Међутим, дефиниција појма „потрошач” у немачком праву је ширира од дефиниција из директива ЕУ, јер обухвата и запосленог по уговору о раду, при чему се правила о неправичним уговорним одредбама и правила о гаранцији из уговора о продаји примењују на све врсте уговора, без обзира на то да ли се ради о потрошачком уговору (Schulte-Nölke, et al. 2008, 85). Ипак, када се ради о уговору о раду и заштити права запосленог, такође се примењују и специјална правила радног законодавства, а за друге врсте уговора и сви други специјални прописи који га регулишу.

Без обзира на језичке финесе и стилске разлике у формулисању појма „потрошач” у разним директивама ЕУ и националним прописима, из претходно наведене дефиниције произлазе његове две основне карактеристике: (1) потрошач је физичко лице и (2) има статус потрошача увек када не иступа у склопу обављања своје делатности. Другим речима да би се неки правни однос сматрао потрошачком трансакцијом, неопходно је да је непосредна сврха због које једна страна закључује посао задовољење личних или породичних потреба, односно потреба домаћинства, а не обављање професионалне делатности (Иванчевић, 2008, 369).

Према праву ЕУ, дефиницијом „потрошача” нису обухваћена правна лица чак и онда када се ради о непрофитним институцијама. Европски суд правде је по овом питању био доследан у најмање два спора о којима је одлучивао, с тим да претходно наведено правило не искључује право држава чланица да усвоје шире дефиниције у областима регулисаним минималним уједначавањем права (Judgment C-361/89, 1991, ст. 19 у вези са применом Директиве из 1985. године о заштити потрошача код уговора који се закључују ван пословних просторија; Judgment C-541/99 and C-542/99, 2001, ст. 14 у вези са применом Директиве из 1993. године о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора).

Широко распрострањено становиште концепта потрошача као стране у уговорима коју треба заштитити, доводи до општег разумевања да је клијент синоним за слабију страну те да се такав концепт заснива на „принципу заштите слабије стране.” Међутим, ова дефиниција не обухвата правила која предвиђају додатну заштиту

уговарача осигурања која су шира и не зависе од горепоменуте опште дефиниције потрошача.

Одређени број националних закона о уговорима о осигурању, посебно они који су новијег датума, предвиђају принудна правила која служе заштити уговарача осигурања као што су на пример, правила која прописују ништавост неразумно тешких санкција у случају кршења услова осигурања као што је губитак осигуравајућег покрића, без обзира што уговарачи осигурања и одређена друга лица потпадају под дефиницију потрошача из прописа о потрошачима (француски Законик о осигурању, чл. Л 113-11) или навођењем одредби закона о уговору о осигурању од којих се споразумом не може одступити на штету осигураника (тзв. полупринудне норме) (немачки Закон о уговору о осигурању, 2008, чл. 18, 32, 67, 87, 112, 129 итд). Тако је основни концепт слабије стране по посебним правилима закона о уговорима о осигурању делимично шири од дефиниције потрошача по општим правилима прописа о потрошачима. Поред наведеног, неки типични принципи заштите потрошача, који су обухваћени у бројним прописима о потрошачима, као што је рок у којем је могуће одустати од уговора и неке обавезе информисања о производима и услугама њихових пружалаца, налазе се у неким законима о уговору о осигурању.

Када се ради о заштити уговарача осигурања на основу разликовања великих и масовних ризика, онда можемо да констатујемо да национални закони држава чланица ЕУ нису уједначени. Тако, наведено разликовање постоји у одређеном, мањем броју, правних система (литвански Закон о осигурању, 2003, чл. 10; мађарски Закон о друштвима за осигурање и делатности осигурања, 2003, Анекс Д; немачки Закон о уговору о осигурању, 2008, чл. 210; холандски Закон о финансијском надзору, 2006, чл. 1:1; хрватски Закон о осигурању, 2005, чл. 3, ст. 6). Остали већи број других држава чланица ЕУ нису ускладиле своје националне правне системе са решењима из релевантних директива на начин на који је то урађено у наведеним правним системима.

Зато се приступ примењен у националним законима о уговору о осигурању држава чланица ЕУ у вези са применом принципа заштите слабије стране у уговорним односима, разликује од приступа из прописа о потрошачима. Правило је да сви уговарачи и остала лица када се ради о масовној продаји, морају да уживају додатну заштиту кроз принудна правила уведена законима о уговору о осигурању, под условом да не спадају у изузетке по основу дефиниције великих ризика.

Циљ надзора осигурања у ЕУ јесте заштита уговарача осигурања и осигураника. Међутим, критеријуми у вези са тим ко је јача страна у уговору када се ради о примени

правила о великим ризицима, важе само за уговарача осигурања (Директива о солвентности II, 2009, чл. 13, ст. 1, тач. 27). То је зато што је дефиниција великих ризика ЕУ уведена да би се уговарачи осигурања изузели од ограничења у погледу меродавног права уговора о осигурању и зато се то правило не примењује на осигураника и / или корисника надокнаде из осигурања, ако се та лица разликују од личности уговарача осигурања (Рокас, 2013, 35). Поред тога, ради преноса портфеља осигурања, заштићено лице према праву ЕУ је уговарач осигурања, осигураник и корисник надокнаде из осигурања (Директива о солвентности II, 2009, чл. 39, ст. 6).

У складу са принципом сразмерности, а посебно ради омогућавања ефикасне примене заштите по Директиви о некоректној трговачкој пракси привредних друштава према потрошачима<sup>42</sup>, ова Директива користи стандард „просечног потрошача”, који је у разумној мери информисан и просечно сконцентрисан и пажљив, узимајући у складу са тумачењем Суда правде у обзир његове социјалне, културне и језичке особине (Directive, 2005, преамбула бр. 18). Једноставно се ради о оцени Суда правде у зависности од фактичких околности сваког појединачног случаја. Осим тога, особине просечног потрошача не одређују се помоћу статистичких показатеља.

Принцип сразмерности у решавању потрошачких спорова са произвођачима или трговцима који, желећи да успеју у спору са потрошачем и да се одбране од његових захтева, често приписују потрошачу особине далеко вишег нивоа од прописаног стандарда. Тако, Жалбено веће Суда правде Европске уније у једном спору није прихватило став произвођача спортске опреме да је потрошач дужан да примењује „висок степен пажње” због којег се он не може лако преварити у вези са разликовањем различитих марки производа, због чега је одбацило његову жалбу.<sup>43</sup> У наведеном смислу се очекује и од националних судова држава чланица да не примењују никакве „високе стандарде” пажње и понашања потрошача у погледу јасноће и транспарентности финансијских услуга, укључујући и осигурање, већ пажњу просечног потрошача.

Тако су забрањени трговачки поступци који би вероватно битно нарушили економско понашање просечног потрошача, при чему просечан потрошач мора да

---

<sup>42</sup> Directive 2005/29/EC of the European Parliament and of the Council of 11 May 2005 concerning unfair business-to-consumer commercial practices in the internal market and amending Council Directive 84/450/EEC, Directives 97/7/EC, 98/27/EC and 2002/65/EC of the European Parliament and of the Council and Regulation (EC) No 2006/2004 of the European Parliament and of the Council ('Unfair Commercial Practices Directive'), *Official Journal of the European Union*, L 149, 11. 6. 2005, 22–39.

<sup>43</sup> Order of the Court (Sixth Chamber), 17 February 2016 in Case C-396/15 P, *Shoe Branding Europe BVBA v Office for Harmonisation in the Internal Market (Trade Marks and Designs)*.

потиче из јасно одређене групе потрошача, који су због своје психичке или физичке слабости, узраста или лакомислености нарочито осетљиви на ту врсту пословне праксе или на дати производ, под условом да се од трговца могло основано очекивати да то предвиди. Кршење стандарда просечног потрошача постоји када конкретан трговачки поступак битно утиче на његовог економско понашање, због чега потрошач не може да донесе адекватну одлуку, у складу са његовим очекивањем и разумевањем, да ли да закључи понуђени уговор о осигурању.

#### 4.3. ПРИНЦИПИ ЕВРОПСКОГ УГОВОРНОГ ПРАВА ОСИГУРАЊА

Прописи Европске уније су дуго били највећим делом ограничени на примену директива у вези са надзором осигуравајућих друштава на европском тржишту. После либерализације европских тржишта осигурања по стандардизованом надзору, развоја прекограничног осигурања и међународног осигурања потпомогнутим интернетом и Монетарном унијом, било је питање уједначавање уговорног права осигурања.

Европска комисија је после 2000. године покретала низ иницијатива које су имале за циљ повећање укупне усклађености европског уговорног права. Општи референтни оквир је дугорочни пројекат усмерен на стварање, европским законодавцима, модел закона који би они могли да употребе приликом измене постојећих и припреми нових прописа у области уговорног права.

Принципи Европског уговорног права осигурања (*Principles of European Insurance Contract Law*, даље у тексту: ПЕУПО) су резултат досадашњег рада и рада који је у току у оквиру Пројектне групе „Реформа Европског уговорног права осигурања”, који представља пројекат покренут на иницијативу групе европских професора са циљем да се сачини нацрт „Принципи Европског уговорног права осигурања” који је започео 1999, а Европској мрежи савршенства Европског уговорног права осигурања придружио се 2005. године када је она и формирана. Принципи ПЕУПО-а представља допринос Општем референтном оквиру (даље у тексту: ОРО) Европског уговорног права. ОРО уговорног права у ЕУ има за циљ стварање уједначенијег Европског уговорног права (општи принципи, терминологија и систематика). Њима је обухваћен и уговор о осигурању.

Комисија угледних европских професора (*Jürgen Basedow, John Birds, Malcolm Clarke* – председник, *Herman Cousy* и *Helmut Heiss*) објавила је 17. децембра 2007.



године Нацрт општег референтног оквира за европско уговорно право осигурања (*Draft Common Frame of Reference, Chapter III, Section IX, Insurance Contract*). Ради се о посебном покушају установљења једнообразних уговорних правила осигурања, којим се настојало да се утврди усклађен правни оквир правила о уговору о осигурању на нивоу Европске уније. Циљ доношења ПЕУПО био је да се утврди необавезујући скуп правила уговорног права осигурања чију би примену уговарач осигурања и осигуравач са територије Европске уније могли да уговоре на свој однос осигурања, под условом да не заснивају однос осигурања за који је националним законодавством држава чланица ЕУ, оно прописано као обавезно. Имајући у виду њихову факултативну природу, идеја је била да се уговарачу осигурања (осигуранику) и осигуравачу стави на располагање још један правни оквир за уговор о осигурању, без обзира на ограничења у погледу избора права по међународном приватном праву (Рокас, 2013, 32). Ако уговорне стране одлуче да се користе предностима ПЕУПО, њихова правила ће се примењивати у целини, у интегралном облику без могућности да уговорне стране убацују допунске, специјалне одредбе или искључења, поготово не на штету имаоца полисе, осигураника или корисника осигурања (ПЕУПО, 2009, чл. 1:103).

У односу на осигуравачеву обавезу давања предуговорних информација то значи да ако су осигуравач и уговарач осигурања прихватили да се на њихов уговор примени правни режим из ПЕУПО онда обавеза саопштавања информација које су у њему регулисане чини обавезу осигуравача према уговарачу, али и оних информација које су ПЕУПО предвиђене да је осигуравач дужан да их саопшти уговарачу осигурања током трајања периода осигурања или на захтев уговарача осигурања, не могу бити мењане или допуњаване њиховим посебним уговорним споразумима или споразумом да се на њихово саопштавање примењују правила одређеног, изабраног националног материјалног права (Славнић, Јовановић, 2008б, 34). Све ове информације, ако је на уговор прихваћена примена ПЕУПО, морају се саопштити у интегралном облику како су предвиђене у ПЕУПО. У оквиру посебне предуговорне исправе, осигуравач је понудиоцу по овом извору права у припреми дужан, да саопшти следеће информације које се односе на:

- (а) Име и адресу уговорних страна,
- (б) Име и адресу осигураника и корисника надокнаде из осигурања,
- (ц) Име и адресу агента осигурања,
- (д) Предмет осигурања и осигуране ризике,
- (е) Суму осигурања и франшизе,

- (ф) Износ премије или начин њеног израчунавања,
- (г) Доспеће плаћања премије, место и начин плаћања,
- (х) Уговорени период и период обавезе,
- (и) Право на опозив понуде или отказ уговора без образложења,
- (ј) Меродавно право уговора или, ако је избор права препуштен уговорним странама, право чију примену предлаже осигуравач,
- (к) Постојање механизма вансудског поравнања за понудиоца и начин остваривања тог права,
- (л) Постојање гарантних фондова или других компензаторних уговора.

ПЕУПО у посебном одељку (одељку VII) у којем се регулише „Обавеза осигуравача на давање информација после закључења уговора”, у члану 2:701, предвиђа општу обавезу осигуравача да током уговореног периода уговарачу осигурања, без непотребног одлагања, у писменој форми достави информације о свим променама у вези са његовим:

1. Називом фирме и адресом,
2. Правном формом друштва,
3. Адреси седишта, заступништва или огранка које је закључило уговор.

Поред наведених, ПЕУПО у истом одељку, у чл. 2:702, предвиђа обавезу осигуравача да уговарачу на његов захтев, без непотребног одлагања, у писменој форми достави информације:

- (а) Које се разумно могу очекивати од осигуравача, односно да достави све детаље битне за извршавање закљученог уговора и
- (б) О новим стандардним условима које осигуравач примењује на уговоре о осигурању исте врсте као и онај који је закључен са уговарачем.

Оригиналност ПЕУПО у уређивању информација које је осигуравач дужан да достави понудиоцу није само у томе што је у њему одређено да оне истовремено чине садржину полисе осигурања, већ у решењу Нацрта да их осигуравач мора саопштити понудиоцу пре закључења уговора и обухватити у полиси само када су оне битне (Славнић, Јовановић, 2008а, 23).

Принципи не уводе неутрална, већ полупринудна правила која уопштено предвиђају заштиту из прописа ЕУ о потрошачима за све врсте уговарача осигурања итд, уз изузеће великих ризика. Одступања се дозвољавају у корист било које стране, укључујући и осигуравача, код уговора о осигурању великих ризика у смислу Друге директиве о неживотном осигурању. Осим испитаних одредби, ПЕУПО има једну

одредбу о агентима осигурања којом се штити уговарач осигурања: Ако агент, који приликом преузимања правних радњи у име осигуравача изјави да је независан посредник и том приликом одступи од обавеза које по закону (државе на чију примену упућује колизионо право – прим. аут.) има таква врста посредника, осигуравач сноси одговорност за последице таквог поступања (ПЕУПО, 2009, чл. 3:102).

У сваком случају, ПЕУПО садрже два нивоа заштите потрошача као корисника услуге осигурања (Рокас, 2013, 35). То су:

- (а) Сви уговарачи осигурања, осигураници, корисници надокнаде из осигурања, који би се могли сматрати „потрошачима у смислу уговорног права осигурања.”
- (б) Сви уговарачи осигурања и остала лица, која имају додатне карактеристике „потрошача у смислу општих прописа о потрошачима.”

#### 4.4. ПРАВО САД

Према Грам-Лич-Блајлијевом закону од 12. новембра 1999. године (*The Gramm-Leach-Bliley Act of 1999* – Public Law 106–102, 106th Congress) „потрошач” је „појединац који, од финансијске институције, прибавља финансијске производе или услуге које су намењене за његову личност, породицу или домаћинство, а који је истовремено и законски заступник тог појединца” (америчког Законика, чл. 6809, ст. 9). Наведени Закон познаје још једну врсту потрошача кроз појам „клијентског односа.” Тако је клијент потрошач који је са пружаоцем финансијских услуга развио однос са правима на приватност у складу са тим Законом.

#### 5. РАЗЛОЗИ ЗА ЗАШТИТУ КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА

Као што је већ речено, разлози за заштиту потрошача произлазе из потребе њихове заштите као уговорне стране чија је преговарачка моћ слабија од друштава за осигурање. Управо слаба или непостојећа преговарачка снага и искуство су разлози због којих се уводи посебна заштита физичких лица која преговарају о закључењу уговора о осигурању.

Како је истакнуто у Белој књизи Европске комисије од 1. 12. 2005. године, због тога што се јавни сектор постепено повлачио из финансирања одређених делова система социјалне заштите, створила се потреба за директним учешћем грађана у финансијским пословима и самим тим, до потребе унапређења њиховог образовања, а да би се појачала потражња и промовисала добра пракса инвестирања, било је важно побољшати транспарентност и упоредивост финансијских производа и помоћи потрошачима да их разумеју (White Paper, 2005, 8).

На нивоу Европске уније, приликом доношења Директиве о солвентности II, такође се сматрало да је код услуга осигурања неопходно унапредити ниво заштите потрошача (Директива о солвентности II, 2009, преамбуле 14, 16 и 17). Посебно је потреба за заштитом уговарача осигурања изражена код производа осигурања комбинованих са инвестиционим компонентом – инвестиционим ризиком. Зато се у финансијском сектору, у који спада и осигурање, „заштита првенствено односи на откривање прецизног карактера сваке инвестиције, као и на пружање довољно информација тако да и непрофесионалци могу да разумеју производ и да буду у позицији да начине најбољи избор, сходно њиховим потребама” (Тодоровић Симеонидис, 2011, 48).

Разлог за повећаном заштитом корисника финансијских услуга лежи у чињеници да су финансијски производи сложени тако да просечан потрошач, уколико не поседује одређена знања, тачне и потпуне информације о производу, тешко може да га разуме. Зато ни не чуди што је у Студији о аспектима заштите потрошача финансијских услуга Скупштине Европе констатовано да су финансијски производи који имају потенцијал да погоде велики број потрошача на различитим националним тржиштима: продаја осигурања кредита, недовољна информисаност о производима осигурања живота и недовољно информисање и непостојање адекватних инвестиционих производа (Consumer Protection Aspects of Financial Services, 2014, 69). Потрошач најчешће није свестан могуће ризичности финансијских производа, посебно када се њихов учинак не показује одмах, него тек у будућности. За потрошача је тешко да изврши поређење добијених података за финансијске производе који су одлучујући за правилну одлуку при одабиру понуђених производа. Типичан пример за то су облици животног и пензионог осигурања који претпостављају закључење уговора на дужи временски период (Иванчевић, 2008, 371). Са друге стране, не може се поћи од претпоставке да увек постоји „добра воља” осигураваача у погледу заштите интереса лица које закључује уговор о осигурању живота, због чега би осигураваач био спреман да у услове

осигурања угради клаузуле којима би осигураник био адекватно заштићен (Лабудовић, 2008, 353–368). Моралност осигуравача у претходно наведеном смислу посебно може да буде проблем када он намерава да уведе нове производе осигурања на тржиште (Мркшић, 2004, 205–210). Како се истиче у области приватног здравственог осигурања, у случају непостојања прописа који би регулисали његово спровођење, осигураваачи би могли да то искористе како би према потрошачима наступали са условљеном продајом осигурања као што је раскид добровољног здравственог осигурања код тренутног осигураваача и закључење уговора о обавезном здравственом осигурању код конкуренције (Thomson, Mossialos, 2006, 14). Зато је и Европска комисија поводом измена и допуна Директиве о посредовању у осигурању из 2002. године сматрала да ће кроз унапређење и уједначавање правила, потрошачи имати користи путем побољшане упоредивости производа осигурања без обзира на врсту продајног канала и што ће смањити однос трошак / цена коју плаћа потрошач (Executive summary, 2012, тач. 7.1, ст. 1). Још један од разлога за заштитом потрошача који је Европска комисија истакла у вези са оценом утицаја Директиве о посредовању у осигурању на продају производа осигурања и заштиту потрошача био је тај да постоји висок ризик брзог отказивања неадекватних полиса осигурања и незадовољства потрошача ако потрошач купује полису осигурања која не задовољава његове потребе и која се не уклапа у његове финансијске могућности (Executive summary, 2012, тач. 7.1, ст. 2). Осим тога, у случају отказивања полисе осигурања живота уговарач може да буде оптерећен неповољним пореским третманом на пример, ако се порез наплаћује на откупну вредност без изузетка (Executive summary, *Исто*).

У зависности од сопственог образовања, старосне доби и информисаности, уговараачи осигурања не морају да буду посебно мотивисани да се упуштају и оцену адекватности производа осигурања према сопственим потребама и очекивањима, ризичности закључења конкретног уговора о осигурању са одређеним осигураваачем у погледу одрживости његове финансијске снаге и солидности и неретко се одлучују на закључење уговора о осигурању искључиво руковођени примамљивим (јефтиним – прим. аут.) премијама или високим каматним стопама (код осигурања живота са штедном компонентом). Ипак, нереално је очекивати од уговараача осигурања, који по правилу немају осећај, знање и искуство у вези са ризицима осигурања и који се суочавају са огромном асиметријом у информацијама о производима осигурања, услугама осигураваача и његовом финансијском стању, да буду адекватно пажљиви и дисциплиновани да би могли да заштите своје интересе. Са друге стране, и осигураваач

мора да има право на информације о осигуранику и ризику за који се тражи осигуравајуће покриће, а посебно када је неопходно истражити узрок штете и извршити њену процену и ликвидацију. Проблеме у остваривању права осигуравача на информацију, посебно имајући у виду Закон о заштити података о личности, у нашој правној теорији разматрали су поједини аутори (Јовановић, М. 2009; Јовановић, С. 2009).

Уврежено је мишљење да је највећи ризик сваког уговарача осигурања, а посебно, физичког лица, да поседује полису осигурања и да редовно плаћа премије а да при томе нема никакво или скоро никакво покриће осигурања (Тодоровић Симеонидис, 2014, 256).

Посебан проблем код уговора о осигурању представља нетранспарентност општих и посебних услова осигурања које осигураник уопште не познаје или их само површно прелиста приликом закључења полисе осигурања, а да се суштински није ни упознао са њима или их није разумео. Иако услови осигурања данас имају доста сличности, ипак како се тврди у нашој правној теорији, постоји опасност да се у уговор о осигурању унесу одредбе којима је циљ да се осигуравач заштити од већих обавеза на штету легитимних интереса осигураника (Пак, 2004, 192). Из угла већина уговарача осигурања која су физичка лица, прибављање осигуравајућег покрића се своди на његову намеру да се осигура од неког ризика и да редовно плаћа премију за, из његовог угла гледано, „савршену полису осигурања.” Све тече уобичајено и „без проблема” док не наступи штета када уговарач осигурања сазнаје да полиса искључује из покрића ту врсту штета, иако је он „био сигуран” да има осигурање и од таквог штетног догађаја. Сличан проблем се јавља и код „осигурања од свих ризика.” Ради се о појму којим се означава посебна врста производа осигуравача у којем осигуравајуће покриће није ограничено на штете настале дејством било којег одређеног ризика и код којег обавеза осигуравача постоји у свим случајевима у којима узрок штете није изричито искључен из покрића. Управо у таквој неодређености ризика, лежи огроман проблем за неискусног и необавештеног уговарача осигурања. Због тога се, како се истиче у нашој теорији, врло рано у класичном имовинском осигурању јавио отпор оваквом збуњујућем означавању полиса „сви ризици” (Самарџић, 2009, 98). У области здравственог осигурања, садржај појма „болест” и „незгода” се много разликује у праву осигурања од оног што се под тим подразумева у свакодневном животу. Ово уговарач осигурања схвата углавном тек када се деси штетан догађај и када му се одбије исплата накнаде из осигурања. Недостатак детаљнијег знања о овим аспектима има више

разлога, од којих проф. Рорбах истиче следеће: (1) за велики део уговарача осигурања представља оптерећење читање формулација из области права осигурања у условима и у опису тарифа осигурања, (2) у информативним разговорима са уговарачима осигурања премало се говори о томе „када нема осигуравајуће заштите” и (3) током рекламирања и презентовања многих производа осигурања користи се свакодневни језик, због чега се и схватања уговарача осигурања често не поклапају са стварним правним значењем (Рорбах, 2012, 127). Наведени сценарији врло су чести у пракси и представљају само неке од примера у којима су изневерена очекивања уговарача осигурања од закључене полисе осигурања.

Специфичност и сложеност производа осигурања представља нарочит проблем за уговарача осигурања који је физичко лице, да сагледа целокупан обим и квалитет осигуравајуће заштите за коју се определио. Потреба осмишљавања институционалне заштите уговарача осигурања посебно је значајна из бројних разлога, од којих овде наводимо само неке: (1) ако се физичка лица појављују као уговарачи осигурања ван своје комерцијалне, занатске или трговачке делатности, (2) због тога што се уговори о осигурању, по правилу све више, закључују као уговори по приступу када уговарач осигурања нема могућност преговарања о његовим условима, (3) стварање стимулативног амбијента у смислу поједностављења, убрзања и појефтинијења поступка остваривања накнаде, увођења ефикаснијих средстава и обезбеђења транспарентности – јавности и лаке доступности релевантних података о правима уговарача осигурања (Галић Димитријевић, 2006, 47), (4) слабог или никаквог познавања услова и начина функционисања осигурања и осигуравајуће заштите од стране физичких лица као уговарача осигурања, (5) заштита личних података уговарача осигурања, (6) динамизма којим друштва за осигурање уводе нове врсте и комбинације уговора о осигурању у правном промету као што су на пример, осигурање од еколошке катастрофе, осигурање доброг извршења уговорне обавезе, осигурања живота везана за вредност инвестиционе јединице, као и комбинована осигурања лица (живот / незгода, живот / тешке болести, здравствено / пружање неге) итд.

Имајући у виду горе наведене проблеме, у правној теорији је заступљено мишљење по којем би, уколико би законом били регулисани основни ризици и минимални обим покрића за неке основне именоване уговоре осигурања који већ постоје или се тек развијају на тржишту осигурања у Србији, потрошач требало да буде заштићен превентивним дејством таквих одредби али и због постојања правне

сигурности и извесности евентуалног спора са осигуравачем (Тодоровић Симеонидис, 2014, 257).

Као још један од разлога за заштитом корисника услуга осигурања наводимо и став по којем сви осигураници, били они потрошачи или професионалци, имају потребу за заштитом од неправичних уговорних одредби, јер уговор о осигурању обележава неравнотежа инхерентна његовој природи (Петровић, 2014, 46).

Осим горе наведених аргумената у прилог заштите уговарача, не смеју се занемарити ни образложена противљења прекомерном регулисању ове области. Тако је у правној теорији заступљено мишљење да „претерана регулација области заштите потрошача може на крају да иде чак и на штету потрошача, пошто се на тај начин кочи позитивна конкуренција у области цена и понуде, као о што преплављеност и презасићеност информацијама може у једнакој мери да паралише потрошаче, дистрибутере и друштва за осигурање, што само поскупљује производе” (Сасерат-Алберти, 2013, 128). Осим тога, како је истакнуто у нашој правној теорији, законска обавеза осигуравача да приликом закључења уговора и током његовог трајања обавештава осигураника о релевантним чињеницама требало би да доприносе бољој избалансираности интереса обе уговорне стране (Пак, 2004, 199).

## 6. ОПШТА И ПОСЕБНА ПРАВИЛА О ЗАШТИТИ ИНТЕРЕСА КОРИСНИКА УСЛУГЕ ОСИГУРАЊА У ПРАВНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

### 6.1. ДЕФИНИЦИЈА КОРИСНИКА УСЛУГЕ ОСИГУРАЊА

Примена термина „потрошач” или „корисник” услуге осигурања неретко намеће питање њихове адекватности и свеобухватности. Ово не само у језичком и суштинском смислу, већ много више у контексту излагања о нормативним решењима појединих прописа, који и сами користе различите термине за означавање лица у својству потрошача услуге осигурања.

Тако, према Закону о заштити потрошача, чл. 5, ст. 1, тач. 1 „потрошач је физичко лице које на тржишту прибавља робу или услуге у сврхе које нису намењене његовој пословној или другој комерцијалној делатности”, при чему се и од потрошача очекује одређени стандард пажње у пословима које закључује, а посебно, како ћемо



видети даље у раду, ради утврђивања постојања неправичне, обмањујуће или агресивне пословне праксе. Следствено томе, Закон дефинише просечног потрошача као лице које је добро обавештено и разумно обазриво, имајући у виду његове друштвене, културне и језичке особености. Међутим, када наведени Закон опредељује на кога се односи примена његових одредби, он прописује да се на питања заштите „корисника финансијских услуга”, односно заштите „учесника на тржишту капитала”, примењују одредбе посебног закона. Израз „корисник финансијских услуга” конкретније, али ипак недовољно прецизно одређује лице које ужива заштиту у области пружања финансијских услуга, с обзиром да је именоване „корисника осигуране накнаде” (који није уговорна страна у односу на осигуравача – прим. аут.) један од института карактеристичан за уговорно право осигурања. Ради се о уговору о осигурању живота у корист трећег лица које уговарач осигурања или осигураник може да одреди правним пословима *inter vivos* и *mortis causa*, као лице којем ће осигуравач исплатити осигурану накнаду када се оствари осигурани случај. Међутим, лице којем ће осигуравач исплатити осигурану накнаду може се појавити и у осигурању неживота.

Из горе наведених разлога ни Закон о осигурању из 2014. године није прецизан, јер користи израз „корисник осигурања” у чл. 1, да би га у даљем тексту заменио изразом „корисник услуге осигурања” (Закон о осигурању, 2014, чл. 15). Неадекватност употребљеног термина најбоље се види из дела Закона о осигурању у којем се регулишу информације које се уговарачу осигурања достављају пре закључења уговора о осигурању и за време његовог важења (Закон о осигурању 2014, чл. 82 и 83), из којег се види да је „корисник услуге осигурања” одједном постао „уговарач осигурања”, што свакако не може бити треће лице у чију корист се уговара осигурање. Зато сматрамо да је адекватније користити израз „корисник услуге осигурања”, иако ни тај израз у потпуности не одговара суштини правних стандарда из релевантних директива ЕУ по којим се, као што смо видели у поглављу „4.2. Право ЕУ и национални прописи држава чланица ЕУ о кориснику услуге осигурања”, потрошач дефинише као „физичко лице које иступа у сврхе које су ван његове трговачке, пословне, занатске или професионалне делатности.” Дефиницијом „великих ризика” из Друге директиве о осигурању неживота из 1988. године (фуснота бр. 19) заокружен је круг лица на које се примењују правила о заштити потрошача, што је и спроведено у националним правима тако да се правила о обавези информисања потрошача не примењују на осигурање великих ризика (бугарски Законик о осигурању, чл. 2005, чл. 185, ст. 6; немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 7, ст. 5; италијански Законик о приватном осигурању,

чл. 120, ст. 5; мађарски Закон о друштвима за осигурање и делатности осигурања, 2003, чл. 166, ст. 4; португалски Закон о уговору о осигурању, чл. 13, ст. 2). Управо у дефиницији корисника услуге осигурања и изузећу од обавезе његовог информисања у осигурању великих ризика, Закон о осигурању не прати претходно цитирани стандард.

У Великој Британији дефиниција корисника услуге осигурања у складу са Комуитарним правом, спроведена је кроз појам „потрошачког уговора о осигурању.” То је уговор о осигурању између појединца који закључује уговор у потпуности или претежно у сврхе које немају везе са његовом трговачком, комерцијалном или професионалном делатношћу и лица које обавља послове осигурања и постаје његова уговорна страна по основу обављања делатности осигурања, без обзира да ли има дозволу која се издаје у складу са Законом о финансијским услугама и тржиштима из 2000. године (енглески Закон о обавези информисања и презентацијама у потрошачком осигурању, 2012, чл. 1).

У погледу дефиниције појма „потрошач” и дилеме у вези са ширином тумачења и спровођења Директиве о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора из 1993. године у национална права, јавио се одређени број дилема који је морао да решава Европски суд правде који је пред њим покренуо италијански суд. Италија је дословно преузела дефиницију појмова „потрошач”, „продавац или добављач” у чл. 1469а Грађанског законика, али се у једном спору поставило питање да ли се правила о заштити потрошача од неправичних уговорних одредби примењују и на правна лица када она прибављају ствари и услуге у сврхе искључиво за своје запослене, а које нису ни у каквој ближој или удаљеној вези са њиховом основном делатношћу. Другим речима, да ли се правна лица у наведеном случају, такође могу третирати као „потрошачи” у смислу наведене Директиве, односно да ли се појам „потрошач” односи само на физичка лица.<sup>44</sup> Према ставу Јавног правобраниоца (*Opinion of Advocate General Mischo*, 2001, ст. 14), намера заштите одређене категорије лица односи се само на ону категорију лица која су у слабијем положају, што је потврђено у преамбули бр. 12 и чл. 3 Директиве, по којима се Директива примењује само на уговорне одредбе о којима није постигнут споразум. Поред тога, Јавни правобранилац је сматра да правна лица и привредна друштва<sup>45</sup>, по правилу, се не налазе у слабијем положаја и зато нема разлога да им се пружа заштита која се, као изузетак од слободе уговарања, мора

<sup>44</sup> ECJ 22 November 2001, C-541/99 and 542/99 - *Cape Snc v Idealservice Srl; Idealservice MNRE Sas v. OMAI Srl* ECR [2001] I-09049.

<sup>45</sup> У конкретном случају радило се о ортачком друштву које, по италијанском праву, нема правни субјективитет.

стриктно ограничити (Opinion of Advocate General Mischo, 2001, ст. 16). Европски суд правде је такође имао исти став и донео одлуку да појам „потрошач”, како је дефинисано чл. 2, тач. (б) Директиве Савета 93/13/ЕЕЦ о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора, мора тумачити тако да се односи искључиво на физичка лица.

## 6.2. НАСТАНАК И РАЗВОЈ ПОЛИТИКЕ ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА

Системски приступ у области заштите потрошача је у Србији прилично каснио јер је тек 2002. године донет Закон о заштити потрошача<sup>46</sup>, тако да се може рећи да ова грана права није постојала у југословенском праву. И поред солидне детаљности, доношењем поменутог Закона у тадашњем законодавству нису развијени ефикасни механизми за заштиту потрошача у домену саобраћајних, туристичких и финансијских услуга.

Закон о заштити потрошача који је донет 2005. године<sup>47</sup> представљао је следећи корак у развоју заштите потрошача у Србији. Међутим, ни овај Закон није садржао решења Комунитарног права. Ово и зато што је, када говоримо о заштити потрошача финансијских – осигуравајућих услуга, она поменутиим Законом за област осигурања била „регулисана” упућујућом нормом на закон који уређује та и друга питања заштите потрошача услуга осигурања (Закон о заштити потрошача, 2005, чл. 43<sup>48</sup>). Међутим, пошто тада важећи Закон о осигурању из 2004. године и Закон о облигационим односима (Део II „Уговори”, Глава XXVII „Осигурање”) од 1978. године нису били усклађени са европским законодавством о заштити потрошача која се односи на заштиту потрошача у уговору о осигурању у погледу саопштавања информација о уговору који се закључује и статусу субјекта тржишта осигурања са којим потрошач закључује уговор, садржине коју уговор о осигурању мора да има или праву потрошача услуге осигурања да пуноважно закључени уговор о осигурању у одређеном року по закључењу без навођења разлога једнострано раскине, наведени Закон није употпуњен и спроведен у поменутиим областима које су регулисале директиве у домену заштите

---

<sup>46</sup> Закон о заштити потрошача, *Службени лист СРЈ*, бр. 37/2002.

<sup>47</sup> Закон о заштити потрошача, *Службени гласник РС*, бр. 79/05.

<sup>48</sup> „Права и обавезе потрошача – корисника осталих услуга (финансијских, здравствених, услуга образовања, превоза и др.) остварују се у складу са овим законом и законом којом се уређује пружање тих услуга.”

потрошача кроз уговор о осигурању у наведеним областима. То је учињено тек Законом из 2010. године.

Важећи Закон о заштити потрошача из 2014. године потврдио је да се ради о динамичној области у којој се морају уважавати пракса и нови стандарди. У циљу заштите положаја потрошача Законом су уређена права и обавезе потрошача, инструменти и начини заштите права потрошача, информисање и унапређење знања потрошача о њиховим правима и начинима заштите права, права и обавезе удружења и савеза чија је област деловања остваривање циљева заштите потрошача, вансудско решавања потрошачких спорова, права и обавезе државних органа у области заштите потрошача и друга питања од значаја за положај и заштиту потрошача.

Нови Закон донео је укидање судских такси за потрошачке спорове чија је вредност мања од 500.000 динара, чиме су потрошачи подстакнути да се изборе за своја права и судским путем, што пре није био случај, поред осталог, и због високих судских такса. Тим Законом предвиђено је и формирање националног регистра потрошачких приговора који прикупља све информације о приговорима и решеним потрошачким споровима.

За област осигурања, важне су одредбе о неправичној трговачкој пракси, заштити потрошача у остваривању права из уговора на даљину и ван пословних просторија, посебно пружање информација потрошачу приликом закључења таквих уговора и заштити потрошача у остваривању права из уговора који садрже неправичне уговорне одредбе. У области осигурања живота на даљину, уведено је правило по којем потрошач има право да без навођења разлога у року од 30 дана закључења, одустане од уговора (Закон о заштити потрошача, 2014, чл. 29, ст. 10).

Са друге стране, одредбе о заштити уговарача осигурања / осигураника налазе се и у другим законским прописима који, као што ћемо видети у наредним поглављима овог рада, принудним нормама успостављају одређена правила којима се штите права и интереси осигураника.

### 6.3. ЗАКОН О ОБЛИГАЦИОНИМ ОДНОСИМА

Велика правна празнина у облигационим односима, после 2. Светског рата, била је попуњавана Општим узансама са промет робе, Лучким узансама и многим другим

којима су се регулисали правни односи у промету. Овакво стање трајало је све до 1978. године када је донесен Закон о облигационим односима.

После уговора о купопродаји, ЗОО највише простора је посветио уговору о осигурању чл. од 895 до 965, с тим да тим одредбама није покривена цела област осигурања. Према чл. 899, ЗОО се не примењује на пловидбена осигурања, осигурање потраживања и реосигурање.

Обавезна осигурања нису изричито искључена из ЗОО, али су она као област од посебног друштвеног интереса, предмет посебног законског регулисања којим се нека питања регулишу на другачији начин. На пример, оштећеном лицу употребом моторног возила који се директном тужбом обратио осигуравачу, осигуравач не може истаћи приговор без обзира да ли је разлог за приговор настао пре или после осигураног случаја (супротно: чл. 921, ст. 2 ЗОО).

ЗОО уређује осигурање имовине (сва пожарна осигурања индустрије, цивила и домаћинства итд.), осигурање лица (осигурања живота с елементом ризика и штедње, незгоде итд.) и осигурање од одговорности. У наредним излагањима осврнућемо се на општа и посебна правила која се тичу заштите интереса потрошача услуге осигурања у којима се, иако се посебно не помиње, институционално регулишу заштитни механизми у погледу интереса потрошача услуге осигурања.

### *6.3.1. Општа начела уговорног права*

После 2. Светског рата, доста рано су се јавиле идеје о кодификацији облигационог права, која је реализована тек 1960. године када су надлежни органи поверили професору др Михаилу Константиновићу задатак да припреми преднацрт који би послужио за даљи рад на изради закона о облигацијама. Његов рад је по први пут објављен 1969. године у издању Правног факултета у Београду под насловом *Скица за законик о облигацијама и уговорима*, коју је Скупштина СФРЈ, уз извесне измене и допуне, усвојила у форми *Закона о облигационим односима* 30. марта 1978. године. Закон о облигационим односима ступио је на снагу 1. октобра 1978. године.

Једно од основних становишта овог Закона је да се односи који настају у области промета робе и услуга регулишу на јединствени начин. То значи да овај закон садржи правила којима се регулишу односи између физичких лица, односе између правних лица и односе између физичких и правних лица.

Закон у Општем делу садржи неколико основних начела облигационих односа који се не могу мењати вољом уговорних страна и она су установљена ради заштите интереса уговорних страна. Иако се сва начела сходно примењују на однос осигурања, овде издвајамо два најчешћа. То су у чл. 12 Начело савесности и поштења<sup>49</sup> и у чл. 18 Понашање у извршавању обавеза и остваривању права.

Према начелу савесности и поштења претпоставља се да се уговорне стране налазе у одређеном правном односу заснованом на међусобном поверењу, што свакако има посебан значај у осигурању. Када се ради о утврђивању постојања савесног и поштеног поступања уговорних страна, суд је тај који, применом те норме, треба да правично одмери обостране интересе страна из датог правног односа. Кршење тог принципа своди се на кривицу за повреду обавезе пре закључења или за време закључења уговора на следећи начин: „Уговор је закључен, али због недовољне информисаности и објашњења у вези са околностима под којима се уговор закључује, због прећуткивања или погрешног навођења података, друга страна да је знала за право стање ствари не би закључила такав уговор или би га закључила са другом садржином. У оваквом случају се претпоставља да би објашњење стварних околности у вези са предметом уговора било одређујуће за одлучивање друге стране да ли ће закључити уговор или не” (Стојановић, 1995, 15). У односу осигурања ради се о недовољној информисаности уговарача осигурања који услед необавештености доноси погрешну одлуку у погледу закључења одређене врсте или уговора о осигурању, а на страни осигураваача о одлуци да закључи уговор о осигурању на бази нетачних информација или прећутаних околности, због чега му је ризик који се осигурава приказан у бољем светлу од његовог стварног стања.

У чл. 18 прописана је обавеза страна која ступају у облигациони однос „...да у извршавању обавезе из своје професионалне делатности поступа с повећаном пажњом, према правилима струке и обичајима (пажња доброг стручњака).” Овде треба истаћи да је у новије време, дефинисање стандарда професионалне пажње предмет прецизирања нових прописа који се доносе у области заштите потрошача, које углавном потврђују начела садржана у ЗОО. Тако се чл. 5, ст. 1, тач. 15 Закона о заштити потрошача под професионалном пажњом подразумева повећана пажња и вештина која се у правном промету основано очекује од трговца у пословању са потрошачима, у складу с добрим обичајима и начелом савесности и поштења. Наведена дефиниција не мења основну

---

<sup>49</sup> Латински: *bona fides*; немачки: *Treu und Glaube*; француски: *bonne foi*; енглески: *good faith*.

суштину начела ЗОО, а то је да је страна у облигационом односу дужна да се у остваривању свог права уздржи од поступка којим би се отежало извршење обавезе другог учесника. Ово се посебно може односити на промену адресе пребивалишта уговарача осигурања због чега му осигуравач не може уручити потребна обавештења, промена банке и броја текућег рачуна због чега осигуравач не може да исплати осигурану накнаду итд. без благовременог обавештавања осигуравача о тој промени.

У вези са закључењем уговора за потрошаче су значајне одредбе о закључивању уговора. Тако, према чл. 27 (Обавеза закључења уговора и обавезна садржина уговора), осигуравач који има дозволу Народне банке Србије за обављањем делатности обавезног осигурања има обавезу да закључује уговоре о обавезном осигурању, с тим да заинтересовано лице – лице које има обавезу да осигура своју одговорност према трећим лицима може да захтева да се такав уговор без одлагања закључи.

Према чл. 33 (Општа понуда), „Предлог за закључење уговора учињен неодређеном броју лица који садржи битне састојке уговора чијем је закључењу намењен, важи као понуда, уколико друкчије не произилази из околности случаја или обичаја.” У правној теорији била је присутна полемика у вези са тим да ли се општи услови пословања могу сматрати понудом (Драшкић, 1995). У прилог прихватању општих услова осигурања као опште понуде за закључење уговора о осигурању можемо навести да и правила из чл. 901 ЗОО упућују на то да се уговор о осигурању може закључити и у случају понуде уговарача осигурања, „само ако понуда не одступа од услова и тарифа под којима осигуравач врши предложено осигурање” (Шулејић, 1995а, 1472).

Одређени број чланова ЗОО посвећен је својствима понуде, роковима у којима је понудилац везан понудом, форми и прихвату понуде и закључењу уговора ћутањем понуђеног. За заштиту потрошача у односу осигурања такође је значајан чл. 99, ст. 2 који регулише да при тумачењу нејасних – спорних одредби треба да се истражи стварна намера уговарача као и да одредбу треба разумети на начин прописан начелима облигационог права. Посебно је битно истаћи заштиту слабије уговорне стране приликом закључивања ахезионих, типских уговора. На основу чл. 100 ЗОО, у случају кад је уговор закључен према унапред одштампаном садржају, или кад је уговор био на други начин припремљен и предложен од једне уговорне стране, нејасне одредбе тумачиће се у корист друге стране. Дакле правило *in dubio contra preferentem* или *in*

*dubio contra stipulatorem*<sup>50</sup> се примењује у свим случајевима када се уговор закључује атхезионим путем. Ово правило је садржано и у члану 5:103 Принципа европског уговорног права.<sup>51</sup> Допунско правило о тумачењу уговора из чл. 101 ЗОО по којем се нејасне одредбе у теретном уговору тумаче се у смислу којим се остварује правичан однос узајамних давања, није прикладно за однос осигурања који има алеаторну природу.

У одељку који регулише опште услове формуларних уговора чл. 142 и чл. 143 дефинише се када општи услови обавезују другу уговорну страну, прописују обавезу објављивања општих услова, када су ништаве поједине одредбе и када ће суд одбити примену појединих одредби на конкретан уговор.

По принципу *lex speciali derogat legi generali*, горенаведена општа правила примењују само ако нема специјалних норми које одређено питање регулишу на другачији начин. Због тога ћемо у наредном поглављу, видети како су регулисани поједини односу у осигурању посебним правилима из одговарајућег дела ЗОО, а којима се штите интереси слабије уговорне стране.

### 6.3.2. Посебна правила о уговору о осигурању

Интервенција државе у правне односе осигурања од почетка 20. века, повезана је са карактером обављања јавне делатности због које је осигурање сврстано у јавну службу. Данас у упоредном праву превладава примена императивног начина регулисања односа осигурања, јер се само тако може заштити интерес осигураника као слабије уговорне стране у односу на осигуравача, али и заштити осигуравач од шпекулативних радњи осигураника (Јовановић, 2007а, 78).

Између императивног и диспозитивног начина регулисања уговора о осигурању, наш ЗОО се определио за примену императивних, али и одређеног броја полупринудних правила. Тако се по чл. 900 уговором може одступити само од оних одредби у којима је то одступање изричито допуштено, као и од оних које пружају уговарачима могућност да поступе како хоће. Такође, одступање од осталих одредби, уколико није забрањено ЗОО или којим другим законом, допуштено је само ако је у

---

<sup>50</sup> Ово правило је било познато још у римском праву као: *Cum quaeritur in stipulatione, quid acti sit, ambiguitas contra stipulatorem.*

<sup>51</sup> *The Principles of European Contract Law – completed and revised version 1998/1999*, доступно на: <https://www.law.kuleuven.be/personal/mstorme/PECL2en.html>, 15. 7. 2015.



несумњивом интересу осигураника. Због неизвесног резултата тумачења норми о уговору о осигурању у ЗОО као принудних, током дискусије о начину регулисања уговора о осигурању у новом Грађанском законик у Републике Србије указано је да је посебно категорија релативно принудних норми извориште правне несигурности за уговорне стране, као што је то и категорија „несумњивог интереса осигураника” као услова у коме се једино може одступити од чисто принудне норме (Славнић, 2012, 33).

Наведено решење у упоредним правним системима, углавном, је напуштено у прилог изричитог навођења одредби прописа који се не могу мењати споразумом уговорних страна на штету осигураника, чиме је извешан број одредби закона претворен у императивне, док су све остале диспозитивне (немачки Закон о уговору о осигурању 2008, чл. 18, 32, 42, 67, 87, 129, 171, 175, 191 и 208; швајцарски Закон о уговору о осигурању, 2011, чл. 98). У француском праву споразумом уговорних страна се може одступити од свих одредби Законика о осигурању, изузев оних одредби којима се уговорним странама установљава неко право (француски Законик о осигурању, 2015, чл. 111-2). Постоји још једно правило у француском уговорном праву, садржано у чл. 175-14, ст. 3, од којег уговорне стране могу да одступе, а по којем је осигуравач у обавези да докаже несавесност осигураника. Наведено правило је специјалне природе јер се примењује само на осигурање каска ваздухоплова и грађанске одговорности авиопревозника.

Када се ради о одређеним ризицима где је обавеза осигуравача искључена, на основу чл. 900, ЗОО оставља могућност да се осигуравач уговором обавезе на покриће конкретног ризика (законска формулација: „Осигуравач не одговара за штету...” или „Осигуравач није дужан накнадити штету..., *осим ако је другачије уговорено*”), што је несумњиво у интересу осигураника. Тако се може уговорити осигуравајуће покриће за штете која потиче од недостатака саме ствари (чл. 930), за штете услед ратних операција или побуна (чл. 931) за несрећни случај или смрт осигураника услед ратних операција (чл. 937) или другачије уговорити код преноса уговора о осигурању на прибавиоца осигуране ствари (чл. 936).

Опште правило уговорног права је да било која заинтересована страна може дати понуду за закључење уговора. Исто важи и у правном односу осигурања. Међутим, када уговарач осигурања даје понуду за закључење уговора о осигурању ЗОО (чл. 901) прописује посебна правила у вези са дејствима такве понуде. Та се дејства односе на максималан рок на који понудилац може бизи везан понудом (чл. 901, ст. 2: „Писмена понуда учињена осигуравачу за закључење уговора о осигурању везује

понудиоца, ако он није одредио краћи рок, за време од осам дана од дана кад је понуда приспела осигуравачу, а ако је потребан лекарски преглед, онда за време од тридесет дана”) и на дејства понуде у случају с осигуравач у прописаном року не одговори на понуду лица заинтересованог да закључи уговор о осигурању (чл. 901, ст. 3: „Ако осигуравач у том року не одбије понуду која не одступа од услова под којима он врши предложено осигурање, сматраће се да је прихватио понуду и да је уговор закључен.”) У оба случаја сматра се да је уговор закључен од тренутка када је понуда приспела осигуравачу. Уколико осигуравач не жели да прихвати понуду лица заинтересованог за закључење уговора о осигурању, потребно је да је изричито одбије ако не жели да истеком рока у којем је понудилац везан понудом наступи прећутно прихватање понуде и закључење уговора о осигурању. Наравно, претходно важи само ако понуда не одступа од услова и тарифа под којима осигуравач врши предложено осигурање (Шулејић, 1995, 1472).

Поред горенаведених одредби, интерес уговарача осигурања се штити и прописивањем обавезних састојака уговора о осигурању као форме *ad solemnitatem*. Истичемо да је у једној групи упоредног права прихваћен став да се законом прописују обавезни састојци уговора – полисе осигурања, (бугарски Законик о осигурању, чл. 184; естонски Закон о облигационим односима, чл. 434 у вези са чл. 428; литвански Закон о осигурању, чл. 77; норвешки Закон о уговору о осигурању, чл. 2-2; португалски Закон о уговору о осигурању, чл. 37, ст; 2; румунски Грађански законик, чл. 2201; француски Законик о осигурању, чл. 112-4; чешки Грађански законик, чл. 2777; шпански Закон о уговору о осигурању, чл. 8), док у другој групи правних система то није случај, те се примењује принцип *forma ad probationem* (Грчка, Немачка, Италија, Летонија, Луксембург, Мађарска, Пољска). Наш правни систем уговорног права осигурања спада у прву групу, јер се у чл. 902, ст. 1 ЗОО прописује да „У полиси морају бити наведени: уговорне стране, осигурана ствар, односно осигурано лице, ризик обухваћен осигурањем, трајање осигурања и период покрића, свота осигурања или да је осигурање неограничено; премија или допринос, датум издања полисе и потписи уговорних страна.” И не само то. ЗОО у чл. 943, ст. 1 додатно штити физичка лица која уговарају осигурање живота прописујући да „Поред састојака које мора имати свака полиса, у полиси осигурања живота морају бити назначени: име и презиме лица на чији се живот односи осигурање, датум његовог рођења и догађај или рок од кога зависи настанак права да се захтева исплата осигуране своте.”

Заштита осигураника посебно се оправдава у светлу чињенице да осигуравачи сами доносе услове осигурања и да би се, без икакве спољне контроле, осигураницима наметали услови који им не одговарају. Зато је у ЗОО у чл. 902, ст. 3 и прописано да је „Осигуравач (је) дужан упозорити уговарача осигурања да су општи и посебни услови осигурања саставни део уговора и предати му њихов текст, ако ти услови нису штампани на самој полиси”, те да извршење наведене обавезе мора бити констатовано на полиси. Други разлог усвајања таквог приступа усмерен је из неопходности да се постигне и заштити равноправност и извесност остваривања права и обавеза уговорних страна. Трећи разлог лежи у очувању најважнијих принципа на којима се заснива осигурање, чијом би повредом била доведена у питање сама суштина осигурања. То су на пример, правило да се наступели ризик не може покрити осигурањем ако је заинтересованој страни то било познато, јер се тада уклања алеаторност уговора о осигурању (чл. 898, ст. 2 ЗОО); намерно проузрокован осигурани случај од стране осигураника, уговарача или корисника осигурања, не обавезује осигуравача ни на каква давања (чл. 920 ЗОО); права из имовинских осигурања могу имати само лица која су у часу настанка штете имала материјални интерес да се штета не догоди (чл. 924 ЗОО); износ накнаде из имовинског осигурања не може бити већи од штете коју је осигурани претрпео настанком осигураног случаја (чл. 925, ст. 2 ЗОО); ништава је одредба уговора која осигураника лишава права на накнаду само зато што после наступања осигураног случаја није испунио неку од прописаних или уговорених обавеза, јер би то представљало казну која није својствена имовинском праву<sup>52</sup> (чл. 918 ЗОО) итд.

Према правилу из чл. 907 ЗОО, осигураник је дужан да пријави све околности које су му познате или му нису могле остати непознате. Правне последице неиспуњења ове обавезе разликују се према принципу савесности. Полази се од правила да исте последице не могу да погађају осигураника који је желео да превари осигуравача ради постизања користи (на пример, ради плаћања ниже премије или неосноване наплате штете итд.) и онога који је поступио без такве намере (Јовановић, 2013б, 71).

У вези са обавезом пријаве околности битних за оцену ризика, ако је уговарач осигурања намерно учинио нетачну пријаву или је прећутао неку околност која је била

---

<sup>52</sup> Губитак права је претешка санкција и данас се сматра да је таква одредба уговора некоректна (Пак, 2004, 196–197). У истом смислу је и одредба чл. 113-11 француског Законика о осигурању, на основу којег су ништаве: (1) све опште клаузуле о губитку права осигураника за случај кршења закона или подзаконских аката, осим ако радње осигураника имају обележја неког кривичног дела или прекршаја, и (2) све клаузуле које предвиђају губитак права осигураника само због кашњења у пријављивању штете надлежним органима или слању документације, с тим да осигуравач задржава право да захтева накнаду штете која му је тиме проузрокована.

од утицаја на одлуку осигуравача да закључи уговор, осигуравач може захтевати поништење уговора, али се у пракси првенствено нуди сразмерно повећање премије. Таквој пракси осигуравача сигурно је допринела и чињеница да он има право да изјави раскид уговора у року од три месеца по сазнању за нетачност пријаве околности ризика (ЗОО, чл. 908, ст. 3), а ако је у међувремену дошло до осигураног случаја, а осигураник није прихватио сразмерно повећање премије на које осигуравач има право, обавеза осигуравача на надокнаду штете се умањује у сразмери између стопе плаћене премије и оне стопе коју је требало платити према стварном ризику (ЗОО, чл. 909, ст. 4).

У другом примеру, уколико је уговорено да се премија плаћа приликом закључења уговора о осигурању, прописано је да покриће ступа на снагу наредног дана од дана уплате премије (ЗОО, чл. 913, ст. 1). Међутим, осигуравач може прихватити да носи ризик од момента плаћања премије, што је несумњиво у интересу осигураника. Обавеза осигураника да осигуравачу пријави настанак осигураног догађаја у року од три дана би се уговором о осигурању могао продужити, рок од четрнаест дана за испуњење обавезе осигуравача да исплати штету, могао би се општим и посебним условима осигурања скратити итд. Осим тога, ако осигураник не испуни обавезу да пријави штету у року од три дана, ЗОО не прописује губитак права осигураника, нити осигуравач само због кршења те обавезе може одбити да испуни своју обавезу према осигуранику.

Посебна заштита осигураника утврђена је у чл. 918 ЗОО по којем су „Ништаве (су) одредбе уговора које предвиђају губитак права на накнаду или своту осигурања, ако осигураник после наступања осигураног случаја не изврши неку од прописаних или уговорених обавеза.” Наведена одредба спречава могућност злоупотребе осигуравача да у условима осигурања предвиди случајеве и / или околности у којима осигураник губи право да од осигуравача захтева испуњење његове главне обавезе, а то је надокнада осигуране штете. Ако би осигуравач могао да у уговору предвиди такву врсту санкције, осигураник би био лишен основног права из уговора о осигурању, а да при томе у целини остају његове обавезе према осигуравачу. Због тога у упоредном праву постоји тенденција да се губитак права осигураника да захтева испуњење обавезе осигуравача (да надокнади осигурану штету – прим. аут.) на различите начине ограничава. Тако су у француском праву (француски Законик о осигурању, чл. 113-11) ништаве све уговорне одредбе о губитку права осигураника: (1) за случај кршења закона или подзаконских аката, осим ако радње осигураника имају обележја неког кривичног дела или прекршаја; и (2) само због кашњења у пријављивању штете

надлежним органима или слању документације, с тим да осигуравач задржава право да захтева накнаду штете која му је тиме проузрокована. У финском Закону о уговору о осигурању (чл. 3, ст. 1) прописана је ништавост уговорних одредби које одступају од правила садржана у наведеном Закону, а које су на штету осигураника или лица које има право да захтева надокнаду осигуране штете или исплату осигуране бенефиције. Међутим у другим страним прописима који регулишу уговор о осигурању нисмо нашли тако детаљна правила о ништавости губитка права као у француском Законику о осигурању.

У осигурању живота, ЗОО у чл. 945, ст. 1 предвиђа правило да ако уговарач осигурања не плати неку премију о доспелости, осигуравач нема право да њену исплату тражи судским путем. Факултативношћу плаћања премије излази се у сусрет уговарачима слабијих материјалних могућности и уважава циљ који та врста осигурања има (Шулејић, 1995б, 154б). Ради се о законском решењу које нисмо нашли у упоредним правним системима, а разлог за његово усвајање лежи у томе што осигуравач има право да раскине уговор или да смањи осигурану суму, као и да неплаћену премију пребије са исплатом осигуране суме путем њене капитализације или после наступања осигураног случаја.

Осим наведеног, пропуштање да се уплати премија у осигурању живота није разлог за раскид уговора, под условом да су уплаћене најмање три годишње премије осигурања. Претходно је неопходно да осигуравач препорученим писмом позове осигураника да плати премију и остави му рок од најмање тридесет дана за испуњење обавезе. Ако три годишње премије остану неплаћене, уговор се раскида с тим да раскид уговора мора бити саопштен осигуранику. Закон о облигационим односима оставља рок од најмање 30 дана за уплату закаснеле премије осигурања, што значи да се условима осигурања живота рок може бити и дужи, што је у интересу осигураника.

Коначно, на захтев уговарача осигурања живота закљученог за цео живот осигураника, осигуравач је дужан исплатити му откупну вредност полисе, ако су дотле плаћене бар три годишње премије. Ради заштите уговарача осигурања живота, у наведеном случају у полиси морају бити наведени услови под којима уговарач може захтевати исплату њене откупне вредности, као и начин како се та вредност израчунава, сагласно условима осигурања (ЗОО, 1978, чл. 954, ст. 2).

### 6.3.3. Прописивање обавезне садржине опитних услова осигурања и производа осигурања

Опште уговорно право, као ни секторска уговорна права, па ни право о уговору о осигурању, до данас, нису уједначени у ЕУ. Стање у овој области је такво да се прописи о уговору о осигурању између држава чланица и даље у великој мери разликују и да су осигуравачи онемогућени да понуде производе осигурања у једном облику у свим државама чланицама ове интеграције већ да морају да их прилагођавају правном оквиру сваке државе чланице ЕУ у којој продају своје производе.

Проблеми који су се због тога у пракси на тржишту европског осигурања у овој области јавили и чине препреку за прекогранично пословање друштава за осигурање у ЕУ и успостављање јединства европског тржишта осигурања, решавани су тако што су, залагањем Комисије и других органа Скупштине Европе, уговорни односи у осигурању уједначени појединачно, у одређеним областима (врстама осигурања) и углавном парцијално. Међутим, треба запазити да директиве које се односе на сектор осигурања нису директно интервенисале у домен садржине уговора о осигурању тако што би прописивале битне састојке уговора о осигурању. Ипак неке од њих, оне које уређују захтеве поводом информација које се морају дати потрошачима приликом закључивања уговора о осигурању у току преговора, али пре његовог закључења, посредно су утицале на националне прописе држава чланица о садржини уговора о осигурању (Славнић, Јовановић, 2008а, 20).

Питање да ли је неопходно регулисати садржину услова осигурања у ситуацији када, по правилу, сви правни системи регулишу обавезну садржину полисе осигурања, и даље ће остати дилема. Са једне стране, регулисање обавезне садржине услова осигурања би требало да допринесе бољој заштити уговарача осигурања, док са друге стране се чини да регулисање садржине услова осигурања и обавезне садржина уговора о осигурању представља, на неки начин, дуплирање – преклапање правних норми о истом предмету регулисања.<sup>53</sup> Без обзира на претходне аспекте, ЗОО није регулисао садржину услова осигурања али је то учињено необавезујућим прописом надзорног органа – Народне банке Србије која је донела *Смерницу бр. 1 о доступности података*

---

<sup>53</sup> За разлику од већине правних система, у немачком праву нема посебне одредбе о битним састојцима уговора о осигурању или одредбе о чињеницама и правима и обавезама од значаја за однос осигурања који морају бити садржани у исправи о осигурању, осим да у исправи, ако је уговор закључен преко огранка осигуравача на територији на којој се примењује немачки Закон о уговору о осигурању, морају да буду назначени адреса осигуравача и огранка који је закључио уговор (чл. 3. ст. 2).

*и информација финансијској јавности и о транспарентности на тржишту осигурања* (даље у тексту: Смерница) 2007. године, којом је, поред осталог, препоручила друштвима за осигурање примену одређених правила у вези са обавезним садржајем услова осигурања и описа производа осигурања. Тек Радним текстом Грађанског законика од 29. маја 2015. године (даље у тексту: РТГЗ) регулисана је обавезна садржина општих и посебних услова осигурања.

У смислу чл. VI Смернице, у општим, посебним и додатним условима осигурања и у другим документима који описују производе осигурања, услове и тарифе у појединачним случајевима, као и кратке приказе полиса, требало би набројати сва битна и неуобичајена искључења посебних случајева који нису обухваћени полисом.

Навођење случајева које не обухвата полиса треба да буде јасно, недвосмислено и да не доводи у заблуду осигураника, односно клијента. Битни случајеви су сви они који могу бити од утицаја приликом доношења одлуке осигураника да ли да закључи уговор, који умањују трошкове које има осигуравајуће друштво, који битно утичу на цену производа, као и они који указују на покривеност осигураних случајева полисом.

Поред наведеног, Смерницом је прописано да документи намењени осигураницима треба да садрже напомене 1) да осигураник треба да прочита целокупан документ и 2) да заинтересовано лице (осигураник или корисник осигурања, као и друго заинтересовано лице) може да провери адресу, основне податке и правни статус осигуравајућег друштва на веб-сајту Народне банке Србије.

Од друштава за осигурање се, по овој Смерници, очекује да јасно назначе: 1) у којим случајевима ће моћи да се поднесе захтев осигуравајућем друштву; 2) да постоји могућност да се поднесе и како се подноси приговор друштву и Народној банци Србије; 3) јасан опис поступка по приговору друштву, 4) да клијенти могу свој захтев остварити подношењем тужбе надлежном суду.

Приликом коришћења техничких термина, друштва треба да размотре да ли ће клијент разумети њихово значење (да ли је њихово коришћење неопходно, сва објашњења требало би да буду на српском језику, могу бити и вишејезична, технички термини јасно дефинисани и објашњени).

Треба избегавати непотребна упућивања и преупућивања у уговорима, као и упућивања која доводе клијента у забуну о садржини уговора. У документима намењеним клијентима, друштва не треба да користе слова мале величине, тј. фонтове који нису прикладни за приказивање појединих информација.

Очекује се од осигуравајућих друштава да добро размотре своју документацију намењену клијентима, у циљу провере да ли су основне информације јасне, недвосмислене и концизне.

У чл. VII Смернице прописано је да кратки описи производа друштава за осигурање намењени потенцијалним клијентима треба да садрже: 1) назив документа, 2) да ли клијент има право да раскине уговор о осигурању (полису) пре истека уговора или то право нема, 3) трајање уговора, 4) упућивања и изузећа од примене треба да буду јасна, тј. да јасно клијенту указују на релевантне делове општих или посебних услова са потпуним детаљима.

РТГЗ садржи одредбу по којој општи и посебни услови осигурања, који су саставни део уговора о осигурању морају да садрже потпуну информацију о: догађајима на основу којих настаје обавеза осигурача на исплату накнаде из осигурања и о случајевима у којима је његова обавеза искључена или ограничена; начину одређивања висине накнаде из осигурања; року испуњења обавезе осигурача; условима плаћања премије и последицама због неплаћања или неуредног плаћања премије; обавезама пријављивања околности од значаја за оцену ризика пре и после закључења уговора; обавезама осигураника после настанка осигураног случаја и његово доказивање; праву уговорних страна на измену или отказ уговора; месној надлежности суда у Републици Србији (РТГЗ, 2015, чл. 1410).

Међутим, предлагач РТГЗ је сматрао потребним да надлежном надзорном органу омогући да према својој процени горе наведени списак обавезних састојака општих услова осигурања прошири или смањи, па је у том смислу, прописао да надлежни орган који врши контролу делатности осигурања може да прошири или смањи број обавезних састојака које општи и посебни услови осигурања треба да садрже, зависно од врсте осигурања и својства уговорних страна (РТГЗ, 2015, чл. 1410, ст. 2). Сматрамо да наведену одредбу, иако би требало да је у корист заштите потрошача, не би требало уносити у Грађански законик с обзиром да она регулише надзорно-регулаторна овлашћења која су предмет регулисања ЗО.

У немачком праву није прописана садржина уговора о осигурању, али је она одређена посредно у чл. 10 Закона о надзору осигурања<sup>54</sup> у коме је одређена садржина општих услова осигурања (у општим условима исправе осигурања како се они

---

<sup>54</sup> Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. August 2014 (BGBl. I S. 1330) geändert worden ist).



терминолошки означавају у том закону). Према овом члану, општи услови исправе осигурања морају да садрже потпуну информацију о:

1. догађајима на основу којих настаје обавеза осигуравача на исплату надокнаде и о случајевима у којима је обавеза осигуравача искључена или одложена због посебних разлога,
2. начину испуњења, износу и доспећу обавезе осигуравача.
3. роковима за плаћање премије и правним последицама закашњења у плаћању.
4. праву уговарача и осигуравача да одреде потпунији садржај уговора, обавезама пријављивања и обавештавања пре и после настанка осигураног случаја.
5. губитку права на постављање одштетног захтева осигурања ако уговорени рокови буду прекршени.
6. домаћој месној надлежности суда.
7. правилима и стандардима за учешће осигураника у добити.

Ако се ради о друштвима за узајамно осигурање и акционарским отвореним друштвима за осигурање, садржина уговора о осигурању може се прописати у статуту друштва уместо у општим условима исправе осигурања.

Изложена правила о садржини општих услова исправе осигурања, односно уговора о осигурању не примењује се на реосигурање и велике ризике наведене у чл. 10, ст. 1 Уводног Закона за Закон о уговору о осигурању.

Тако се великим ризицима које покрива уговор о осигурању сматрају:

1. – ризици осигурања транспорта и одговорности:
  - 1) Материјална штета или губитак робе која се превози жељезницом,
  - 2) Материјална штета или губитак летелице,
  - 3) Поморски, речни и језерски каско,
  - 4) Материјална штета или губитак робе у превозу, без обзира на врсту превозног средства,
  - 5) Одговорност превозника који користи копнено превозно средство на сопствени погон,
  - 6) Све врсте одговорности авио-превозника, укључујући и одговорност из употребе летелице,

7) Све врсте одговорности поморске и унутрашње пловидбе, укључујући и одговорност из употребе речних и каналских пловила, језерских и поморских пловила,

2. – ризици осигурања кредита и гаранција:

- 1) Општа неспособност плаћања,
- 2) Извозни кредити,
- 3) Оброчне обавезе,
- 4) Хипотекарни кредити,
- 5) Пољопривредни кредити,
- 6) Гаранције,

3. – ризици имовине, одговорности или других обештећујућих врста осигурања као што су:

- 1) Материјална штета на копненом превозном средству (изузев робе на жељезници) – све штете или губитак моторног возила и прикључног возила,
- 2) Пожар и природни ризици – штета или губитак имовине (изузев транспортних каско и карго ризика – прим. аутора) због пожар, експлозије, олује и других елементарних непогода, нуклеарне енергије, слегања и клизања тла,
- 3) Град, мраз и други ризици који нису наведени у претходној тачки (нпр. крађа),
- 4) Одговорност власника копненог превозног средства на сопствени погон, превозника у копненом превозу и остало,
- 5) Општа одговорност која није покривена претходно наведеним врстама одговорности,
- 6) Остали финансијски губици: професионални ризици, подбачај у приходу, лоше временске прилике, губитак зараде, фиксни општи трошкови, непредвиђени пословни трошкови, губитак вредности, губитак закупа или прихода, посредни пословни губици, изузев већ наведених, непословни губици, други финансијски губици

и то у случају да се ради о уговарачу код којег су испуњена најмање два од следећих услова: а) биланс стања износи 6.200.000 Евра, б) нето вредност промета износи 12.800.000 Евра, ц) просечно има 250 запослених током пословне године.

Да би садржина закљученог уговора о осигурању била извеснија и ради отклона могућих неспоразума и судских спорова око садржине закљученог уговора о осигурању, у немачком праву је прописана обавеза за осигураваче да у тренутку давања понуде осигурања подносиоцу понуде / уговарачу предају опште услове исправе осигурања и да у писменој форми скрену пажњу уговарачу да се понуђено осигурање закључује према условима осигурања који су му уручени, на рокове важности понуде и трајање уговора (члан 10а, ст. 3 Закона о надзору осигурања Немачке).

#### 6.3.4. Принцип сразмерности правила уговорног права и заштита осигураника

У уговорном праву осигурања принцип сразмерности је заменио традиционални принцип „све или ништа” по којем није вођено рачуна о различитим степенима кривице осигураника, па је осигураник и у случају кршења неке уговорне обавезе непажњом губио право на накнаду из осигурања. Примену принципа сразмерности први пут налазимо у швајцарском Закону о уговору о осигурању (даље у тексту: ЗУО) из 1908. године у виду посебног изузетка од принципа „све или ништа”<sup>55</sup>, који је следио немачки законодавац приликом реформе уговорног права осигурања почетком овог века и предвидео га у новом Закону о уговору о осигурању из 2008. године. Међутим, немачки ЗУО из 2008. године, поред проузроковања штете грубом непажњом, проширио је примену принципа сразмере и на кршење уговорних обавеза грубом непажњом. Тако је у немачком уговорном праву осигурања, у случају поступања осигураника грубом непажњом, осигуравач овлашћен да своју накнаду смањи у мери која одговара тежини кривице осигураника.<sup>56</sup> Принцип сразмерности примењује се и у

---

<sup>55</sup> Чл. 14, ст. 2 швајцарског ЗУО из 1908. године прописивао је принцип *сразмерног умањења* надокнаде из осигурања у случају да је штета проузрокована грубом непажњом осигураника.

<sup>56</sup> Чл. 26, ст. 1 немачког ЗУО (ослобађање плаћања накнаде због повећања ризика); чл. 28, ст. 2 немачког ЗУО (повреда уговорне обавезе); чл. 81, ст. 2 немачког ЗУО (проузроковање осигураног случаја); 82, ст. 3 немачког ЗУО (отклањање и смањење штете) и чл. 86, ст. 2 немачког ЗУО (пренос права на накнаду штете).

случајевима *смањења премије због надосигурања*<sup>57</sup> и *сразмерног умањења обавезе осигуравача*.<sup>58</sup>

У даљем излагању првенствено се бавимо анализом решења из Радног текста предлога Грађанског законика (даље у тексту: РТГЗ) од 29. маја 2015. године. Прво треба истаћи да ће се принцип сразмерности примењивати у одређеном броју случајева регулисаних у РТГЗ, а који су у највећем броју случајева преузети из одговарајућих одредби Закона о облигационим односима (даље у тексту: ЗОО).

РТГЗ садржи начело о забрани дискриминације по којем је осигурач дужан да приликом израчунавања премије и надокнаде из осигурања буде доследан тако да не дође до разлика у висини премије и надокнада за различита лица. Ако разлике и постоје, осигуравач је дужан да докаже да се *сразмерне* разлике у премијама и надокнадама заснивају на одговарајућим и прецизним актуарским и статистичким подацима (чл. 1398, ст. 1).

Иако РТГЗ, ни на једном месту изричито не спомиње грубу непажњу, из формулација појединих одредби произлази да поједина права осигуравача везује за савесност уговарача осигурања. Тако, осигуравач нема право да откаже уговор ако уговарач осигурања који је савестан прекрши обавезу пријаве чињеница (чл. 1420, ст. 4). Са друге стране, осигуравач може да доказује да не би закључио уговор да је знао за спорну околност и да ипак, откаже уговор. Међутим, ако би осигуравач закључио уговор уз вишу премију или према другачијим условима, надокнада из осигурања плаћа се сразмерно или у складу са тим условима.

---

<sup>57</sup> Чл. 74, ст. 1 немачког ЗУО; када је осигураник закључио уговор на основу којег је настало надосигурање, а да за то није знао, може захтевати да се касније закључени уговор поништи или да се снизи сума осигурања на део износа који ранијим осигурањем није био покривен, са сразмерним умањењем премије (чл. 79, ст. 1 немачког ЗУО); када је надосигурање настало тако што је вредност осигураног интереса опала након закључења више уговора о осигурању, осигураник може захтевати само сразмерно смањење суме осигурања и премије (чл. 79, ст. 2 немачког ЗУО).

<sup>58</sup> Према чл. 75 немачког ЗУО у случају подосигурања, осигуравач има обавезу да плати накнаду сразмерно односу суме осигурања и вредности осигуране ствари; у осигурању од одговорности: када је осигураник обавезан да трећем лицу плаћа ренту, осигуравач је обавезан само на плаћање сразмерног дела ренте, уколико сума осигурања не достиже капиталну вредност ренте (чл. 107, ст. 1) и када је осигураник одговоран према више лица, при чему њихови захтеви премашују суму осигурања, осигуравач је обавезан да испуни ове захтеве сразмерно њиховим износима; у осигурању живота ако након смрти осигураника накнада осигуравача треба да пређе на његове наследнике, право на пријем, у сумњи, имају наследници, који су у тренутку смрти позвани на наслеђивање, и то у сразмери свог последног дела (чл. 160, ст. 2); у здравственом осигурању осигуравач није обавезан да плати накнаду за неопходно медицинско лечење због болести или због последица несреће и трошкове за остале уговорене услуге, укључујући оне које се тичу трудноће и порођаја, као и трошкове за амбулантско збрињавање због раније болести, уколико поменути трошкови стоје у очигледно несразмерном односу са извршеним услугама (чл. 192, ст. 2).

У случају када се осигурани случај догоди пре него што је осигурач обавештен о повећању ризика или пошто је обавештен о повећању ризика, али пре него што је уговор раскинуо или постигао споразум са уговарачем осигурања о повећању премије, накнада се смањује у сразмери између плаћених премија и премија које би требало платити према повећаном ризику (чл. 1430 РТГЗ; чл. 915 ЗОО). На поменуто решење у правној теорији су, на основу анализе упоредног права осигурања, образложени разлози због којих би наведена одредба морала да се формулише мање оштро у односу на уговарача осигурања (Јовановић, 2016).

Смањење ризика је следећи пример примене принципа сразмерности. У случају кад се после закључења уговора о осигурању догодило смањење ризика, уговарач осигурања има право да захтева одговарајуће смањење премије, рачунајући од дана кад је о смањењу обавестио осигурача (чл. 1431 РТГЗ; чл. 916, ст. 1 ЗОО). Међутим, у другом ставу наведених чланова установљено је дискреционо право осигуравача да не пристане на смањење премије, у којем случају уговарач осигурања може раскинути уговор. Наведено правило није заступљено у немачком и швајцарском праву осигурања, али постоји у француском. За разлику од РТГЗ, у француском Законику о осигурању регулисано је да у том случају раскид уговора ступа на снагу по протеклу тридесет дана после слања обавештења о раскиду, с тим да је осигуравач дужан да осигуранику врати део премије или доприноса за период током којег није носио обавезу (чл. 113-4, ст. 4). Наведено решење РТГЗ које је преузето из француског уговорног права осигурања, по мишљењу аутора, није прихватљиво из два разлога: она делује нелогично јер ако је ризик смањен, по принципу сразмерности, смањује се и премија, док са друге стране баш због дискреционог права осигуравача да не прихвати смањење премије производи неоправдано тешке последице по осигураника.

У случају раскида уговора у случају стечаја или ликвидације осигуравача, дејство раскида се протеже само на будућност, те стечајној маси уговарача припада одговарајући део премије према времену трајања осигурања (чл. 1441, ст. 3 РТГЗ; 923, ст. 1 ЗОО).

Један од специјалних принципа уговорног права осигурања је принцип дељивости премије, који представља директну примену принципа сразмерности као опште прихваћеног и у упоредном уговорном праву осигурања (чл. 24 швајцарског ЗУО). Примена тог принципа спроведена је кроз чл. 1446, ст. 1 РТГЗ (чл. 928, ст. 1 ЗОО) тако што је осигуравач дужан да врати уговарачу осигурања део премије сразмерно преосталом времену ако осигурана ствар или ствар у вези са чијом је

употребом закључено осигурање од одговорности пропадне за време периода осигурања услед неког догађаја који није предвиђен у полиси (чл. 121-9 француског Законика о осигурању).

Исто као и у немачком праву, у случају савесно закљученог надосигурања уговор остаје на снази, свота осигурања се снижава до износа стварне вредности осигураних ствари, а премије се сразмерно смањују (чл. 1450, ст. 2 РТГЗ; чл. 932, ст. 2 ЗОО).

Ако се осигурана вредност смањи за време трајања осигурања, свака уговорна страна има право на одговарајуће снижење своте осигурања и премије, почев од дана када је свој захтев за снижење саопштила другој страни (чл. 1451 РТГЗ; чл. 933 ЗОО).

Принцип сразмерности примењује се, као и у упоредном праву, у случајевима саосигурања по којем по исплати накнаде осигуранику сваки осигурач сноси део накнаде у сразмери у којој стоји свота осигурања на коју се он обавезао према укупном збиру свота осигурања (чл. 1452, ст. 4 РТГЗ; чл. 934, ст. 4 ЗОО). Поред наведеног РТГЗ је преузео и једну одредбу из Закона о облигационим односима (чл. 934, ст. 6) која је извесно усмерена на заштиту уговарача осигурања, а која прописује обавезу осталих осигуравача да сразмерно својим деловима у саосигурању надокнаде део осигуравача који не може да плати (чл. 1452, ст. 6 РТГЗ; чл. 71, ст. 2 швајцарског ЗУО).

У чл. 1452, ст. 7 (чл. 934, ст. 7 ЗОО), исто као и у немачком ЗУО, ако је уговарач осигурања закључио уговор о осигурању којим је настало двоструко осигурање не знајући за раније закључено осигурање, он може да захтева одговарајуће снижење своте осигурања и премије доцнијег осигурања. Оно што одступа од решења немачког ЗУО је то да је РТГЗ прописао преклузивни рок од месец дана за подношење горе поменутог захтева од тренутка када је уговарач сазнао за ту чињеницу, као и право осигуравача да задржи примљене премије и право на премију за текући период. Осим тога, немачки ЗУО предвиђа могућност да у наведеном случају уговарач осигурања захтева поништење касније закљученог уговора. Исто као и у немачком праву, ако је до двоструког осигурања дошло због смањења вредности осигураних ствари за време трајања осигурања, уговарач осигурања има право на одговарајућа снижења свота осигурања и премија, почев од дана када је свој захтев за снижење саопштио осигурачу.

У случајевима подосигурања (чл. 1454, ст. 1 РТГЗ; чл. 936, ст. 1 ЗОО), као и у упоредном праву (чл. 121-5 француског Законика о осигурању; чл. 69, ст. 2 швајцарског ЗУО), примењује се правило сразмерног (пропорционалног – прим. аут.) умањења обавезе осигуравача, односно надокнаде уговарачу осигурања.

У случају законске суброгације, ако је кривицом осигураника онемогућен прелаз права на осигураваче, у потпуности или делимично, осигуравач се ослобађа у одговарајућој мери своје обавезе према осигуранику (чл. 1457, ст. 2 РТГЗ; чл. 939, ст. 2 ЗОО; чл. 121-12, ст. 2 француског Законика о осигурању).

У уговорима о осигурању живота прописано је једно специјално правило, у којем је примењен принцип сразмерности. То је случај нетачног пријављивања мање година живота осигураника од стварних. Према принципу сразмерности, ако његове стварне године живота не прелазе границу до које осигуравач врши осигурање живота уговор је пуноважан, а осигурана свота се смањује у сразмери уговорене премије и премије предвиђене за осигурање живота лица осигураникових година (чл. 1470, ст. 1, тач. 2 РТГЗ; чл. 944, ст. 2 ЗОО). Кад осигураник има мање година него што је пријављено приликом закључења уговора, премија се смањује на одговарајући износ, а осигуравач је дужан да врати разлику између примљених премија и премија на које има право.

У осигурању живота принцип сразмерности примењује се и у случају поделе осигуране користи између више корисника (чл. 1485 РТГЗ; чл. 958 ЗОО). Када су за кориснике одређена деца, потомци, и уопште наследници, ако уговарач осигурања није одредио како ће се извршити подела између њих, подела ће се извршити сразмерно њиховим наследничким деловима. А ако је уговарач осигурања одредио за корисника своју децу, своје потомке, или наследнике уопште, сваком тако одређеном кориснику припада право на одговарајући део осигуране своте и ако се одрекне наслеђа (чл. 1487, ст. 3 РТГЗ; 960, ст. 3 ЗОО).

РТГЗ у чл. 1488, ст. 2 (чл. 961, ст. 2 ЗОО) прописује право поверилаца да захтевају да им се преда део премија који премашује могућности уговарача осигурања или осигураника, ако су испуњени услови под којима повериоци имају право на побијање дужникових правних радњи. Ово право могуће је вршити само ако су премије које је уплатио уговарач осигурања биле несразмерно велике према његовим могућностима у часу кад су биле уплаћене.

Коначно, у уговорном праву реосигурања обавеза реосигураника на спасавање и смањење штете регулисана је у чл. 1498, ст. 2 РТГЗ тако да је осигуравач дужан да остварује права која је стекао напуштајем или исплатом накнаде из осигурања, и да исплати реосигуравачу одговарајући део наплаћених износа.

#### 6.4. ПРИНЦИП СРАЗМЕРНОСТИ У ЈАВНОМ ПРАВУ И ЗАШТИТА ОСИГУРАНИКА

Принцип сразмерности је општи принцип у разним правним гранама, који се примењује сходно специфичним контекстима правног регулисања или одлучивања надлежних органа. Општи смисао и концепт сразмерности у различитим правним гранама има и својих додирних тачака. Принцип сразмерности се као критеријум правног регулисања и одлучивања јавља применом различитих језичких формулација. Оне, по правилу, треба да обезбеде остваривање циља правне норме или одлуке у обиму прописаном Уставом и законима.

Аристотелова идеја да је праведност однос између два лица којим управља апстрактни принцип је и даље део модерног права кроз принцип сразмерности. Како је Аристотел истакао, позитивизам и природно право су комплементарни, а неутуђива права универзална. Универзална права су природна јер су повезана са благостањем и људима, због чега се на њих примењују општи логички принципи закона разума као што је сразмерност.

Владавина права је основна претпоставка Устава и почива на неутуђивим људским правима. Међутим, Устав такође дозвољава извесна ограничавања људских и мањинских права у сврхе ради којих га Устав допушта, у обиму неопходном да се уставна сврха ограничења задовољи у демократском друштву и без задирања у суштину зајемченог права (Устав РС, 2006, чл. 20, ст. 2). Садржина принципа сразмерности приликом поступања и одлучивања државних органа и судова одређена је Уставом тако да су при ограничавању људских и мањинских права, они дужни да воде рачуна о суштини права које се ограничава, важности сврхе ограничења, природи и обиму ограничења, односу ограничења са сврхом ограничења и о томе да ли постоји начин да се сврха ограничења постигне мањим ограничењем права (Устав РС, 2006, чл. 20, ст. 3). Тиме се и данас испољава Аристотелов постулат по којем се мора поступати у складу са здравим разумом и на умерен начин, јер претераност уништава (Јовановић, 2012, 72).

У данашњој правној теорији је несумњиво потврђено да норме које законодавац донесе треба да изражавају опште и заједничке интересе и да буду део једног правног и моралног поретка који изражава опште потребе одређене правно организоване заједнице и који, у крајњем исходу, служи и као гаранција индивидуалној вољи и њеном испољавању (Перовић, 2006, 402).



Доследно примењен принцип сразмерности у кривичном праву представља равнотежа између тежине кривичног дела и казне учиниоцу кривичног дела коју треба да одреди поступајући суд. Принцип сразмерности можда се најбоље испољава у случају кривично-правног института нужне одбране по којем је нужна одбрана неопходно потребна да учинилац од свог добра или добра другога одбије истовремени противправан напад (Кривични Законик Републике Србије, 2005, чл. 19, ст. 2). Сразмерност поступања онога ко се брани у односу на употребљена нападачка средства и понашање нападача који је извршио противправни напад представља стандард за оцењивање да ли је постојала нужна одбрана.

Законом о општем управном поступку из 2016. године принцип сразмерности је по први пут изричито наведен као један од начела управног поступка. Тиме је овај закон конкретније и у складу са стандардима сразмерности Комуитарног права, уредио обавезу сразмерног поступања органа управе. Према његовом чл. 6 орган управе може да ограничи право странке или да утиче на њен правни интерес само поступањем које је неопходно да се њиме оствари сврха прописа и само ако та сврха не може да се оствари друкчијим поступањем којим би се мање ограничавала права или у мањој мери утицало на правни интерес странке. Осим тога, када се странци и другом учеснику у поступку налаже обавеза, орган је дужан да примени оне од прописаних мера које су по њих повољније ако се и њима остварује сврха прописа.

Законом о осигурању из 2014. године регулисани су аспекти статусног и надзорног карактера делатности осигурања. Доношењем новог Закона о осигурању, на целовит и свеобухватан начин је уређено тржиште осигурања у Републици Србији, уз спровођење одредби директива Европске уније у домаћи правни систем. Међутим, и после ступања на снагу овог Закона уочене су одређене празнине које се одражавају у неким овлашћењима надзорног органа дискреционе природе, а не овлашћења јасно прописана законом или подзаконским актом применом принципа сразмерности сврхе, метода, постављеног циља и задовољења јавног интереса.

Тако се једна од проблематичних празнина статусно-надзорног права осигурања односи на непостојање јасно прописаних критеријума (примена прецизних правних термина или стандарда) на основу којих Народна банка Србије одлучује о издавању сагласности за пренос портфеља. Према ставу наше правне теорије, одредба која регулише овлашћење НБС да одбије захтев за преносом портфеља чини се да оставља непотпуно ограничен степен слободе у одлучивању који се не може оправдати и може

да буде против интереса осигураника и других корисника осигурања (Младеновић, 2016, 321).

Други проблем у спровођењу надзорних овлашћења може да се јави приликом одлучивања о томе шта потпада под класификацију производа осигурања а шта не. До тога може да дође када производи осигурања имају особине које се преклапају са другим врстама послова, као што је осигурање одговорности пројектанта и извођача радова због скривене грешке на грађевинском објекту које има елементе гаранције за добро извршење посла које такође издају банке. Упозорења или други акти надзорног органа о томе да се друштва за осигурање не могу бавити таквим врстама осигурања има негативан ефекат на развој тржишта осигурања и осигураваче доводи у незавидну ситуацију у погледу нечега што је на другим страним тржиштима уобичајена пракса.

Коначно, принцип сразмерности у вези са судском контролом извршне – управне власти чини се да је грубо нарушена чл. 14, ст. 4 Закона о осигурању, искључењем могућности вођења спора пуне судске јурисдикције Управног суда о питањима која су у надлежности Народне банке Србије. Тиме су овлашћења надзорног органа постављена изнад, рекли бисмо суштинске, контроле од стране судске власти која би требало да буде гарант права и слобода у највишем степену одлучивања у складу са Уставом и законима. Зато не чуди што наведено решење не постоји у упоредним правним системима.

У наставку излагања анализираћемо поједина решења ЗО, Закона о заштити конкуренције, Закона о заштити података о личности, Одлуку НБС о начину заштите права и интереса корисника услуга осигурања и различите кодексе пословне етике који утичу на односе у осигурању.

## 6.5. ЗАКОН О ОСИГУРАЊУ

Законом о осигурању уређује се обављање делатности осигурања у Србији, услови за оснивање и пословање друштава за осигурање и друштава за реосигурање, обављање послова посредовања у осигурању и реосигурању, обављање послова заступања у осигурању, вршење надзора над обављањем делатности осигурања, заштита права осигураника, уговарача осигурања, корисника осигурања и трећих оштећених лица, као и обављање делатности осигурања лица из држава чланица Европске уније и страних држава у Србији.

Овај Закон у основним одредбама садржи једну уопштену норму без конкретне санкције, која се тиче заштите права и интереса корисника услуге осигурања, по којој су друштва за осигурање, друштва за посредовање у осигурању, друштва за заступање у осигурању, заступници у осигурању и правна лица која обављају послове заступања у осигурању на основу претходне сагласности Народне банке Србије дужна да обезбеде заштиту права и интереса осигураника, уговарача осигурања, корисника осигурања и трећих оштећених лица, у складу с прописима, правилима струке и добрим пословним обичајима. У даљем тексту Закона, изричито су прописане одређене обавезе којима је опредељена садржина термина „добри пословни обичаји”, посебно када се ради о информисању уговарача осигурања.

Чланом 19 Закона прописују се усмеравајући принципи, као основна и општа правила којих се ови субјекти морају придржавати у свом пословању, а то су: начело законитости, начело пословања у складу са добрим пословним обичајима и пословном етиком и начело опрезног и савесног поступања. Наведена начела важе и у другим правним пословима, али је овим чланом посебно наглашена њихова важност за област осигурања. Она се примењују ради ограничења уговорне аутономије опште прихваћеним правним стандардима, али исто тако и у циљу заштите корисника услуге осигурања. Ради се о декларативној одредби преузетој из чл. 10 ЗОО у којем се утврђује начело слободе воље уговорних страна која се мора кретати у границама принудних прописа, јавног поретка и добрих пословних обичаја.

Начело пословања у складу са добрим пословним обичајима и пословном етиком налаже обављање делатности осигурања у складу са моралом и поштењем, без служења преваром. То значи да је лице које је предмет надзора по Закону о осигурању дужно поступа на правичан и фер начин према осигураницима. Начело опрезног и савесног поступања, представља прецизирање начела савесности и поштења установљеног чланом 12 ЗОО који прописује да су стране у заснивању облигационих односа и остваривању права и обавеза из тих односа дужне да се придржавају начела савесности и поштења.

Одступање од наведених начела или њихово кршење од стране субјектата приликом обављања делатности осигурања, има одговарајуће правне последице приликом оцене њиховог понашања у поступку закључења и извршења уговора. Корисник услуге осигурања се у судском или другом одговарајућем поступку може позивати на повреду ових принципа пословања од стране субјектата који су вршили

услуге осигурања у конкретном уговорном односу, при чему је обавеза доказивања извршене повреде на кориснику услуге осигурања.

Као што је познато, када је неопходно донети посебна правила којима би се на другачији начин регулисале делатности које, због специфичности њиховог обављања, посебног друштвеног значаја или из неког другог разлога оправдавају такав метод нормирања, доносе се посебни закони којима се та одступања регулишу. Зато се на области и питања која не захтевају одступање од решења из општих – системских закона, примењују системски закони. У том смислу, на однос осигурања и заштиту потрошача долази у обзир примена Закона о заштити података о личности, Закона о заштити потрошача итд. Због изложеног, чини нам се да је одредба чл. 18 Закона о осигурању којом је прописана примена и закона којим се уређују облигациони односи и одредбе у другим законима које се односе на уговоре у појединим врстама осигурања, осим ако поједина питања нису другачије уређена Законом о осигурању, потпуно непотребна. Ово због тога што је Закон о осигурању *lex specialis* у односу на све друге системске законе.

## 6.6. ЗАКОН О ЗАШТИТИ КОНКУРЕНЦИЈЕ

Овим законом<sup>59</sup> уређује се заштита конкуренције на тржишту Републике Србије, у циљу економског напретка и добробити друштва, а нарочито користи потрошача, као и оснивање, положај, организација и овлашћења Комисије за заштиту конкуренције.

Применом принципа сразмерности, овим Законом регулисани су рестриктивни споразуми који могу бити изузети од забране уколико доприносе унапређењу производње и промета, односно подстицању техничког или економског напретка, а потрошачима обезбеђују правичан део користи под условом да не намећу учесницима на тржишту ограничења која нису неопходна за постизање циља споразума, односно да не искључују конкуренцију на релевантном тржишту или његовом битном делу.

Када се ради о „доминантном положају” који има учесник на тржишту, овај Закон прописује да се ради о таквом учеснику на тржишту који, због своје тржишне снаге, може да послује на релевантном тржишту у значајној мери независно у односу на

---

<sup>59</sup> Закон о заштити конкуренције, *Службени гласник Републике Србије*, бр. 51/2009 и 92/2013.

стварне или потенцијалне конкуренте, купце, добављаче или потрошаче (Закон о заштити потрошача, 2009, чл. 15, ст. 1).

Приликом утврђивања концентрације на тржишту, овај Закон је прописао да се дозвољеност концентрације учесника на тржишту утврђује у односу на бројне критеријуме, од којих се један односи на интересе потрошача (Закон о заштити конкуренције, 2009, чл. 19, ст. 2, тач. 9).

## 6.7. ЗАКОН О ЗАШТИТИ ПОДАТАКА О ЛИЧНОСТИ

Овим законом<sup>60</sup> се уређују услови за прикупљање и обраду података о личности, права лица и заштита права лица чији се подаци прикупљају и обрађују, ограничења заштите података о личности, поступак пред надлежним органом за заштиту података о личности, обезбеђење података, евиденција, изношење података из Републике Србије и надзор над извршавањем овог закона.

Заштита података о личности обезбеђује се сваком физичком лицу, без обзира на држављанство и пребивалиште, расу, године живота, пол, језик, вероисповест, политичко и друго уверење, националну припадност, социјално порекло и статус, имовинско стање, рођење, образовање, друштвени положај или друга лична својства.

Послове заштите података о личности обавља Повереник за информације од јавног значаја и заштиту података о личности, као самосталан државни орган, независан у вршењу своје надлежности.

Закон је увео посебну функцију – руковоаца података који је физичко или правно лице, односно орган власти који обрађује податке. У области осигурања ради се о друштву за осигурање, друштву за реосигурање, друштву за посредовање и друштву за заступање која прикупљају податке ради закључења, праћења и извршења уговора о осигурању.

У смислу овог Закона, информације о полу и здравственом стању од интереса су за осигуравача приликом закључивања уговора и одређивања услова осигурања лица. Међутим, пошто се ради о нарочито осетљивим подацима (Закон о заштити података о личности, 2009, чл. 16), за њихово прикупљање и обраду неопходан је писмени пристанак лица. Постоје и одређене обавезе руковоаца података у вези са правима лица

---

<sup>60</sup> Закон о заштити података о личности, *Службени гласник Републике Србије*, бр. 97/2008 и 107/2012.

регулисаним овим Законом, чији се подаци обрађују. То су право на обавештење о обради, на увид и на копију података који се односе на њега, право на исправку, допуну и брисање података.

## 6.8. ОДЛУКА НАРОДНЕ БАНКЕ СРБИЈЕ О НАЧИНУ ЗАШТИТЕ ПРАВА И ИНТЕРЕСА КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА

Овом одлуком<sup>61</sup> ближе се уређују начин заштите права и интереса осигураника, уговарача осигурања, корисника осигурања и трећих оштећених лица, као и начин посредовања у решавању одштетних захтева, подношења приговора корисника услуге осигурања и поступања по том приговору.

Друштво за осигурање, друштво за посредовање у осигурању, друштво за заступање у осигурању, физичко лице – предузетник који је заступник у осигурању, као и банка, давалац финансијског лизинга и јавни поштански оператор који обављају послове заступања у осигурању на основу претходне сагласности Народне банке Србије у складу са законом, дужни су да обезбеде право на информисаност и заштиту права и интереса корисника услуге осигурања, у складу са Законом о осигурању и овом одлуком. Више о правилима поступка заштите интереса корисника услуге осигурања биће више речи у Глави 1. Поступак у вези са заштитом корисника услуга осигурања, поглавље 1.1. Србија.

## 6.9. КОДЕКС О ПОНАШАЊУ У ПОСЛОВИМА ОБАВЕЗНОГ ОСИГУРАЊА

Традиционални правни оквир осигурања у којем се заштита корисника услуга осигурања спроводила кроз поједина, парцијална законска решења уговорног права, при чему, у форми закона, нису донета бројна друга правила о заштити потрошача у складу са релевантним прописима ЕУ, а област обавезног осигурања од грађанско-правне одговорности из употребе моторних возила је уређена посебним прописима и утврђена јавно-правна овлашћења Удружења осигуравача Србије, допринео је да се друштва за осигурање, од доношења Закона о обавезном осигурању у саобраћају 2009.

---

<sup>61</sup> Одлука о начину заштите права и интереса корисника услуга осигурања, *Службени гласник РС*, бр. 55/2015.

године<sup>62</sup>, сконцентришу искључиво на усвајање Кодекса о понашању у пословима обавезног осигурања (даље у тексту: Кодекс).

Доношење поменутог Кодекса било је условљено законском обавезом на основу чл. 70, ст. 1, тач. (7) поменутог Закона.

Кодексом о понашању у пословима обавезног осигурања утврђују се правила за понашање друштава за осигурање, у складу са законом, правилима струке осигурања, пословним моралом и добрим пословним обичајима. Друштва за осигурање прихватају поменути Кодекс у циљу савесног и стручног обављања послова обавезног осигурања, професионалног понашања, развоја свог пословања, као и *ради заштите клијената* и пословања других друштава.

Када се ради о дефиницији корисника услуга осигурања, Кодекс користи израз „клијент” који обухвата уговарача осигурања, осигураника, корисника осигурања или оштећено лице (Кодекс, 2012, чл. 3, ст. 1, тач. (3)).

Поред тога што наслов овог Кодекса имплицира на то да се он примењује на све врсте обавезних осигурања, Удружење осигуравача Србије се приликом његовог доношења позвало на релевантну одредбу поменутог Закона као основа за доношење Кодекса. Иако је Удружење осигуравача Србије могло да прошири примену Кодекса и на све врсте обавезних осигурања, као и на све врсте добровољних осигурања, у чл. 4, ст. 1 Кодекса изричито се прописује да су одредбе овог Кодекса обавезујуће за сва друштва за осигурање чланове Удружења осигуравача Србије који се *баве пословима обавезног осигурања у саобраћају*.

Овим Кодексом су регулисана општа начела којим су друштва за осигурање која се баве обавезним осигурањем у саобраћају обавезана на: (1) познавање и поштовање Кодекса, (2) обезбеђивање да трећа лица која у име и за рачун друштва обављају послове обавезног осигурања, обављају послове поштујући одредбе Кодекса, (3) заштиту угледа друштава за осигурање и српског осигурања у земљи и иностранству, и (4) професионално понашање у погледу услужне процене и ликвидације штета, заступања пред судовима и другим органима и пружању правне помоћи; у утврђивању техничких основа и техничких премија код обавезних осигурања, а посебно у области аутоодговорности, у складу са прописима и правилима за израчунавање премијских стопа; и у пружању стручне помоћи, сарадњи у образовању и усавршавању кадрова,

---

<sup>62</sup> Закон о обавезном осигурању у саобраћају, *Службени гласник РС*, бр. 51/2009, 78/2011, 101/2011, 93/2012 и и 7/2013 – Одлука УС.

размени искустава и стручне литературе, као и издавању публикација које се односе на послове обавезног осигурања.

Друштва за осигурање су овим Кодексом обавезана да прикупљају, обрађују, користе и штите тајност личних података и осталих података потребних за закључивање уговора о обавезном осигурању и обраду одштетних захтева у складу са законом којим се уређује тајност података, законом којим се уређује заштита података о личности и осталим посебним прописима који уређују предметну област.

Посебним одредбама Кодекса прописано је да се односи између друштава за осигурање заснивају на међусобном поштовању и поштовању начела осигуравајуће струке, добрих пословних обичаја и пословног морала, у корист развоја делатности осигурања и угледа српског осигурања у земљи и иностранству. Несугласице, неспоразуми и размимоилажења у мишљењу се првенствено решавају разговором и међусобним договором, на темељу међусобног уважавања и поштујући правила пословног понашања. Уколико се у поједином друштву за осигурање појаве тешкоће, остала друштва неће додатно отежавати пословање овог друштва како не би нанели штету угледу делатности осигурања и *поверењу клијената*.

У чл. 14 регулишу се примери повреде лојалне конкуренције у пословима обавезног осигурања, чијим се кршењем друштва за осигурање излажу некој од мера за повреду Кодекса коју изриче Управни одбор Удружења осигуравача Србије. Ради се о примерима у којима, по правилу, се сужава могућност избора уговарача осигурања у погледу друштва за осигурање и разноврсности производа које може да изабере, као и (не)расположивости других права која уговарач осигурања треба да ужива. Тако се повредом конкуренције сматрају акти и радње који могу утицати на пословање у области обавезног осигурања на начин да као свој предмет имају значајно ограничавање, нарушавање или спречавање конкуренције на тржишту обавезног осигурања, а нарочито:

- 1) посредно и непосредно одређивање бруто премије осигурања или других услова осигурања под којим ће се пословати;
- 2) ограничавање или контролисање слободе пружања услуга у осигурању, тржишта, техничког развоја или пласмана средстава;
- 3) подела тржишта осигурања;
- 4) примена неједнаких услова на истоврсна осигурања код других осигураника;



- 5) условљавање закључивања уговора о осигурању прихватањем додатних права и обавеза које, по својој природи или према комерцијалним обичајима, немају везе са предметом таквих уговора о осигурању;
- 6) споразуми о затварању тржишта ради искључења других друштава за осигурање;
- 7) споразуми друштава да осигурање исте врсте продају само под условима и на начин које одреде споразумом.

Тек у чл. 17 Недопуштено понашање Одељка о Нелојалној конкуренцији у пословима обавезног осигурања нешто више се помиње клијент и његови интереси, али на посредан начин. Поменути чланом регулишу се првенствено односи између друштава за осигурање проистекли из понашања која се могу сврстати у нелојалну конкуренцију. Тако се свако понашање друштва за осигурање у обављању послова обавезног осигурања на тржишту, супротно начелима и одредбама Кодекса сматра недопуштеним. У наставку излагања наводимо оне тачке наведеног члана (од укупно петнаест – прим. аут.) којима се штите и интереси корисника услуга осигурања:

...

- 4) одуговлачење поступка обраде штете и исплате накнаде штете, одбијање исплате неспорно утврђеног дела обавезе за накнаду штете и/или правичне накнаде, односно одбијање исплате суме осигурања при испуњавању обавеза које произлазе из уговора о осигурању;
- 5) условљавање исплате накнаде једне врсте штете (на пример, материјалне) одрицањем од захтева за накнаду друге врсте штете (на пример, нематеријалне);

...

- 7) давање непотпуних и / или нетачних података клијенту о садржају уговора о осигурању и / или прећуткивање битних елемената услова осигурања, чиме се клијент доводи у заблуду због које би могао претрпети штету;
- 8) давање података о клијентима, супротно закону и одговарајућим прописима, неовлашћеној особи;

...

- 10) реклама, односно оглашавање неистинитих података и / или коришћење израза којима се клијент може довести у заблуду и формирати погрешно

мишљење у корист једног друштва за осигурање, чиме се друго друштво доводи у неповољнији положај.

У чл. 18, ст. 1, тач. (1) прописано је да се шпекулацијом сматра условљавање закључивања једне врсте обавезног осигурања закључивањем друге врсте осигурања и обрнуто. Повреда наведеног правила Кодекса директно утиче на слободу избора корисника услуге осигурања, те се и њом може штити његов интерес.

Начела и правила о начину поступања приликом процене и ликвидације одштетних захтева и детаљније регулисање односа осигуравач – клијент овим Кодексом нису предвиђена, те су тиме српски осигуравачи, намерно или несвесно, као што ћемо видети из излагања о Омбудсману осигурања у Великој Британији и Немачкој у одговарајућим поглављима овог рада, остали ван токова модерног развоја права осигурања, а посебно заштите потрошача и изградње већег степена поверења потрошача према делатности осигурања.

Задовољство клијента би требало да буде кључни фактор погледа на пословну стратегију друштва за осигурање, који им омогућава да ојачају и унапреде свој положај на тржишту. Због тога би друштвима за осигурање требало да буде у интересу да утврде кодексом посебна правила у односу друштво за осигурање – клијент.

На основу чл. 39, ст. 2 Статута Удружења осигуравача Србије, Скупштина тог Удружења може да донесе и Кодекс о понашању у пословима других или свих врста осигурања, ради утврђивања правила за понашање друштва за осигурање, међутим, то није учињено. Поједина друштва су донела и своје кодексе којима су, поред бројних њима важних питања, регулисали и поједине аспекте односа према клијентима. У наставку излажемо решења кодекса „Генерали групе” у вези са личним информацијама и праву на приватност (стр. 8 и 9) и односу према клијентима (стр. 10 и 11).

Личним информацијама се мора правилно руковати и право на приватност се мора поштовати. Лични подаци се морају прикупљати, обрађивати и делити само у посебне, оправдане, законите и тражене сврхе и то у мери у којој је то стриктно потребно. Опције приватности и опредељења утврђена од стране власника било које личне информације, се морају поштовати. Да не би било дилеме у којим документима се налазе личне информације, Кодекс у напомени уз овај одељак наводи да је „Лична информација (је) информација која се односи на појединца који се може идентификовати, нпр. здравствена и породична питања, број пасоша и личне карте, банкарске информације, итд.”

Према Кодексу понашања „Бенерали групе” у односу са клијентима, од запослених се тражи да се понашају исправно и часно, поштено и професионално, и да се уздрже од обмањивања и заваривања. Запослени морају увек да имају у виду најбољи интерес клијента, пружајући решења која одговарају њиховим потребама. Треба да се избегну сукоби интереса а уколико су неизбежни, морају да се усмере ка циљу заштите интереса клијената. Приликом нуђења производа и услуга, запослени морају давати само оне изјаве које одговарају чињеницама, које су тачне и истините у потпуности. Помоћ након продаје се мора пружити и мора бити лако доступна. Задовољство клијента се мора константно пратити. Нови производи и услуге се морају развијати у складу са клијентовим растућим потребама и идентификованим областима напредовања. Процес развоја производа и услуга мора бити јасно дефинисан, а стратешки план нових производа и услуга се мора периодично усвајати до стране сваке компаније унутар Групе.

У напомени после горе наведених правила, истиче се да запослени никако не смеју да забораве да се приликом предлагања производа и услуга клијентима, од осигураваача очекује да наступају у њиховом најбољем интересу, уз обавезно информисање о свим релевантним аспектима производа и услуга које се нуде. Такође, да се мора обезбедити да клијенти буду правилно обавештавани пре, током и након продаје и да им се омогући слободно подношење одштетних захтева и улагање рекламација.

Коначно, треба истаћи да је наведеним Кодексом прописан и одређен број мера које, на предлог Надзорног одбора Удружења, Управни одбор Удружења изриче за повреду овог Кодекса. Управни одбор Удружења доноси Правилник којим ближе уређује поступак и начин у вези са изрицањем мера за повреду овог Кодекса. Ако Управни одбор Удружења установи да је почињена повреда овог кодекса, може донети одлуку о изрицању једне или више следећих мера:

1. опомена у писаној форми са изношењем на наредној седници Управног одбора Удружења и / или наредној седници Скупштине Удружења;
2. забрана учешћа у раду органа и стручних комисија Удружења у трајању до 12 месеци;
3. јавна опомена са изношењем на наредној седници Управног одбора Удружења, наредној седници Скупштине Удружења и објављивањем на веб сајту Удружења;

4. јавна опомена са изношењем на наредној седници Управног одбора Удружења, наредној седници Скупштине Удружења, објављивањем на веб сајту Удружења и давањем саопштења за јавност од стране Удружења уз објављивање у најмање једном штампаном медију.

Жалбу на одлуку Управног одбора у вези са изреченом мером друштво за осигурање подноси Скупштини Удружења као другостепеном органу у року од 15 дана од дана пријема одлуке о изрицању мере. Жалба на одлуку Управног одбора одлаже извршење одлуке о изрицању мере.

Приликом одлучивања по жалби Скупштина Удружења може предметну одлуку поништити, потврдити или преиначити. Против другостепене одлуке Скупштине Удружења друштво за осигурање може покренути спор пред надлежним судом.

Ако је повреда овог Кодекса разлог за одузимање дозволе за рад, Управни одбор Удружења о томе обавештава министарство надлежно за послове финансија и Народну банку Србије.

С обзиром на изричиту и, на горе описани начин, искључиву одредбу Кодекса о понашању у пословима обавезног осигурања, произлази да ниједна друга врста обавезних осигурања и добровољних осигурања није обухваћена неким другим кодексом. Међутим, Привредна комора Србије донела је Кодекс пословне етике 2006. године и Кодекс корпоративног управљања 2012. године који су друштва за осигурање, чланови Привредне коморе Србије дужни да примењују у свом пословању. У наредним излагањима анализираћемо одредбе поменутих кодекса.

## 6.10. КОДЕКС ПОСЛОВНЕ ЕТИКЕ

Кодексом пословне етике Привредне коморе Србије (даље у тексту: КПЕ) утврђују се принципи и правила пословне етике који обавезују привредне субјекте, чланове привредне коморе, запослене, чланове органа и лица ангажована по уговорном основу у привредном субјекту. КПЕ обавезује привредни субјект, његове огранке (филијале) и зависна друштва. Страни привредни субјекти који послују на територији Републике Србије и други учесници у привредном животу дужни су да се придржавају одредби тог кодекса. КПЕ се примењује и на случајеве пословања страног привредног субјекта на домаћем тржишту путем трговинских путника, каталога, интернета и др.

Циљ КПЕ, како је наведено у чл. 3, је да допринесе обављању пословних активности привредних субјеката у духу пословног морала, добрих пословних обичаја и начела савесности и поштења и да омогући транспарентност пословања привредних субјеката. Обављање пословних активности у складу са захтевима пословне етике и стандардима пословног морала, део је пословне политике сваког члана Привредне коморе Србије и његов допринос афирмацији пословног морала.

У Делу IV – СПОЉАШЊИ ОДНОСИ, *Глава I* регулисана су правила о односу према потрошачима.

Основна одлика односа привредног субјекта према потрошачима је поштовање потрошача и тежња да се задовоље њихове потребе. При томе, дужности привредног субјекта – пружаоца услуге осигурања је да у односу са потрошачима:

1. поступа у складу са пословном етиком и уважава потрошаче као пословне партнере;
2. не дискриминише потрошаче у погледу врсте, квалитета, цене производа и услуге или количине производа, као и у погледу услова за испоруку купљеног производа, односно пружање услуге потрошачу;
3. поштује све уговорене и правне стандарде који се односе на карактеристике производа и начин вршења услуга, којим се штити безбедност и здравље потрошача;
4. прецизно и јасно информише потрошаче о производу, односно услузи (о њиховом садржају, безбедној употреби, одржавању, чувању и уклањању), укључујући и обавезно истицање потребних података на етикети;
5. не предузима активности којима код потрошача ствара лажну представу о својим производима или услугама;
6. уважава економске интересе потрошача, тако што им омогућава избор између више истоврсних производа, видно истиче цену за производе који се нуде, обезбеђује, у складу са законом, гаранције и обавезно сервисирање;
7. сарађује са потрошачима у погледу рекламација, предвиђајући лако доступан и ефикасан поступак за њихово подношење и решавање;
8. изда рачун;
9. води рачуна о томе да његови производи употребом не угрожавају животну средину;

10. уважава приватност потрошача и обезбеђује заштиту њихових личних података.

Овим КПЕ прописана су и недозвољена поступања према потрошачима, забрана преваре и обмањивања потрошача приликом рекламирања. У првом случају није дозвољено:

1. одбијање да се потрошачу прода производ који је изложен или на други начин припремљен за продају, или одбијање пружања услуге која се може обавити;
2. условљавање продаје производа или пружања услуге продајом другог производа или пружањем друге услуге,

док је у другом забрањено обмањивање потрошача нуђењем и јавним оглашавањем производа и услуга давањем непотпуних или лажних информација, прикривањем података о производу или услузи који су од суштинског значаја за одлучивање потрошача, као и било каквим представљањем којим се примаоци понуде или огласне поруке доводе у заблуду. Обмањивањем се нарочито сматра:

1. рекламирање сопствених производа или услуга на претерани начин, када се привредни субјект приказује као једини дистрибутер производа или када се производи привредног субјекта рекламирају као најбољи;
2. продаја производа потрошачу без упозорења на последице које могу настати дуготрајном употребом производа;
3. упућивање понуде потрошачу која не садржи довољно података за доношење исправне одлуке или садржи лажне податке, нарочито за закључење уговора о купопродаји на рате, кредиту, осигурању;
4. искоришћавање неискуства, лаковерности, страха и стања нужде потрошача, посебно деце и омладине;
5. рекламирање сопствених производа или услуга поређењем са производима и услугама конкурента или наносећи повреду угледу конкурента;
6. рекламирање истицањем ниских цена у поређењу са ценама производа конкурента, као и рекламирање приказивањем привредног субјекта који се рекламира подобнијим да производи производе од конкурента;
7. рекламирање којим се може створити забуна у погледу идентитета рекламера, нарочито у погледу његовог пословног имена, делатности,

професије, имовинских и личних права, ауторских права и права индустријске својине, награда и признања;

8. рекламирање којим се повређују национална, верска и друга осећања или личне вредности потрошача, односно вређа јавни морал.

Поред наведеног, КПЕ регулише и обавезе привредних субјеката приликом оглашавања производа и услуга, тајност података, поступање по приговору и продају на даљину.

Привредни субјект има право на оглашавање и промоцију својих производа и услуга. Привредни субјект који се оглашава, медији, агенције и остали учесници у тржишном комуницирању дужни су да поштују прописе о јавном оглашавању и друге релевантне кодексе. Директно оглашавање личним обраћањем није допуштено ако лице јасно изрази вољу да му се поруке више не упућују.

Привредни субјект је дужан да пружи квалитетну, јасну и веродостојну информацију потенцијалним корисницима својих производа и услуга.

Привредни субјект је дужан да учини прецизну, јасну и истиниту понуду производа и услуга у односу на цену, врсту, квалитет, расположиве количине и друге особине. Неистинито информисање, скривање битних особина производа или одбијање пружања тражене информације сматрају се неетичким поступањем.

Привредни субјект је дужан да на одговарајући начин упозна купце својих производа са ризицима употребе производа.

Привредни субјект је дужан да одмах, а најкасније у року од осам дана од дана пријема, одговори на приговоре и жалбе купаца. Став привредног субјекта поводом рекламација, замене купљеног производа и враћања новца мора бити јасно саопштен купцу приликом купопродаје. Уколико нађе да су приговори везани за производ или услугу оправдани, привредни субјект је дужан да потрошачу понуди други истоврсни производ, врати износ плаћене цене или отклони недостатке.

Подаци о купцима и пословним односима са њима имају карактер поверљивих података и не могу бити саопштени трећим лицима без сагласности купаца. Подаци о купцима могу бити саопштени и без њихове сагласности судским органима на основу судског налога.

Привредни субјект који организује продају својих производа или услуга на даљину дужан је да обезбеди сигурност трансакција, посебно у погледу података о кредитним и платним картицама. Привредни субјект треба да обезбеди да понуда садржи све битне елементе који су од значаја за њено прихватање (цена, рокови,

трошкови испоруке, рекламације, гаранција), да су ти елементи представљени недвосмислено и на начин који је разумљив купцу, без могућности да накнадно истиче било које додатне захтеве. Купци који закључују уговор на даљину имају иста права као и купци који такав производ или услугу купе на други начин.

Надлежни органи Привредне коморе Србије старају се о поштовању Кодекса и одговорни су за његову примену. Под наведеним органима се подразумевају Суд части, Надзорни и Управни одбор Привредне коморе.

Суд части Привредне коморе Србије одлучује као првостепени орган када у поступку учествују странке чије је седиште, односно пребивалиште на подручју две или више привредних комора. Суд части Привредне коморе Србије одлучује као првостепени орган и када једна од странака има седиште, односно пребивалиште ван територије Републике Србије.

Суд части Привредне коморе Србије одлучује као другостепени орган у случају када постоји основана сумња да је орган привредног субјекта одлуком повредио јавни интерес.

У случају повреде одредаба Кодекса, Суд части привредне коморе након спроведеног поступка изриче мере у складу са Законом о привредним коморама, Статутом Привредне коморе и Правилником о суду части при привредној комори. Суд части привредном субјекту изриче неку од следећих мера:

1. опомену;
2. јавну опомену објављивањем на управном одбору коморе;
3. јавну опомену објављивањем у једном или више штампаних или електронских медија.

## 6.11. КОДЕКС КОРПОРАТИВНОГ УПРАВЉАЊА

Кодекс корпоративног управљања Привредне коморе Србије има за циљ да постане ефикасно средство за унапређење система корпоративног управљања у друштвима капитала у Републици Србији, у које спадају и друштва за осигурање. Корпоративно управљање омогућава привредном друштву да привуче људски и финансијски капитал, да ефикасно води пословање и обезбеди дугорочни и одрживи развој, узимајући у обзир и интересе власника и интересе других страна које имају легитимне интересе у пословању друштва.



Према Кодексу корпоративног управљања, носиоци интереса за пословање друштва (енгл. *Stakeholders*) су физичка или правна лица, групе лица или организације које утичу или могу утицати на активности друштва или које могу бити погођене активностима друштва. Постоје различите категорије носилаца интереса и то на пример, банке и други финансијери, добављачи и други пословни партнери, потрошачи (клијенти), повериоци, запослени, спољни сарадници (саветници), локална заједница, држава као партнер и др.

Међутим, овај Кодекс уопште не регулише аспекте односа друштава за осигурање према потрошачима, осим на сумаран начин у само два случаја: поштовање интереса потрошача, варијабилне накнаде члановима Одбора директора, Надзорног одбора и извршним директорима. Тако на пример, Одбор директора, односно Надзорни одбор треба да настоји да друштво послује остварујући добит, поштујући при том интересе потрошача, поред интереса чланова, улагача, запослених, поверилаца, других ималаца интереса за пословање друштва и јавне интересе (Кодекс корпоративног управљања, 2012, принцип 5, препорука бр. 5). Када се ради о варијабилним накнадама Кодекс корпоративног управљања прописује да оне треба да зависе од испуњености критеријума учинка, који треба да буду унапред утврђени, мерљиви и да промовишу дугорочну одрживост друштва, тако што ће њихово испуњење значити стварање вредности за друштво и његове чланове. Поред финансијских критеријума учинка, у варијабилне накнаде треба интегрисати и тзв. нефинансијске критеријуме учинка у које, поред других, спада и задовољство потрошача (Кодекс корпоративног управљања, 2012, принцип 9, препорука бр. 4).

Кодекс корпоративног управљања у посебном делу Однос са носиоцима интереса за пословање друштва садржи три принципа и дванаест препорука о појединим аспектима односа према носиоцима интереса за пословање друштва. Ми ћемо се осврнути само на два принципа и оне препоруке које су, по нашем мишљењу, битне за однос друштво за осигурање – корисник услуга осигурања.

Према једном од принципа, у циљу одржања конкурентности у пословању и сталном прилагођавању на измене у захтевима тржишта, друштво треба да идентификује и успостави добар однос са кључним носиоцима интереса за пословање друштва, тако што ће утврдити њихове најважније интересе у односу са друштвом, као и интересе самог друштва у односу са тим носиоцима интереса. У том смислу друштво треба да призна и обезбеди заштиту права носилаца интереса која су заснована на закону или споразуму (Кодекс корпоративног управљања, 2012, принцип 31). Од

четири препоруке уз поменути принцип наводимо да је према Препоруци бр. 2 уз овај принцип наведено да би „друштво (би) требало да усвоји политику која би дефинисала сарадњу са носиоцима интереса, а нарочито начин којим се омогућава поштовање легитимних интереса и права носилаца интереса за пословање друштва која су заснована на закону или споразуму, као и специфичности односа са сваком групом носилаца интереса посебно.” Поред наведеног, у Препоруци бр. 4 уз Принцип 31 препоручује се друштвима да би требало да обезбеде могућност и адекватне канале за комуникацију носилаца интереса са друштвом, за случај повреде њихових права или неких других неправилности у сарадњи. Поред тога, како се наводи у препоруци, за те потребе друштво може да одреди посебан организациони део, или одређену особу, која би била задужена за комуникацију са представницима носилаца интереса.

Према следећем принципу, „друштво треба да води рачуна о специфичностима и развоју односа са различитим носиоцима интереса за његово пословање, имајући при том у виду сопствене потребе и карактеристике пословања, као и посебне интересе и потребе сваке групе носилаца интереса посебно” (Кодекс корпоративног управљања, 2012, принцип 32). У изградњи односа са носиоцима интереса друштво мора да идентификује различите инструменте који су доступни за унапређење и развој тих односа, који по својој природи могу бити правни, финансијски, логистички или организациони (Кодекс корпоративног управљања, 2012, принцип 32, препорука бр. 3).

Други део

**ИНФОРМИСАЊЕ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА**

## 1. ЗНАЧАЈ УЗАЈАМНОГ ИНФОРМИСАЊА УГОВОРНИХ СТРАНА У ОДНОСУ ОСИГУРАЊА

Уговор о осигурању представља најважнији основ и средство функционисања приватног осигурања. Иако је уговарач осигурања, односно осигураник бројним одредбама нашег ЗОО заштићен у одређеном броју околности, ради се о уговору који се као и други облигациони уговори ослања на начело савесности и поштења. С друге стране, његова специфична природа, садржина, права и обавезе уговорних страна одражавају се у посебном корпусу правила која чине материјално право осигурања.

Принцип савесности и поштења, иако само један од принципа на којима се заснивају облигациони односи, примењује се на обавезе осигураника у три веома важна сегмента: закључење уговора о осигурању, повећање ризика после закључења уговора и настанак осигураног ризика, односно осигураног случаја. Током преговора уговорне стране размењују информације да би размотриле корисност предложеног уговора (Borselli, 2012, 45). Уговорне стране имају заједнички интерес у размени информација, јер на тај начин оне могу да уштеде у трошковима преговарања и да брзо сазнају њима важне чињенице због којих би закључиле или одбиле да закључе уговор о осигурању. Зато, се обавеза давања информација у праву осигурања одувек сматрала узајамном дужношћу која се примењује на осигураника и осигуравача (Clarke, 1997, 742).

Када се ради о осигураннику, онда је његова примарна обавеза информисања осигуравача о околностима битним за оцену ризика, док се обавеза осигуравача на информисање осигураника огледа у његовом обавештавању о обиму покрића, карактеристикама, опасностима и цени производа осигурања. Заблуда у погледу постојања осигуравајућег покрића које уговарач осигурања у ствари нема, представља посебан проблем који доприноси расту неповерења према друштвима за осигурање. Неразумевање покрића од стране уговарача осигурања уобичајено се открива тек када се поставља одштетни захтев, када више нема могућности да се закључи другачија полиса осигурања која би покривала предметну штету (Kochenburger, 2012, 161). То су неке од последица чињенице да су производи осигурања нематеријалне природе о којима уговарачи осигурања не поседују информације, осим ако су претходно имали полису осигурања са истим друштвом за осигурање за исту врсту осигурања. Из наведеног разлога се у теорији и наводи да се традиционални принцип *caveat emptor* („нека купац пази” – прим. аут.), у етичком смислу, не може у потпуности применити на продају производа осигурања (Јовановић, 2013а, 177). Ово је посебно битно имати у

виду јер се, како се истиче у правној теорији, равнотежа у обавези предуговорног информисања мора остварити због тога што ни велики обим информација, као ни недовољна количина информација не омогућавају потрошачима да донесу разложну одлуку о томе који ће производ осигурања изабрати (Borselli, 2012, 50).

Из угла уговарача осигурања, рачуна обавезе обавештавања пре закључења уговора јесте да му се спознајом околности које чине садржину обавештења пружи могућност да донесе исправну одлуку о томе да ли су закључивањем одговарајућег уговора с одређеним осигуравачем довољно заштићени његови интереси које жели да постигне закључивањем уговора и да одговарају његовим потребама (Славнић, Јовановић, 2008б, 28). А обавеза достављања обавештења током трајања уговора о осигурању о касније измењеним околностима које се односе на осигуравача и обавезу осигуравача, односно уговор јесте да се уговарачу да прилика да процени да ли уговор који је закључио са одређеним осигуравачем и даље довољно обезбеђује заштиту његових интереса, те да ли и поред једнострано извршених измена у тим околностима од стране осигуравача у условима осигурања или оним насталим због промене прописа који се примењују на уговор, уговор и даље одговара његовим потребама.

Неретко прописи који регулишу неку другу област а не однос осигурања, посредно могу да негативно утичу на остваривање права осигуравача на информацију од уговарача / осигураника. Тако се у нашој правној теорији истиче да начин на који су формулисани прописи о заштити података о личности директно угрожавају право осигуравача на информацију о осигуранику и околностима осигураног случаја и као пример наводи да би осигуравач сасвим извесно имао проблем због правила о заштити података о личности ако би требао да докаже намерно прећуткивање одређених чињеница које се тичу описа ризика или начина настанка осигуране штете које би откриле несавесно – намерно понашање осигураника (Јовановић, 2009, 385).

Са друге стране, постоји и одговарајућа обавеза савесног поступања и осигуравача и његове обавезе у погледу информисања уговарача осигурања – осигураника, али све до доношења Закона о осигурању 2014. године, није била регулисана садржина и начин испуњења обавезе информисања потрошача услуге осигурања.

Економска наука значај узајамног информисања види у остваривању довољне ефикасности тржишта кроз поставке теорије асиметрије информација, по којој се недовољна ефикасност тржишта одвија управо у околностима које се одликују неједнаком обавештеношћу актера који на њему успостављају међусобне односе

(Шолак, 2011, 53). Када се основни појмови ове теорије, *скривена карактеристика* и *скривена акција*, примене на однос осигурања већ се може наслутити који поступци и околности у односу осигурања могу да имају те карактеристике. На пример, у условима осигурања које саставља осигуравач то могу да представљају формулације са нејасним или двосмисленим значењем, навођење осигураних ризика, уз истовремено дефинисање ограничења обавезе осигуравача на другом месту у условима осигурања, што све може да наведе осигураника на погрешне закључке на основу којих закључи уговор о осигурању. Са друге стране, осигураник може да прећути неке информације које су битне за оцену ризика и тако наведе осигуравача да пружи осигуравајуће покриће или да на основу непотпуних или нетачних информација учини нешто друго на штету своје имовине, што свакако не би учинио да је знао за право стање ствари, итд. Тако, када осигуравач сматра да је веома скупо или немогуће, разликовати клијенте / осигуранике високе или ниске ризичности и одредити цену за све уговоре о осигурању по некој просечној цени, што је неадекватно и неодрживо говоримо о неповољној селекцији ризика, из чега настаје велики проблем тарифирања за високоризичне клијенте у односу на оне који представљају низак ризик (Teixeira Brandão, 2011, 28). А ако уговарач осигурања / осигураник ангажује посредника у осигурању или закључује уговор преко агента осигуравача, онда се проблем асиметричности информација огледа у евентуалном сукобу интереса тих лица према својем клијенту. Следствено томе, формулишу се три феномена који настају при асиметрично распоређеним информацијама: неповољна селекција ризика, морални хазард и проблем принципал – агент / посредник у осигурању. Зато је *ratio* давања бројних информација у предуговорној фази отклањање информационе асиметрије на страни потрошача услуга осигурања (Петровић Томић, 2015, 143).

У Европској унији су се правила о обавези осигуравача на информисање уговарача осигурања / осигураника развијала кроз, како се истиче у нашој правној теорији, идеалистички постављен циљ: успостављање равнотеже – симетричности информација које обе уговорне стране имају обавезу да размењују приликом закључења уговора о осигурању (Јовановић, 2013б, 73). Други разлог, не мање битан, за установљење наведене обавезе осигуравача је да већина осигураника, било да се ради о потрошачима или онима који се баве неком професионалном или привредном делатношћу, немају довољно информација и знања о производима осигурања који постају разноврснији и све сложенији, да би могли да изаберу најповољнији производ осигурања у складу са сопственим потребама (Јовановић, *Исто*).

Регулисање обавезе информисања уговарача осигурања показала се као веома важном али не и довољном, јер су бихејвистичке студије рађене за Комитет о унутрашњем тржишту и заштити потрошача Скупштине Европе показале да је ограничена способност потрошача да донесу рационалну и на довољним информацијама засновану одлуку због слабе финансијске писмености (Consumer Protection Aspects of Financial Services, 2014, 21). Један од начина како би се тај проблем умањио, како се истиче у горепоменутој Студији, је и препорука да се стандардизовани предуговорни обрасци за давање информација пружалаца финансијских услуга прилагоде тако да омогућавају поређење производа и услуга исте врсте (Consumer Protection Aspects of Financial Services, 2014, 112). Међутим, у пракси ово може да буде на штету потрошача услуга приватног здравственог осигурања, како је истакнуто у једној студији рађеној за Лондонску школу економије и политичких наука (Thomson, Mossialos, 2006, 18). Према тој студији, стандардизовање производа здравственог осигурања може да буде на штету потрошача на два начина. Прво, она осигуравачу пружа могућност селекције ризика, што доводи до тога да се лошији ризици не примају у осигурање. Друго, омогућавање потрошачима избора из великог броја веома различитих производа озбиљно ограничава конкуренцију која ефикасно функционише само кад је потрошачима лако да на бази довољних информација упореде цене и квалитет производа који им се нуди. Осим наведеног, сложеност производа допунског здравственог осигурања и информације које се дају потрошачима су у Великој Британији проузроковале конфузију код потрошача, јер су потрошачи за ту врсту осигурања плаћали веће премије него што је требало и често су закључивали неадекватне полисе осигурања (Thomson, Mossialos, 2006, 19). Са друге стране, тежња многих клијената за одговарајућим свеобухватним превентивним производом приватног здравственог осигурања израз је дубоке несигурности због страха клијента да ће му бити понуђено нешто, што не одговара очекиваном обезбеђењу. Дакле, примарно би требало да буде од значаја да када осигуравачи нуде сегментирани производе, али и комбинације производа (на пример, комбинација услуге осигурања у случају болести, туђе неге или од одређене старости), треба да објасне карактеристике производа, те зато расту и захтеви за стално саветовање и надзор, тј. доступност и компетентност саветника је неизоставна и после закључења уговора (Рорбах, 2007б, 218). У таквим случајевима приватно осигурање од последица несрећног случаја, уз сво уважавање вредности доброг саветовања, нуди додатне услуге које осигуранику јасно предочавају вредност његовог осигурања (Рорбах, 2007б, 218).

Проблем квалитета услуге здравственог осигурања и информисања потрошача треба посматрати кроз однос државног – обавезног и приватног – добровољног здравственог осигурања, као што је разматрано у правној (Спасић, 2004; Славнић, 2010) и у економској теорији (Шолак, 2011; Рорбах, 2007а; Рорбах, 2007б). У земљама у транзицији, државно осигурање се, на основу застареле монополистичке организације понаша отуђено од осигураника, што је такође контрапродуктивно и за делатност приватног здравственог осигурања. У напредним земљама државно осигурање сарађује са приватним здравственим осигурањем, и то на начин да државно осигурање пружа осигуравајућу услугу и за приватне ординације / клинике (Рорбах, 2007а, 12).

С обзиром да смо садржину обавезе информисања уговарача осигурања у складу са Принципима европског уговорног права осигурања анализирали у Делу 2. Институционализација заштите потрошача, поглавље 4.3. у наредним излагањима анализираћемо обавезу друштава за осигурање и друштава за посредовање у вези са информисањем корисника услуге осигурања у српском праву и одбрабраним упоредним правним системима.

## 2. ОБАВЕЗА ОСИГУРАВАЧА

### 2.1. СРБИЈА

Народна банка Србије (даље у тексту: НБС), у својству органа надлежног за надзор осигурања, а пре доношења ЗО из 2014, донела је *Смерницу бр. 1 о доступности података и информација финансијској јавности и о транспарентности на тржишту осигурања 2007.* године чији циљ је био:

1. остваривање заштите интереса осигураника, корисника осигурања и трећих оштећених лица;
2. омогућавање доступности информација свим заинтересованим странама;
3. стварање поверења грађана у финансијски систем и сектор осигурања.

Овом Смерницом прописан је обавезан садржај услова осигурања, битна или неуобичајена искључења, стил, презентација и дужина документа друштава за осигурање. Тако друштво за осигурање треба да добро опише сваки производ осигурања и појасни његове карактеристике како би клијенту било омогућено да на



основу потпуних информација самостално донесе одлуку да ли да закључи уговор и да ли производ / уговор одговара његовим потребама.

Можемо рећи да је доношење ове Смернице од стране НБС било изнуђено, јер у Републици Србији нису постојали законски акти којима би се уређивала обавезна садржина и друга, у Смерници наведена питања, која треба да испуњавају општи услови осигурања ради заштите уговарача осигурања, осигураника и корисника осигурања, обавеза предуговорног информисања осигураника и друга питања која су предмет регулисања Смернице. Та питања по Уставу Републике Србије из 2006. године уређују се, као област облигационих односа, искључиво законом (Устав Републике Србије, чл. 97, ст. 1. тачка 7 и чл. 99, ст. 1 тач. 7). То и објашњава због чега НБС није контролисала друштва за осигурање у погледу примене ове Смернице, иако њена примена и разумевање, према ставу израженом у Смерници, „доприноси побољшању рада друштава за осигурање у другим областима које су предмет посредног и непосредног надзора и предупредује предузимање појединих мера надзора.” Захваљујући ауторитету који ужива НБС међу друштвима за осигурање које се заснива на овлашћењима које има у спровођењу надзора над радом ових друштава у Законом о осигурању из 2004. године предвиђеним сегментима њиховог пословања, примећује се да су друштва за осигурање углавном ускладила своје услове осигурања, полисе и друга документа са захтевима из наведене Смернице.

Смерница је у свом чл. V прописала које карактеристике треба да имају информације које се дају јавности, потенцијалним осигураницима, инвеститорима и другим заинтересованим странама. Информације које објављује друштво за осигурање треба да су изнете у доброј вери и да верно репрезентују оно што се њима обелодањује или се основано може очекивати да то репрезентују. Оне треба да буду:

1. истините (да дају верну слику о друштву за осигурање);
2. поуздане (да се заинтересована лица на њих могу ослонити при доношењу одлука);
3. прецизне (довољно детаљне и пружају довољно информација о појединачним аспектима активности друштава);
4. релевантне (значајне или од битног значаја при доношењу пословних одлука заинтересованих лица);
5. благовремене (обелодањене на такав начин да заинтересована лица у што краћем времену сазнају за битне чињенице како би правовремено

доносила одлуке на тржишту; у случајевима у којима је то потребно и дневно ажуриране);

6. бесплатне за кориснике;
7. лако доступне (веб-сајтови, кол-центри, извештаји, брошуре и сл.);
8. целовите и свеобухватне (пружају квалитетну и обухватну слику о осигуравачу);
9. упоредиве између осигуравача и других компанија;
10. међусобно повезане, систематске и постојане (током времена) како би било могуће праћење кретања.

Према правилима из Смернице, друштва за осигурање треба систематски, континуирано и благовремено заинтересованим лицима и учесницима на тржишту (акционарима, осигураницима, корисницима осигурања, заступницима и посредницима – агентима и брокерима, рејтинг агенцијама, финансијским саветницима, медијима, јавности и др.) да пружају релевантне информације о својим пословним активностима и финансијском положају ради бољег сагледавања пословања и омогућавања разумевања ризика којима су изложена.

Друштва за осигурање треба да објављују *прецизне, поуздане, благовремене, истините и релевантне податке и информације* (у својим извештајима, брошурама, веб-сајтовима, кратким описима производа, позивима да се учини понуда, понудама за закључење уговора о осигурању или другим документима издатим од стране друштва). Такве информације треба да представљају поуздан основ за доношење пословних и других одлука. Међутим, Смерница само у последњем свом члану регулише обавезу осигуравача на информисање осигураника приликом закључивања уговора. Треба истаћи да у очигледној намери да буде свеобухватна за све врсте осигурања и продајне канале Смерница на уопштен начин регулише обавезу информисања осигураника. То извесно произлази и из чињенице да је њен предмет регулисања првенствено транспарентност пословања субјеката на тржишту осигурања и заштита свих заинтересованих лица, а не само уговарача осигурања. Ипак, Смерница садржи правила у чл. VIII која су каснијим прописима детаљније разрађена.

Тако је приликом пружања информација потенцијалном клијенту, неопходно да те информације омогућавају доношење одлуке на основу процене и добрих података и да обухватају: 1) податке о посреднику, односно заступнику (посебно о томе да ли је повезан или независан и сл.); 2) информације о осигуравачу; 3) све битне податке о производу (укључујући, али се не ограничавајући само на следеће: цена, услови, циљ

производа, фактори ризика, гаранције, посебна искључења и сл.); 4) износе месечних или годишњих рата и процењене повраћаје, односно износе које треба да исплати осигуравач (уколико је примењиво на конкретан случај); 5) податке о припадајућој добити и свим ризицима које сноси осигураник објашњене на истинит и фер начин, омогућавајући му да сагледа сва права и обавезе из уговора; 6) друга права и обавезе обе стране описане на јасан, недвосмислен и разумљив начин.

Осигуравач треба да се побрине да подаци које даје буду прецизни у материјалном погледу, да не доводе у заблуду клијента, да буду разумљиви и лако доступни (у писаној форми или у електронском облику).

Жељени ниво транспарентности треба осигуранику да омогући да на јасан и сигуран начин упореди вредности производа међу осигуравајућим компанијама, без обзира на то да ли се ти производи купују директно од друштва или преко посредника. Осигуранику би требало омогућити да има потпуну сигурност у погледу купљеног производа, ризика и осигураних случајева који су њиме покривени.

Друштва за осигурање, односно заступници у осигурању, треба да сваком осигуранику заједно с полисом уруче опште и посебне услове који се односе на врсту осигурања на коју се полиса односи. Неопходно је да друштва за осигурање омогуће осигуранику да се упозна са целокупним садржајем уговора о осигурању пре његовог закључења. Такође, потребно је да све битне елементе – најрелевантније податке из полисе изнесу и предају другој уговорној страни на трајном медијуму (папир, електронска запис, диск) који је адекватан, прилагођен и лако разумљив клијенту (у оквиру документа не већег од једне стране А4 формата). Осигураник би требало да потпише изјаву да му је „пружена могућност да се упозна са садржајем уговора о осигурању, као и да је упознат/а са свим општим, посебним и допунским условима везаним за уговор који закључује, односно за производ или услугу коју купује.” Приликом склапања уговора животног осигурања код кога постоји учешће у добити, друштво треба да другој уговорној страни саопшти све битне информације, као и да јој периодично (најмање једном годишње) доставља извештаје о добити на коју друга страна има право по уговору. Такође, друштва треба да избегавају нејасно и двосмислено рекламирање својих производа и услуга.

Доношењем Закона о осигурању у децембру 2014. године, детаљно и у складу са релевантним директивама ЕУ регулисан је садржај, тренутак и начин на који се уговарачима осигурања пружају информације пре и после закључења уговора о осигурању, што ћемо видети из наредних излагања.

### 2.1.1. Информисање уговарача осигурања пре закључења уговора

Установљење обавезе за осигуравача на саопштавање предуговорних информација потрошачу и одређених информација у току трајања уговора о осигурању је следећи део стратегије Европске економске заједнице (данас ЕУ) пројектоване у циљу успостављања вишег нивоа заштите потрошача на унутрашњем тржишту у два Програма Европске економске заједнице за заштиту потрошача и информациону политику према потрошачима из 1975. и 1981. године.<sup>63</sup> У праву осигурања Европске уније, до доношења Директиве о солвентности II из 2009. године, постојале су две директиве које су обавезивале државе чланице да пропишу да се одређене информације утврђене у тим директивама морају саопштити уговарачима осигурања. У првој се прописивала ова обавеза за осигураваче живота<sup>64</sup>, а у другој за осигураваче неживотних осигурања.<sup>65</sup> Директивом о посредовању у осигурању ова обавеза је посебно била прописана за посреднике осигурања.

Истичемо да је пре доношења релевантних националних прописа о заштити потрошача често постојала конфузија између обавезе информисања осигураника и обавезе достављања општих и посебних услова осигурања приликом закључења уговора (Пак, 2004, 199). Међутим, тај проблем је нестао са спровођењем одредби директива ЕУ у национална права која су прецизно регулисала садржину информација коју је осигуравач обавезан да пренесе осигуранику. Осим обавезе осигуравача да осигураника информише о, законом прописаним, информацијама у немачком правном систему прописана је и обавеза осигуравача да саветује осигураника. Тако, у зависности од тежине ситуације, осигуравач је дужан да за осигураника процени осигурање или да, ако личност осигураника и његова ситуација дају за то повода, испита његове жеље и потребе и да га саветује имајући у виду одговарајући однос трошкова саветовања и премије коју осигураник плаћа, као и да наведе разлоге за сваки савет који је дат у вези са одређеним осигурањем (немачки Закон о уговору о

---

<sup>63</sup> Preliminary programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy, *Official Journal of the European Communities*, C 92, 25. 4. 1975, 2–16; Second programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy, *Official Journal of the European Communities*, C 133, 3. 6. 1981, 2–12.

<sup>64</sup> Directive 2002/83/EC of the European Parliament and of the Council of 5 November 2002 concerning life assurance, *Official Journal of the European Communities*, L 345, 19. 2. 2002, 1–51.

<sup>65</sup> Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (third non-life insurance Directive), *Official Journal of the European Communities*, L 228, 11. 8. 1992, 1–23.

осигурању, 2007, чл. 6, ст. 1). Осигуравач је дужан да ово документује, узимајући у обзир комплексност понуђеног уговора о осигурању. У мађарском праву друштво за осигурање и посредник у осигурању имају обавезу да анализирају захтеве клијента или да га, по потреби, испитају како би утврдили његове потребе и захтеве у вези са осигуравајућим покрићем (мађарски Закон о друштвима за осигурање и делатности осигурања, чл. 166, ст. 1).

Наш Закон о облигационим односима који је донет 1978. године, који је у својим члановима 897 до 965 регулисао област уговора о осигурању имовине и одговорности (копнено осигурање) и осигурању лица, није антиципирао ни једно од решења права осигурања ЕУ која уређују обавезу осигуравача да саопшти уговарачу осигурања, нити су тај сегмент регулисали неки други закони све до доношења Закона о осигурању у децембру 2014. године. На основу релевантних одредби тог закона, обавеза друштва за осигурање на давање одређених информација постала је обавеза надзорно-регулаторног, а не уговорног карактера, за чије кршење је прописана новчана казна.

Тако је наведеним законом уведена обавеза друштва за осигурање да уговарачу осигурања пре закључења и за време важења уговора о осигурању достави прописане информације. Пре закључења уговора о осигурању на основу чл. 82 ЗО, друштво за осигурање је дужно да обавести уговарача осигурања најмање о:

1. пословном имену, правној форми, седишту и адреси седишта друштва за осигурање с којим закључује уговор;

Приликом преговарања, давања понуде или закључењу уговора о осигурању, уобичајено је да се уговорне стране представе једна другој. Међутим, обавеза осигуравача да наведе своје пословне име и адресу установљена је због остварења заштите потрошача, којем се мора омогућити да зна са којим осигуравачем закључује уговор, коме се обраћа ради постављања одштетног захтева и са којим решава евентуалне спорне ситуације.

2. условима осигурања и праву које се примењује на уговор о осигурању;

Обавеза обавештавања уговарача осигурања о стварној садржини предмета осигурања и могућностима које му стоје на располагању за закључење осигурања које задовољава његове потребе за имовинском заштитом, практично се своди на обавезу осигуравача да осигураника, пре закључења уговора о осигурању, обавести о чињеницама кој се односе на садржину осигуравајућег покрића. Са друге стране, услови осигурања морају да буду јасни, а број и домашај искључења не сме бити такав да обесмисли осигуравајуће покриће (Пак, 2004, 192). Тако би се, у смислу прописа о

неправичним уговорним одредбама, ништавом уговорном одредбом сматрала одредба услова осигурања каска моторних возила која би покривала искључиво штете настале док је возилом управљао власник. Неправичност такве одредбе је у чињеници да власник моторног возила уобичајено поверава на употребу возило и члановима своје породице.

По осигураника неповољни услови осигурања могу да представљају посебно непријатно изненађење у фази процене и исплате осигуране штете. Обавеза плаћања по уговору о осигурању доспева после утврђивања обима и висине одштетног захтева. Ако у ЗОО утврђеном року који не може да буде дужи од 14 дана од дана пријаве осигураног одштетног захтева нису утврђене све чињенице, осигуравач је дужан да исплати неспорни део. Зато је опште прихваћено да уговорна клаузула којом се предвиђа ослобођење осигуравача од обавезе плаћања камате услед закашњења извршења обавезе нема дејство (Пак, 2004, 200). Са друге стране, процена штете може да се на штету осигураника и другог корисника осигурања протегне у недоглед и да зато дође до бројних спорова. Из наведеног разлога је у нашој правној теорији давно предложено да се ближе дефинише када се сматра да је обавеза осигуравача доспела и које су санкције за сваки дан закашњења, уместо плаћања затезне камате (Пак, 2004, 201).

У бугарском Законику о осигурању (чл. 186) прописане су две забране у вези са тим шта општи услови осигурања не могу да садрже. Тако се општим условима осигурања не може предвидети услов по којем државни органи треба да доставе документацију која није у вези са настанком осигураног случаја или утврђивањем висине штете. Осим тога, општим условима се не могу предвидети такви услови и обавезе осигураника, укључујући оне који се примењују на настанак осигураног случаја, ако се разумно може претпоставити да они нису битни за смањење опасности настанка осигураног случаја или за доказивање наступелог осигураног случаја, као и за оне за чију се примену може претпоставити да је законски или фактички немогућа.

### 3. времену важења уговора;

Време важења уговора битно је из више разлога. Најважније разлог односи се на упознавање осигураника са тренутком када осигуравајуће покриће ступа на снагу и када оно истиче, али и због евентуалног продужења уговора и вршења права на благовремено слање обавештења о отказу.

### 4. ризицима покривеним осигурањем и искључењима у вези с тим ризицима;

5. висини премије осигурања, начину плаћања премије осигурања, висини доприноса, пореза и других трошкова који се обрачунавају поред премије осигурања, као и о укупном износу плаћања.

Премија осигурања представља цену ризика или суму коју је уговарач осигурања обавезан да плати приликом или после закључења уговора о осигурању. Једна од основних обавеза друштва за осигурање је да на основу актуарских метода утврди висину потребне премије коју уговарач осигурања треба да плати. Висина премије се утврђује на основу посебних, интерних докумената друштва за осигурање који се називају тарифама. Пошто се тарифа премија утврђује на основу статистичких података о протеклим, садашњим и будућим ризицима, применом актуарске математике, приликом закључења уговора о осигурању се о њеној висини не преговара, нити осигураник може да оспорава њену висину (Јовановић, 2007, 99; Пак, 2004, 192).

Неке врсте осигурања, по правилу, имају исти назив код свих осигуравача, али се условима осигурања не покривају исти ризици или сви осигуравачи не захтевају од осигураника да сноси изванредан део штете када настане осигурани случај, због чега долази до разлика и у ризицима који се осигуравају и у висини премије. Осигураник који је обавештен о условима осигурања и стварној садржини осигуравајућег покрића може лако да утврди које су предности осигурања које је скупље. Обично нижа премија значи ужи обим осигурањем покривених ризика и евентуално са франшизом (учешће осигуранику у покрићу штете – прим. аут.) и обрнуто: виша премија значи шири обим осигуравајућег покрића и без учешћа у одштетном захтеву.

6. праву на раскид уговора и условима за раскид, односно праву на одустанак од уговора;
7. року у коме понуда обавезује друштво за осигурање;
8. начину подношења и року прописаном за подношење одштетног захтева, односно за остваривање права по основу осигурања;
9. начину заштите његових права и интереса код друштва за осигурање;
10. називу, седишту и адреси органа надлежног за надзор над пословањем друштва за осигурање, као и о начину заштите његових права и интереса код тог органа.

У случају закључивања уговора о животном осигурању обавештење, поред претходно наведених информација, обавештење мора да садржи и информације:

1. о основици и критеријумима за учешће у добити и начину и роковима за исплату учешћа у добити;

2. о табели откупних вредности;
3. о условима за остваривање права на капитализацију уговора и правима из таквог осигурања;
4. код осигурања везаних за јединице инвестиционих фондова – о томе ко сноси инвестициони ризик, дефиницији инвестиционих јединица за које су везане накнаде и о проспекту инвестиционог фонда, а нарочито о структури улагања;
5. о пореским прописима који се односе на животно осигурање.

У случају осигурања трошкова правне заштите код избора адвоката или другог лица које има одговарајуће квалификације у складу с прописом, а ради одбране, заступања или заштите интереса осигураника у истрази или поступку – осигураник слободно бира адвоката или друго лице. О том праву друштво за осигурање је дужно да обавести осигураника на основу чл. 82, ст. 3 ЗО, чиме је у потпуности спроведена Директива 87/344 о усклађивању закона, подзаконских прописа и управних аката у осигурању правне заштите.

Друштво за осигурање је дужно да обавештавање изврши у писаној форми или на другом трајном носачу података који уговарачу осигурања, односно осигуранику омогућава да сачува податке, да тим подацима приступи и да их репродукује у неизмењеном облику у периоду који одговара сврси чувања. Закон о осигурању Републике Србије регулише и својства информација које друштва за осигурање износе преко средстава јавног информисања приликом рекламирања, тако да све информације које друштво за осигурање саопштава потенцијалним уговарачима осигурања морају бити тачне, целовите и јасне, морају се заснивати на поузданим подацима, не смеју прикривати праву сврху таквог информисања, нити на било који начин доводити у заблуду примаоце тих информација.

### *2.1.2. Информисање уговарача осигурања током трајања осигурања*

*За време важења уговора о осигурању, друштво за осигурање је дужно да обавести уговарача осигурања о (Закон о осигурању, 2014, чл. 83):*

1. промени пословног имена, правне форме, седишта и адресе седишта друштва за осигурање с којим је закључен уговор;



2. променама података, односно информација датих пре закључења уговора тач. од 2) до 6) у осигурању имовина, односно тач. од 1) до 4) у случају осигурања живота.

За време важења уговора о осигурању живота друштво за осигурање је дужно да једном годишње обавести осигураника о стању учешћа у добити.

У складу са релевантним правилима директива ЕУ која су спроведена у ЗО, текст и садржај обавештења која се упућују уговарачима осигурања морају бити написани прегледно и разумљиво и састављени на српском језику (Закон о осигурању, 2014, чл. 84).

Друштво за осигурање је дужно да обавештавање изврши у писаној форми или на другом трајном носачу података који уговарачу осигурања, односно осигуранику омогућава да сачува податке, да тим подацима приступи и да их репродукује у неизмењеном облику у периоду који одговара сврси чувања.

Све информације које друштво за осигурање саопштава потенцијалним уговарачима осигурања преко средстава јавног информисања морају бити тачне, целовите и јасне, морају се заснивати на поузданим подацима, не смеју прикривати праву сврху таквог информисања, нити на било који начин доводити у заблуду примаоце тих информација.

С обзиром на правну празнину која је постојала у систему уговорног права осигурања, Радним текстом Грађанског законика од 29. маја 2015. године регулисана је обавеза осигуравача на информисање уговарача осигурања у пре закључења и током трајања уговора о осигурању.

РТГЗ је предвидео општа правила о обавези информисања пре закључења уговора о осигурању заједничка за све врсте осигурања. Тако је пре закључења уговора о осигурању осигуравач дужан да заинтересованој страни достави информације о: пословном имену и организационо-правном облику осигурача, седишту друштва и пословне јединице која закључује уговор; општим условима осигурања, као и меродавном праву за уговор о осигурању; времену трајања уговора о осигурању; правилима и условима када се може одустати од уговора; висини премије осигурања, начину плаћања премије, висини доприноса, пореза и других трошкова који се зарачунавају поред премије осигурања и укупном износу ових плаћања; року на који понуда везује понудиоца и телу које је надлежно за надзор над друштвом за осигурање (РТГЗ, 2015, чл. 1402, ст. 1).

У предложеним решењима РТГЗ додатно регулише обавезу давања информација специфичних за животно осигурање. Тако се у животном осигурању уговорној страни мора, поред наведених информација које се достављају у вези са уговорима који се закључују у свим врстама осигурања, саопштити као допунски следећи подаци о: основици и мерилима за учешће у добити; табелама откупне вредности полисе; правима на капитализацију уговора о животном осигурању и правима из таквог осигурања; пореском систему који се односи на наведену врсту осигурања (РТГЗ, 2015, чл. 1402, ст. 2). Код уговора о животном осигурању везану за јединицу инвестиционих фондова друштво за осигурање дужно је пре закључења уговора о осигурању, поред горе наведених података, уговорну страну писмено обавестити о проспекту фонда, а нарочито о структури улагања (РТГЗ, 2015, чл. 1402, ст. 3).

Информације уговарачу, односно осигуранику које се дају пре закључења уговора, као и у току трајања уговора о осигурању, достављају се у писменој форми, на прегледан и разумљив начин (РТГЗ, 2015, чл. 1402, ст. 4).

Ако осигуравач прекрши обавезу давања информација, осигураник (уговарач осигурања) има право да писменим путем раскине уговор у року од месец дана од дана када је сазнао за неиспуњење ове обавезе осигурача, а најкасније у року од годину дана после закључења уговора о осигурању, у ком случају осигураник има право на накнаду штете коју је претрпео због раскида уговора (РТГЗ, 2015, чл. 5).

За разлику од ЗОО, РТГЗ по први пут регулише обавезу информисања осигураника код колективних осигурања. Тако је код колективних уговора о осигурању, код којих непосредна права из осигурања припадају лицима различитим од уговарача осигурања, уговарач у обавези да ова лица информише о основним елементима уговора, изменама и о престанку покрића, а посебно о обиму покрића, главним искључењима из осигурања и обавезама осигураника (РТГЗ, 2015, чл. 1403, ст. 1).

У случају да уговарач није испунио обавезу давања нужних информација осигуранику, или му је саопштио нетачне и непотпуне информације, сматра се да је уговор ваљано закључен у корист осигураника са дејством према датим информацијама. У том случају, по исплати накнаде или осигурања или осигуране суме, осигурач има право накнаде штете од уговарача осигурања (РТГЗ, 2015, чл. 1403, ст. 2).

За време трајања уговора о осигурању, друштво за осигурање дужно је да писмено обавести уговарача осигурања о:

1. промени пословног имена, правне форме, седишта и адресе друштва с којим је закључен уговор о осигурању;
2. промени општих или посебних услова осигурања;
3. променама у случају промене услова осигурања, односно промене одредаба у другим законима које се односе на уговор о осигурању.

За време важења уговора о животном осигурању друштво за осигурање је дужно да једном годишње писмено обавести осигураника о стању учешћа у добити.

У складу са општеприхваћеним стандардима у вези својстава информације и начина на који се она пружа осигуранику, текст и садржај обавештења морају бити написани на прегледан и разумљив начин и састављени на српском језику.

За разлику од ЗО који регулише садржину обавезе информисања уговарача осигурања и за њено кршење прописује управну меру – новчану казну, РТГЗ регулише право осигураника у вези са повредом дужности обавештавања од стране осигуравача. У том случају осигураник (уговарач осигурања) има право да писменим путем раскине уговор у року од месец дана од када је сазнао за неиспуњење ове обавезе осигуравача, а најкасније у року од годину дана од дана закључења уговора о осигурању, у том случају осигураник има право на накнаду штете коју је претрпео због раскида уговора (РТГЗ, 2015, чл. 1406).

У наставку излагања анализираћемо како су неке државе чланице ЕУ спровеле прописе Комунитарног права у национално право у вези са обавезом давања и садржином информација.

## 2.2. НЕМАЧКА

У немачком праву чл. 7, ст. 1 Закона о уговору о осигурању из 2007. године прописане су обавезе осигуравача у вези са информисањем осигураника. Према тој одредби, осигуравач је дужан да, пре него што осигураник да изјаву о закључењу уговора, благовремено достави у текстуалној форми услове уговора укључујући опште услове осигурања, као и одговарајуће информације из Уредбе о обавези информисања код уговора о осигурању (*VVG-Informationspflichtenverordnung vom 18. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3004), die zuletzt durch Artikel 2 Absatz 50 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist*). Информације морају бити саопштене прецизно и разумљиво, на начин који одговара изабраном комуникацијском средству. Ако се

уговор на захтев осигураника закључи телефоном или употребом неког другог комуникационог средства, који не обезбеђује да информације буду достављене у текстуалној форми пре закључења уговора, информације се морају доставити без одлагања након закључења уговора; ово важи и када је осигураник писменим путем изричито изјавио да се одриче права на информисање пре давања изјаве о закључењу уговора.

Уредбом о обавези информисања код уговора о осигурању која је донесена 2007. године, а ступила на снагу 1. јануара 2008. године заједно са Законом о уговору о осигурању, регулисане су: општа обавеза информисања за све врсте осигурања и обавеза информисања за посебне врсте осигурања лица: осигурање живота, осигурање од инвалидности, осигурање од незгоде и здравствено осигурање, док је Законом о надзору друштава за осигурање, у Анексу Д, регулисана садржина обавезе информисања уговарача пензијског осигурања.

Наведеном Уредбом прописана је садржина Информационог обрасца производа који је осигуравач дужан да достави уговарачу осигурања ако он има статус потрошача у смислу дефиниције великих ризика. У тим случајевима осигуравач је дужан да уговарачу осигурања достави информациони образац производа који садржи податке који су од посебне важност за закључење или извршење уговора о осигурању, а посебно о: 1. врсти понуђеног уговора о осигурању; 2. опис уговором покривених и искључених ризика; 3. износи премије у еврима, тренутку и роковима када се плаћа премија, као и последицама неплаћања или закаснелог плаћања премије; 4. обавештење о искључењима обавезе осигуравача; 5. правима и законским последицама у случају кршења обавеза давања информација пре закључења уговора; 6. обавештења која се дају током трајања уговора, правима и законским последицама кршења те обавезе; 7. обавези пријаве осигураног догађаја, права и законске последице њеног кршења; 8. почетку и истеку осигуравајућег покрића; 9. праву отказа уговора. Када се ради о осигурању живота, осигуравач је дужан да, поред горенаведених информација, уговарачу осигурања достави и модел обрачуна (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 154; немачка Уредба о обавези информисања код уговора о осигурању, 2007, чл. 4, ст. 3). Међутим, осигуравач је дужан да јасно и разумљиво упозори осигураника да се код модела обрачунавања ради о начину рачунања, који има за основ фиктивне претпоставке, и да осигураник не може из модела обрачуна да заснива уговорне захтеве против осигуравача.

Поред тога што информације морају да буду представљене у разумљивом и логичном облику, осигуравач мора упозорити уговарача да пружена информација није свеобухватна, а информације које се односе на садржај уговора морају бити наведене у релевантним одредбама уговора или општим условима осигурања.

Претходно наведена правила о садржини обавезе друштва за осигурање према уговарачу осигурања не примењују се на уговоре о осигурању великих ризика. Ипак, ако је у једном таквом уговору осигураник физичко лице, осигуравач је дужан да осигуранику пре закључења уговора саопшти у текстуалној форми само које се право примењује на уговор и назив надлежног надзорног органа (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 7, ст. 5).

Карактеристично је да је у Немачкој Законом о уговору о осигурању и Уредбом о обавези информисања код уговора о осигурању регулисана обавеза информисања у здравственом осигурању, што и не чуди јер осигураници у својем праву на здравствену заштиту уживају иста права без обзира да ли имају полису државног или приватног здравственог осигурања, под условом да се ради о потпуном покрићу, покрићу које постоји и кроз државно здравствено осигурање. Тиме приватно здравствено осигурање директно конкурише државном здравственом осигурању, јер осигураници имају право избора између две равноправне опције (Славнић, 2010, 190). Због тога је приватно здравствено осигурање названо „заменско здравствено осигурање” (немачки Закон о надзору друштава за осигурање, чл. 12). То је, извесно, био и један од разлога због којег је законодавац посебну пажњу посветио обавези информисања осигураника код ове врсте осигурања, за разлику од стања у српском правном систему.

Зато је у заменском здравственом осигурању осигуравач дужан да уговарачу осигурања, поред општих информација које важе за све врсте осигурања, достави и информације о: (1) износіма урачунатим у премију, при чему се трошкови прибаве исказују као јединствена укупна сума, осталим трошковима као проценту годишње премије до истека периода осигурања, при чему се преостали зарачунати административни трошкови исказују одвојено као проценат годишње премије до истека периода осигурања; (2) могућим другим трошковима, посебно једнократним трошковима или трошковима који могу настати из одређених других разлога; (3) утицају пораста трошкова здравствене неге због повећања будућих доприноса; (4) могућностима о ограничењу висине доприноса у зависности од старости, посебно о могућности промене стандардне или основне стопе и у другим тарифама, споразумом о искљученим бенефицијама и могућности смањења премије; (5) о томе да је могућност

преласка са приватног на државно здравствено осигурање у старијем животном добу уобичајено искључено; (6) томе да промена у склопу приватног здравственог осигурања у старијем животном добу може да буде повезана са обавезом плаћања већих доприноса и, у зависности од околности, да је могућност промене стандардне или основне тарифе ограничена; (7) приказу висине премија у понудама током претходних десет година; износима месечних премија које би се примењивале на лице истог пола са приступном старошћу од 35 година, а ако је тарифа за период краћи од десет година, онда од тренутка њене примене, с тим да се назначи да је поузданост тог приказа ограничена због кратког времена које је протекло од примене тарифе. Поред наведеног, и о приказу упоредиве тарифе која се користила у истом десетогодишњем периоду.

Током трајања уговора о заменском приватном здравственом осигурању осигуравач је дужан да уговарача обавести о сваком повећању премије, уз достављање текста законске одредбе о могућности промене тарифе (реклаификација). Ако би рекласификација осигураника довела до смањења премије, осигуравач мора да осигуранике који су напунили 60 година живота, обавести о стопама које пружају еквивалентно осигуравајуће покриће које су имали према претходно уговореној стопи. Осигуравач такође, мора навести које су премије осигурана лица платила у свим случајевима промене тарифе, а пажња осигураника се мора усмерити на могућност промене стандардне или основне стопе. Посебна је обавеза осигуравача да, током вишегодишњег трајања приватног здравственог осигурања, осигураника обавештава једном годишње о преосталој суми осигурања. Ово због тога што осигуравачи на немачком говорном подручју (Немачка, Аустрија, Швајцарска), за разлику од осталих западноевропских држава, закључују уговоре приватног здравственог осигурања на неодређено време (Рорбах, 2007б, 211).

Поред наведених, осигуравач може да има обавезе обавештавања и када осигураник то од њега захтева. Тако је осигуравач обавезан да, на захтев осигураника или осигураног лица, обавести лекара или адвоката, којег су они именовали, о стручном мишљењу или становишту или о увиду у стручно мишљење или становиште, које је осигуравач са своје стране прибавио приликом испитивања својих обавеза о неопходности медицинског лечења осигураника, односно осигураних лица (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 202).

Поред основне обавезе да накнади трошкове за уговорене услуге лечења и друге услуге у здравственом осигурању, осигуравач може да као додатну, преузме и обавезу да саветује осигурано лице и предузме друге радње када су оне у непосредној вези са

чинидбом исплате трошкова лечења (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 192, ст. 3). У могући круг саветодавних радњи, посебно се, као пример, наводе: (1) саветовање о медицинским услугама чије трошкове се осигуравач обавезао да накнади и о понуђачима таквих услуга и (2) саветовање о праву на новчане захтеве вршиоца медицинских услуга. Истичемо да претходно наведене саветодавне услуге осигуравача нису једине, већ је могуће да осигуравач прихвати да пружа и друге саветодавне услуге у зависности од потреба и интереса осигураника и / или осигураног лица.

У области пензијског осигурања потпуне и концизне информације које друштво за осигурање у писменом облику мора да пружи корисницима осигурања такође су груписане у две групе. Пре закључења уговора о пензијском осигурању то су следеће информације:

- (а) Име, организационо-правни облик и седиште осигуравача и, ако је потребно, огранак преко којег се уговор закључује,
- (б) Општи услови осигурања, укључујући премијске стопе као и меродавно право уговора,
- (ц) Трајање уговора о осигурању,
- (д) Општа информација о пореском третману на дату врсту пензијског осигурања,
- (е) Финансијске, са осигурањем повезане и друге ризике који су својствени систему пензијског осигурања као и о природи и дистрибуцији ових ризика.

Током трајања уговора о пензијском осигурању:

- (а) Промене имена, организационо-правног облика и седишта осигуравача и, ако је потребно, огранка преко којег је уговор закључен,
- (б) Годишње, почев од датума ступања уговора на снагу
  - (аа) Очекивани износ надокнада због будућих корисника,
  - (бб) Инвестиционе опције и структура инвестиционог портфеља, као и информације о потенцијалном ризику, трошковима управе имовином и другим трошковима у вези са инвестирањем, под условом да будући корисници сnose инвестициони ризик,
- цц) Информације да ли, а ако да, колико се у обзир узимају етички, социјални и еколошки интереси у вези са датим начином инвестирања у односу на исплаћене бенефиције,

дд) Преглед стања инвестиционог портфела, као и тренутна финансијска ситуација у погледу индивидуалних захтева за исплатом, и

(ц) На посебан захтев

(аа) Завршне рачуне и извештаје управе за претходну финансијску годину; у обиму у којем се бенефиције по уговору одређују на основу броја јединица у фонду формираном у складу са уговорним условима и такође годишњим рачунима за тај фонд,

(бб) Информације о инвестиционој политици,

(цц) Износе бенефиција у случају престанка запослења,

(дд) Начинима преноса бенефицијских права на други пензијски фонд у случају престанка запослења.

### 2.3. ФРАНЦУСКА

У Француској обавеза осигуравача да уговарача осигурања, односно осигураника пре закључења уговора упозна са битним информацијама правног односа осигурања регулисана је на општи начин Законом о потрошачима (*Code de la consommation*) у којем је његовим чл. 111-1 за све трговачке уговоре прописано да „Пре него што се потрошач обавезе уговором о продаји робе или пружању услуга, привредна друштва су дужна да потрошачу доставе информације о: (1) битним карактеристикама робе или услуга сходно употребљеном комуникационом средству, роби или услузи; (2) цени робе или услуга; (3) датуму или року у којем се трговац обавезује да испоручи робу или изврши услугу, ако није уговорено тренутно извршење уговора; (4) свом називу, поштанској адреси, телефонским бројевима, електронској адреси и делатности...”, док је посебним одредбама Закона о осигурању (*Code des assurances*), као *lex specialis*, конкретније одређена обавеза осигуравача на давање информација осигуранику.

Обавеза осигуравача да информише осигураника регулисана је Законом о осигурању као општа која важи за све врсте осигурања, посебна када се ради о осигурању живота, колективном осигурању и закључивању уговора на даљину.

У свим врстама осигурања на основу чл. 112-2, ст. 1 и 2 Закона о осигурању, пре закључења уговора осигуравач има обавезу да у писменој форми достави осигуранику информацију о цени покрића, затим нацрт уговора и његове анексе или



писмену информацију о уговору која прецизно описује бенефиције и искључења, као и обавезе осигураника. Документа које се дају уговарачу осигурања морају да садрже информацију о праву које се примењује на уговор, ако се не ради о француском праву, процедурама за истраживање одштетног захтева по уговору, околностима у којима се може покренути судски спор и адреси седишта огранка које преговара са осигураником.

За разлику од других правних система, у француском праву осигурања прописана је и једна специфична обавеза информисања у осигурању од одговорности. Тако је пре закључења уговора који обухвата и покриће од одговорности, осигуравач дужан да осигуранику достави писмену информацију у којој ће бити описано функционисање и последице уговора у вези са начинм функционисања разичитих начина осигуравајућег покрића: према датуму настанка штетног догађаја или постављању одштетног захтева.

Када се уговор о осигурању грађанске одговорности из употребе моторних возила, изузев одговорности превозника, закључује на основу слободе пружања слуга, уговор или лист покрића морају да садрже назив и адресу заступника за ликвидацију штете којег је осигуравач опуномоћио у Француској.

Ако се уговор о осигурању закључује на основу слободе пружања услуга, пре закључења било којег уговора уговарачу осигурања се морају доставити информације о називу државе чланице Европске уније где се налази седиште осигуравача са којим се уговор закључује. Претходно наведене информације морају се налазити у свим документима који се шаљу уговарачу осигурања или осигуранику.

Декретом Државног савета дефинишу се начини евидентирања слања докумената, а такође и изузеци у складу са врстом уговора или околностима под којима се он закључује. Информације које осигуравач предаје уговарачу осигурања морају да буду састављене у писменој форми, на јасном француском језику.

Код класичних уговора о осигурању физичких лица ван њихове професионалне делатности, друштво за осигурање је дужно да осигураника, у сваком обавештењу о годишњем доспећу премије или доприноса, подсети на рок за вршење права на раскид уговора. Када се обавештење пошаље осигуранику краће од две недеље пре тог датума или када се пошаље после тог датума, осигураник који је обавештен о тој могућности има рок од двадесет дана од дана слања тог обавештења да опозове продужење уговора.

У осигурању живота, пре него што физичко лице закључи уговор о осигурању, осигуравач је дужан да осигуранику преда информативни лист са информацијама о

пореским правилима, праву на одустајање од уговора и битним састојцима уговора. Декретом се одређује информације које мора да садржи тај документ, посебно у вези са бенефицијама исказаним у обрачунским јединицама. Међутим, у понуди за осигурање или нацрту уговора у форми циркуларног писма за закључење уговора о ризико осигурању живота или уговора о осигурању живота са штедном компонентом и откупном вредношћу или преносом, ако је уговорен, мора се на почетку пријаве за осигурање или у нацрту уговора назначити масним словима врста уговора о којем се ради. У понуди или нацрту уговора у посебном оквиру се морају назначити укупни трошкови по сваком одељку, осигуране суме и новчани износ у случају откупа, начин дељења добити, као и процедура за именовање корисника. Наредбом министра привреде донетим уз консултацију са Комисијом за банкарство утврђује се форма овог информативног листа као и његов оквиран садржај.

Понуда или нацрт уговора о осигурању или капитализацији мора да садржи: (1) модел писма за остваривање права на одустајање од уговора; (2) изјаву чија се садржина утврђује наредбом Министра привреде и у којој се наводе услови за одустајање од уговора.

Понуда или нацрт уговора о осигурању или уговора са капитализацијом за уговоре који садрже откупне вредности за најмање првих осам година уговора мора да садржи износе премија или доприноса плаћених у свакој години осигурања. Понуда или нацрт уговора о осигурању или уговора са капитализацијом мора најмање да садржи и објасни начин за израчунавање откупне вредности или преноса, ако се они не могу унапред одредити.

Пропуст да се пошаље документације и информација доводи до продужења рока за раскид уговора у односу на савесне уговараче осигурања до тринаестог дана после дана стварне предаје докумената, а у апсолутном року од осам година од дана када је уговарач обавештен да је уговор закључен.

У уговорима чија је математичка резерва једнака или већа од суме утврђене наредбом министра привреде, друштво за осигурање је у обавези да сваке године уговарачу доставља информације о: (1) износу откупне вредности или преносној вредности код уговора о раскиду радног односа; (2) суми за коју се смањује осигурана сума; (3) износу гарантоване бенефиције; (4) уговорној премији; (5) гарантованој добити и његовом учешћу у техничкој и финансијској добити; (6) просечној каматној стопи на пласирана средства која се воде за покривање обавеза по уговорима исте врсте; (7) код уговора чија је осигурана бенефиција изражена у обрачунским

јединицама, вредности обрачунских јединица, њиховом годишњем кретању од тренутка закључења уговора и о битним променама које су утицале на сваку обрачунску јединицу. Код уговора о осигурању живота, осигуравач такође мора да наведе и максималне износе провизија које наплаћује и главне карактеристике обрачунских јединица када се бенефиције по тим уговорима изражавају у обрачунским јединицама. Када је осигурана бенефиција изражена у обрачунским јединицама, осигуравач мора навести да је осигураник сагласан са бројем обрачунских јединица а не са њиховом вредношћу која подлеже флукуацијама наниже и навише.

Друштво за осигурање је у обавези да у том обавештењу на јасан и прецизан начин прикаже трансакције откупа, преноса или смањења осигуране суме и објасни њихове правне и уговорне последице, као и да наведе услове и износе откупа.

У вези са раскидом уговора о раду, друштво за осигурање у свом обавештењу дужно је да достави процењени износ анuitета који ће се платити осигуранику из његових имовинских права, такође да наведе услове по којима осигураник има право да захтева пренос његовог уговора на друго друштво за осигурање, узајамни или пензијски фонд.

Све информације, укључујући и рекламни материјал за уговоре о ризико и штедном осигурању живота морају да буду прецизног садржаја, јасне и неискривљеног значења. Осим тога, законодавац је предвидео и обавезу да се учини лако разумљивим шта је рекламни материјал.

#### 2.4. ИНФОРМИСАЊЕ ОСИГУРАНИКА У ПРИВАТНОМ КОЛЕКТИВНОМ ОСИГУРАЊУ

Имајући у виду значај и особености колективног осигурања, поставило се питање целисходности законског регулисања овог уговора. У српској правној теорији изражено је мишљење да се на колективне уговоре не могу примењивати одредбе Закона о облигационим односима које се односе на појам осигураног случаја, пријаву околности од значаја за процену ризика, измене услова осигурања, плаћање премије, осигурање за туђ рачун (Пак, 2010, 233). Такође је истакнуто да се приликом регулисања уговора о колективном осигурању мора водити рачуна да се предвиде одређена правила о колективним уговорима о осигурању заједничка за све случајеве ових уговора (обавеза информисања осигураника, обавеза пријављивања околности од

значаја за оцену ризика, непосредно право осигураника према осигурачу), а посебна правила за колективна осигурања лица (Јовановић, 2013в, 8; Шулејић, 2013, 254). Интересантно је да приликом одлуке о усвајању правила о уговорима о колективном осигурању оно што за неке државе представља разлог због којег се одлучују на његово регулисање, у другим државама то није случај. Тако на пример, у правним системима који су по први пут донели одређена правила о уговору о колективном осигурању, као што је Шведска, као разлог за регулисање уговора о колективном осигурању наводе његову све већу социјалну важност и чињеницу да су корисници осигурања све чешће у целости искључени из преговарања о условима осигуравајућег покрића (Јовановић, 2013в, 8).

У упоредном уговорном праву осигурања, о обавези информисања осигураника постоје различити приступи. Пре него што изложимо правни оквир наведене обавезе, треба рећи да се у неким правним системима предвиђа различит степен заштите осигураника и корисника осигурања са једне стране и уговарача осигурања, са друге стране. Тако на пример, за разлику од већине правних система, у Финској уговор о колективном осигурању може да садржи и одредбе које одступају од Закона о уговору о осигурању а које су неповољне и на штету уговарача осигурања (фински Закон о уговору о осигурању, 1994, чл. 4, ст. 2). *Vice versa*, наведено правило се не примењује на осигуранике и кориснике осигурања, па су ништаве одредбе уговора о колективном осигурању које одступају од Закона о уговору о осигурању.

Када се ради о законском одређивању лица које има обавезу да информише осигуранике о закљученом уговору о колективном осигурању живота, у Србији (Закон о осигурању, 2014, чл. 82, ст. 4), Француској (француски Законик о осигурању, 2015, чл. 141-4, ст. 1 и 2), Швајцарској (швајцарски Закон о уговору о осигурању, 2011, чл. 3, ст. 3) и у Бугарској (бугарски Законик о осигурању, 2005, чл. 231, ст. 3) то је обавеза уговарача осигурања.

Увидом у решења упоредних правних система, уочили смо да је српски Закон о осигурању у чл. 82, ст. 4 практично преузео решење одредбе чл. 3, ст. 3 швајцарског Закона о уговору о осигурању, прописавши да када уговарач осигурања и осигураник нису исто лице, а реч је о колективном осигурању или осигурању које представља повезани уговор (са уговором о продаји робе или о пружању услуга између потрошача и трговца или у вези с њим) или уговор који је услов за коришћење друге финансијске услуге, друштво за осигурање је дужно да осигураника обавести о подацима из горе наведених тачака од (1) до (6) (Видети: 2.1.1. Информисање уговарача осигурања пре

закључења уговора) и о подацима специфичним за осигурање живота, као и да му обезбеди услове осигурања који се примењују на уговор о осигурању.

У српском праву, уговарач осигурања за туђи рачун или рачун кога се тиче сноси све обавезе из уговора о осигурању, али не може вршити права из осигурања без пристанка лица чији је интерес осигуран и коме она припадају (ЗОО, 1978, чл. 905, ст. 1). Из наведене одредбе јасно је да би уговарач осигурања имао обавезу да информише осигуранике о условима и цени осигуравајућег покрића, као и свим осталим аспектима уговора о колективном осигурању. Међутим, ЗОО није посебно регулисао садржину обавезе информисања у складу са модерним европским законодавством, а посебно није регулисао садржину информација које треба да се достављају члановима заједнице колективног осигурања.

За разлику од наведених правних система, у Шведској и Финској обавеза осигураваача је пре закључења и током трајања уговора о колективном осигурању да информише чланове заједнице колективног осигурања о условима осигуравајућег покрића, главним искључењима, обавезама осигураника по уговору и како пуноважност покрића зависи од чињенице да је осигураник члан групе наведене у уговору о колективном осигурању (шведски Закон о уговору о осигурању, 2005, поглавље 17, чл. 5, 6, 7 и 8; фински Закон о уговору о осигурању, 1994, чл. 76). Исто правило важи и онда када су се одредбе о осигурању промениле како у погледу ограничења обавезе тако и у погледу битних измена осигурања.

Колику заштиту ужива осигураник и корисник осигурања код уговора о колективном осигурању у финском праву, може се видети и из одредбе по којој „ако осигураваач или његов заступник пропусте да осигуранику предају неопходне информације о осигурању или доставе нетачну или непотпуну информацију, сматраће се да уговор о (колективном – прим. аут.) осигурању остаје на снази у корист осигураника и то на начин који је осигураник разумео да уговор дејствује на основу добијених информација” (фински Закон о уговору о осигурању, 1994, чл. 76, ст. 2). Поред наведених информација, на уговоре о колективном осигурању примењују се и правила о информисању о правним лековима за решавање одштетних захтева. У Шведској осигураваач има обавезу да осигуранику и уговарачу директно шаље обавештења. Међутим, ова обавеза осигураваача је релативизована правилом да осигураваач од ње може одступити уколико прилике налажу другачије поступање.

У колективном осигурању живота француски законодавац је предвидео посебну заштиту осигураника када се као уговарач појављује неко друго лице (на пример,

послодавац, удружење или нека друга институција). У том случају, поред информација из Информативног листа производа, уговарач осигурања има обавезу да: (1) члану колективног осигурања достави проспекат осигуравања у којем су дефинисана покрића и правила за примену тог осигурања заједно са формалностима које се морају обавити у случају штете и (2) писменим путем обавести чланове о изменама њихових права и обавеза, најмање три месеца пре дана ступања на снагу измена. У колективном осигурању лица, додатна заштита осигураника састоји се у обавези уговарача осигурања да докаже да је члану колективног осигурања предао проспекат и информације о изменама уговора.

Одсуство било каквих посебних одредби о лицу које има обавезу информисања, као и о садржини информација код уговора о колективном осигурању, представља приступ примењен у прописима о уговору о осигурању Норвешке, Данске, Холандије, Немачке и Аустрије.

## 2.5. ОБАВЕШТАВАЊЕ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА ПРИЛИКОМ ЗАКЉУЧЕЊА УГОВОРА НА ДАЉИНУ И ПРАВО НА ОДУСТАНАК ОД ЗАКЉУЧЕНОГ УГОВОРА

Иако се уговор о осигурању, по правилу, закључује непосредним контактом потрошача са осигуравачем или његовим агентом или посредником, са развојем информатичко-комуникационе технологије у пословној пракси је већ дуже време могуће закључити уговор о осигурању преко интернета или путем размене електронских порука, укључујући телефон и сва друга подобна комуникациона средства. Имајући у виду ту чињеницу, као и обавезу прилагођавања националног законодавства релевантним директивама ЕУ, српски Закон о заштити потрошача је већ 2010. године нормирао, а најновијим Законом из 2014. године и употпунио правила о заштити интереса потрошача у остваривању његових права код уговора који се закључују на даљину и ван пословних просторија.

Важећи Закон о заштити потрошача дословно је преузео дефиницију потрошача из Директиве 2011/83/ЕУ о правима потрошача, по којем је уговор на даљину уговор закључен између трговца и потрошача у оквиру организоване продаје или пружања услуга на даљину без истовременог физичког присуства трговца и потрошача, искључивом употребом једног или више средстава комуникације на даљину до тренутка закључења уговора, укључујући и сам тренутак закључења (Директива

2011/83/EУ, чл. 2, ст. 1, тач. /7/). У упоредном праву не наилазимо увек на овакву доследност „трансплантирања” каква данас постоји у српском праву. Тако, према немачком праву, уговорима на даљину се сматрају они уговори код којих се предузетник или лице које иступа у његово име или за његов рачун и потрошач користе средствима за комуникацију на даљину приликом преговарања и закључења уговора, изузев случајева када се уговор не закључује у склопу организоване продаје или пружања услуга на даљину, при чему се уговорима на даљину посебно сматрају уговори који се закључују путем писама, каталога, телефонских позива, телефакса, електронске поште, текстуалних порука преко услуга мобилне телефоније (СМС), као и порука путем радио о теле услуга (немачки Грађански законик, 2002, чл. 312 ц, ст. 1 и 2).

За област осигурања, поменути српски Закон регулише два важна аспекта закључења уговора на даљину: обавештавање потрошача и право потрошача на одустанак од уговора. Важно је приметити да је Законом о осигурању прописана садржина обавезе информисања уговарача осигурања за друштва за осигурање, друштва за заступање и друштва за посредовање у осигурању, чија се правила примењују као допунска специјалним правилима из Закона о заштити потрошача на област закључивања уговора на даљину и ван пословних просторија. И у француском праву су за испуњење обавезе на давање информација осигуранику битне одредбе француског Законика о осигурању које имају првенство у примени у односу на опште одредбе специфичне за сваки појединачни производ или услугу из Законика о заштити потрошача (Славнић, Јовановић, 2008б, 35).

Закон о заштити потрошача предвиђа општа правила о обавештавању потрошача која важе за све врсте услуга у промету (Закон о заштити потрошача, 2014, чл. 13), као и посебна правила о обавештавању потрошача пре закључивања уговора на даљину о пружању финансијских услуга (Закон о заштити потрошача, 2014, чл. 27, ст. 6). Скрећемо пажњу да је законодавац направио термиолошку грешку у чл. 27, ст. 6 када је употребио израз „... пре закључења уговора о пружању финансијских услуга на даљину...” јер је предмет регулисања наведене одредбе Закона садржина информација које се дају потрошачима приликом закључења уговора на даљину, а не начин пружања услуга (осигурања) и извршавања уговора „на даљину.” Следствено томе, у наставку користимо израз „закључење уговора на даљину о пружању финансијских услуга” у одговарајућим падежима. Према наведеној одредби Закона, трговац је дужан да пре

закључења уговора на даљину о пружању финансијских услуга, на јасан и разумљив начин, на српском језику и језику и писму националне мањине потрошача обавести о:

1. основним обележјима финансијске услуге;
2. продајној цени финансијске услуге укључујући порезе, таксе, трошкове и накнаде, односно о начину обрачунавања цене ако продајна цена финансијске услуге не буде исказана;
3. посебним ризицима који се односе на одређени финансијски инструмент;
4. периоду за који важе дата обавештења;
5. начину плаћања.

Наведене информације представљају саставни део уговора на даљину или уговора који се закључује изван пословних просторија, али само онај део садржине уговора који је као минимум прописан законом. То значи да пружалац услуге може да предложи и друге садржаје – услове и клаузуле уговора који се закључује даљинским путем.

Поред горе наведених, осигуравач има обавезу да уговарача обавести и о другим информацијама које се тичу самог дистанционог уговора, а посебно информацију о праву потрошача – уговарача осигурања на одустајање од уговора закљученог на даљину. Закон о заштити потрошача регулише право потрошача – уговарача осигурања да одустане од уговора закљученог на даљину, односно изван пословних просторија у року од 14 дана, без навођења разлога и додатних трошкова. С обзиром да је Законом о осигурању у чл. 82, ст. 1, тач. 6 прописано да је осигуравач дужан да уговарач о осигурању, поред осталог, обавести и о праву на раскид уговора и условима за раскид, односно праву на одустанак од уговора, осигуравач ће приликом закључивања уговора на даљину имати обавезе које прописује Закон о заштити потрошача. Једна од њих, веома битна за остваривање права на одустанак уговарача осигурања, је и та да у тренутку закључења уговора, осигуравач има обавезу да уговарачу осигурања достави посебан образац изјаве којим потрошач остварује право на одустанак од уговора закљученог на даљину, односно изван пословних просторија. Код уговора о пружању финансијских услуга на даљину, рок у којем уговарач може да користи право на одустајање од закљученог уговора се рачуна од тренутка закључења уговора, односно од тренутка обавештавања потрошача о садржини уговора ако је то обавештење примио након што је уговор закључен и завршава се истеком последњег часа последњег дана рока. Закон о заштити потрошача је рок од 14 дана за одустајање од уговора о



осигурању осталих врста осигурања у случају уговора о осигурању живота закљученог на даљину, продужио на 30 дана од дана његовог закључења.

Овде треба напоменути да државе чланице нису на јединствен начин регулисале услове за одустанак од закљученог уговора на даљину о пружању финансијских услуга, посебно имајући у виду да је немачки законодавац та правила усвојио у Грађанском законнику, претежно примењујући диспозитиван начин регулисања. Тако је у немачком потрошачком праву прописан минимални рок од 14 дана за одустајање од уговора закљученог на даљину, с тим да се уговором може предвидети и дужи рок. Када се ради о рачунању рока за одустајање, немачки Грађански законик прописује да је то тренутак закључења уговора, осим ако нешто друго није уговорено (немачки Грађански законик, 2002, чл. 355, ст. 2). Међутим, према одредби чл. 356, ст. 3 немачког Грађанског законика право на одустајање од уговора закљученог на даљину о пружању финансијских услуга престаје протеком дванаест месеци и четрнаест дана од дана закључења уговора. Дужи период у којем уговарач осигурања може да се одлучи да одустане – раскине уговор, пружа му далеко бољу заштиту, јер му даје више времена да се увери да ли је донео добру одлуку када је закључио предметни уговор.

У српском праву осигурања обавеза информисања потрошача приликом телефонске продаје и контакта са потрошачима регулисана је одредбама Закона о заштити потрошача о закључењу уговора на даљину, за област осигурања рекли бисмо, уопштен начин. Зато РТГЗ детаљно регулише закључење уговора о осигурању између одсутних страна.

Код уговора о осигурању који се закључују средствима удаљене комуникације, а у које се убрајају, посебно, уговори који се закључују путем писама, телефона, телефакса, електронске поште, радија и преко медијских услуга, осигурач је дужан да благовремено, пре закључења уговора о осигурању, поред информација које су обавеза осигуравача пре закључења уговора писменим путем информише уговарача осигурања и о следећим подацима: постојању или непостојању права осигураника да без образложења и пенала раскине закључени уговор о осигурању, року и условима коришћења права на раскид уговора, укључујући и информацију о висини премије која се од осигураника може захтевати до давања изјаве о раскиду уговора; практичним инструкцијама за вршење права на раскид које, између осталих, обухватају назначење адресе на коју се раскид има послати; уговорне клаузуле о меродавном праву, суду надлежном за решавање спорова и језику на коме су састављени уговорни услови (РТГЗ, 2015, чл. 1413, ст. 1).

Осигуравач је у обавези да у фази предуговарања ових уговора осигуранику достави све информације у папирној форми или другом трајном медију које има на располагању и које осигураник може да користи, односно да му приступи.

Осигуравач је дужан да приликом закључења ових уговора о осигурању обавести заинтересовану страну да може на сопствен захтев да добије додатне информације, као и да информације које доставља заинтересованој страни на трајном медију достави у довољно дугом року пре него што ова страна преузме обавезе из уговора о осигурању.

Ако због начина на који се закључује уговор о осигурању између одсутних страна није могуће да се уговорна страна писменим путем обавести пре изјашњења о закључењу уговора, давање информација може се извршити слањем уговорној страни истих најкасније истовремено са слањем полисе осигурања.

РТГЗ такође регулише и право на одустајање од уговора о осигурању у кратком року после његовог закључења. У случају уговора о неживотном осигурању закљученог од стране физичког лица ван оквира његове комерцијалне или професионалне делатности, уговарач осигурања има право да одустане од уговора о осигурању без образлагања разлога и без пенала у року од 14 дана од закључења уговора или после дана када је обавештен о условима осигурања и премији (доприносу) осигурања (РТГЗ, 2015, чл. 1414, ст. 1).

У случају осигурања живота, уговарач осигурања има право да одустане од уговора у року од 30 дана после дана када је обавештен да је уговор о осигурању закључен, или после дана када је обавештен о условима осигурања и премији.

Правила о раскиду уговора у кратком року не примењују се на уговоре о осигурању који су закључени на период краћи од месец дана, на осигурање путника и пртљага, на осигурање власника моторних возила од одговорности, као и на у целини извршене уговоре о осигурању од обеју уговорних страна пре вршења права на одустанак од стране осигураника (РТГЗ, 2015, чл. 1414, ст. 3).

Осигуравач је у обавези да без непотребног одлагања, а најкасније у року од месец дана после дана одустанка од уговора о осигурању, врати уговарачу осигурања плаћене премије умањене за исплаћене накнаде из осигурања, а осигураник има обавезу да у истом року врати осигурачу све накнаде из осигурања које су плаћене, а које прелазе износ плаћене премије (РТГЗ, 2015, чл. 1414, ст. 4).

У немачком праву осигурања, посебно је регулисана обавеза осигуравача на давање одређених информација приликом телефонског контакта са уговарачима

осигурања. Тако, у првом телефонском контакту осигураваача са уговарачем осигурања, осигураваач мора навести свој назив и пословну сврху контакта одмах на почетку сваког телефонског разговора. Обавеза је осигураваача да уговарачу достави и прописан обим информација које се дају у свим врстама осигурања, под условом да је осигураваач информисао уговарача о његовом праву да захтева више информација а уговарач осигурања се изричито одрекао права да захтева додатне информације (немачка Уредба о обавези информисања код уговора о осигурању, 2007, чл. 5). Ако се уговор на захтев осигураника закључи телефоном или употребом неког другог комуникационог средства, који не обезбеђује да информације буду достављене у текстуалној форми пре закључења уговора, информације се морају доставити без одлагања након закључења уговора (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 7, ст. 1).

У француском праву Закоником о осигурању (чл. 112-2-1, ст. 3) посебно је регулисана садржина информација када се ради о закључењу уговора о осигурању на даљину, по којој уговарач мора од осигураваача да добије следеће информације:

1. Име друштва за осигурање, адресу његовог седишта ако се друштво за осигурање региструје у привредном регистру, матични број, податке о органу надлежном за надзор и, ако је то потребно, адресу огранка које преговара о уговору о осигурању;
2. Укупна премија или допринос или, ако се сума не може исказати, начин израчунавања премије или доприноса како би уговарач осигурања могао да их провери;
3. Минимални период осигурања, бенефиције и искључења;
4. Период важности датих информација, услови осигурања и плаћања премије или доприноса као и назнаку, тамо где је потребно, посебних додатних трошкова маркетинга на даљину;
5. Постојање или непостојање права на отказ, и ако постоји, до ког тренутка, практичне детаље о његовој адреси на коју се шаље обавештење о отказу. На посебан захтев пре истека рока за одустајање од уговора, уговарачу осигурања се морају доставити и информације о износу премије или доприноса који осигураваач може да захтева ради исплате осигуране бенефиције;
6. Право по којем осигураваач жели да успостави предуговорне односе са потрошачем, право које се примењује на уговор и језик који ће осигураваач користити уз сагласност уговарача током трајања уговора;

7. Процедуре за истраживање одштетног захтева које уговарач осигурања може да предузме по уговору, укључујући и постојање органа контроле, околностима у којима може покренути судски спор и, тамо где постоји, постојање гарантних фондова или других планова о накнади штете.

Информације о уговорним обавезама датим у предуговорној фази морају да буду у складу са изабраним правом уговора и морају да буду јасне, дате на јасан и разумљив начин који је прилагођен датој техници маркетинга на даљину.

## 2.6. ПРАВНЕ ПОСЛЕДИЦЕ КРШЕЊА ОБАВЕЗЕ ИНФОРМИСАЊА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

Кршење законом прописане обавезе информисања уговарача осигурања повлачи за собом различите последице према друштву за осигурање. Оне се састоје у изрицању новчане казне од стране надзорног органа или у постављању одштетног захтева уговарача осигурања за надокнаду штете која му је проузрокована нетачним или непотпуним подацима који су утицали на његово одређено понашање. Другим речима, ако је уговарач осигурања засновао своју одлуку на закључење уговора са одређеним осигуравачем на основу таквих информација, а могао је да закључи друго које би задовољило његова очекивања, уговарач осигурања има право на накнаду штете од осигуравача. Ипак, уговарач осигурања би морао да докаже узрочну везу између кршења обавезе осигуравача и настале штете, као и њене висине. Овакво решење извесно не доприноси на најбољи начин заштити интереса осигураника, јер се ефективна заштита постиже тек покретањем судског спора за надокнаду штете, што неминовно подразумева додатне трошкове и проблеме за осигураника у вези са доказивањем узрочно-последичне везе између кршења обавезе осигуравача и тиме наведеног осигураника на одређено понашање због којег је он претрпео штету.

У швајцарском праву такође постоји могућност потраживања надокнаде штете услед кршења обавезе осигуравача, али и још једно, швајцарским Законом о уговору о осигурању, регулисано право. Тако, уговарач осигурања има право да, у случају да осигуравач прекрши своју обавезу информисања, откаже уговор писменим путем, при чему отказ ступа на снагу када га прими осигуравач. Такође је прописан и рок застаре за вршење права отказа у том случају. Тако, „Право уговарача осигурања на отказ уговора престаје протеком четири недеље пошто сазна за кршење обавезе

информисања и информације, а најкасније за годину дана” (швајцарски Закон о уговору о осигурању, 2011, чл. 3а, ст. 2).

Данашњи правни системи признају право сваког лица да не мора увек самостално предузимати радње ради усмерене на промену свог правног статуса, већ да то може чинити и коришћењем услуга другог лица са истим дејством. У том смислу, у наредним излагањима пажњу ћемо посветити специфичним обавезама посредника у осигурању у вези са заштитом интереса потрошача услуге – уговарача осигурања.

У нашем правном систему, ако у поступку надзора над пословањем субјекта надзора, заштите права и интереса корисника услуге осигурања приликом поступања с приговором тог лица или при обављању других послова прописаних ЗО утврди да субјект надзора није пружио уговарачу осигурања / осигуранику, пре закључења уговора о осигурању, односно за време важења тог уговора прописане информације, односно те информације не пружи на прописан начин (тј. кршећи одредбе чл. од 82 до 84), Народна банка Србије може решењем изрећи новчану казну у износу од 100.000 до 5.000.000 динара том субјекту и одговорном лицу у том субјекту сходном применом критеријума прописаних за изрицање мера (Закон о осигурању, 2014, чл. 260, ст. 1, тач. 30).

Народна банка Србије такође изриче новчану казну у износу од 50.000 до 3.000.000 динара ако друштво за посредовање и / или друштво за заступање не пружи уговарачу осигурања / реосигурања, пре закључења, односно при изменама и/или допунама или продужењу важења уговора о осигурању / реосигурању, прописане информације, односно сходном применом члана 84 ЗО, те информације не пружи на прописан начин (Закон о осигурању, 2014, чл. 261, ст. 1, тач. 25).

Поред наведеног, Народна банка Србије може одузети дозволу за обављање појединих или свих врста осигурања друштву за осигурање, поред осталих основа, и ако је дало нетачне податке о свом пословању или податке који могу довести у заблуду корисника услуге осигурања (Закон о осигурању, 2014, чл. 214, ст. 1, тач. 7).

### 3. ОБАВЕЗЕ ПОСРЕДНИКА У ОСИГУРАЊУ У ВЕЗИ СА ЗАШТИТОМ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

#### 3.1. ПОСЕБНА ОБАВЕЗА

У претходним деценијама, многи посредници су развили услуге које превазилазе услуге у вези са преносом ризика са осигураника на осигуравача, док је заштита потрошача услуга посредника у осигурању по први пут уведена Законом о осигурању Републике Србије 2004. године. Тако је друштво за посредовање у осигурању које је обављало послове посредовања у осигурању на основу налога осигураника, било дужно да осигуранику пружи објашњења и савете о околностима које су од значаја за закључење уговора о осигурању. Овде је интересантно истаћи да наведеним Законом посредник у осигурању није могао да добије дозволу за посредовање у реосигурању. Зато је Законом о осигурању из 2014. године исправљена та аномалија. Са друге стране, уведена је обавеза информисања за посредовање у реосигурању и у осигурању „великих ризика” (комерцијалних и индустријских), иако државе чланице ЕУ на основу чл. 12, ст. 4 Директиве о посредовању ту обавезу нису имале, па су у својим прописима и донеле одговарајућу одредбу у том смислу (италијански Законик о осигурању, чл. 120, ст. 5; бугарски Законик о осигурању, чл. 177, ст. 5; холандски Закон о финансијском надзору, чл. 4:73, ст. 5).

Закон о осигурању прописује у чл. 94 одређен број обавеза друштва за посредовање којима се конкретизује обавеза пружања објашњења и савета о околностима значајним за закључење и извршавање уговора о осигурању / реосигурању. У поређењу са Законом о осигурању из 2004. године, нови Закон о осигурању у чл. 94, ст. 2, тач. 1) је прописао додатну обавезу посредника у осигурању да „пре закључивања уговора о осигурању / реосигурању, одреди потребе и захтеве уговарача осигурања / реосигурања, односно осигураника на основу података добијених од тих лица”, а укинута је обавеза друштва за посредовање да врши процену солвентности друштава за осигурање чије производе осигурања нуди уговарачу осигурања. Логично је за очекивати да ће се наведена обавеза извршавати кроз одговарајуће упитнике и постављање других питања о потребама и очекивањима уговарача у вези са осигурањем као што су врста осигурања, ширина покрића и сума осигурања, ко је осигураник и / или корисник осигурања итд.

Обавеза посредника у осигурању је да посредује, ради преговарања о закључењу говора о осигурању / реосигурању, с друштвом за осигурање / реосигурање које, с обзиром на околности појединог случаја, нуди најбоље покриће. Управо је функција брокера у свим правним системима да олакша задовољење разних комерцијалних потреба и интереса успостављањем везе између страна заинтересованих за закључење уговора. Са друге стране, наведена обавеза из чл. 94, ст. 1, тач. 2 Закона о осигурању сигурно се не може тумачити као обавеза посредника да, уместо уговарача осигурања, одлучи која је од прибављених понуда осигуравача „најбоља”, с обзиром да је уговарач осигурања тај који треба да одлучи коју ће понуду за осигурање прихватити. Имајући то у виду, обавеза посредника је да уговарачу осигурања пружи свеобухватну информацију о карактеристикама понуда осигуравача, њиховим предностима и манама у односу на друге понуде и потребе и очекивања које је уговарач осигурања предочио посреднику приликом давања налога за посредовање. То, како се и истиче у правној теорији, произлази из саме суштине правног односа посредовања у осигурању који се заснива налогом принципала на основу којег настаје обавеза посредника да обезбеди захтевано осигуравајуће покриће (Јовановић, 2007б, 92). На исти начин треба схватити и обавезу посредника да изради одговарајућу анализу ризика и предложи „одговарајуће покриће” (Закон о осигурању, 2014, чл. 94, ст. 1, тач. 3).

Остале одредбе по којима за друштво за посредовање може да постоји обавеза информисања и саветовања а којима се штити интерес уговарача осигурања, односе се на обавезу посредника да:

1. наведе разлоге за дате савете у вези са предложеним уговором, односно да образложи зашто је предложило одређено друштво за осигурање;
2. обавести друштво за осигурање о намери уговарача осигурања да закључи уговор о осигурању и да уговарачу осигурања понуди полису осигурања и упозна га с правилима за израчунавање премије;
3. провери садржину полисе осигурања;
4. понуди помоћ уговарачу осигурања, односно осигуранику за време трајања уговора о осигурању, као и пре и после наступања осигураног случаја, а нарочито да води рачуна о томе да то лице у утврђеним роковима изврши радње значајне за остваривање, односно очување права из уговора о осигурању;
5. прати извршавање уговора о осигурању који је закључен уз његово посредовање;

б. изради предлог за измену закљученог уговора о осигурању, ради веће сигурности и заштите уговарача осигурања.

У нашој правној теорији је изражен став по којем су корисници брокерских услуга у великој мери заштићени од последица њихових професионалних пропуста захваљујући прописима који јасно дефинишу одговорност брокера, који захтевају постојање дозволе за рад и обавезно осигурање од одговорности (Пак, 2004, 201).

Међутим, да би се осигураници обезбедили од недовољног или погрешног саветовања, понашања заступника и посредника када у давању савета не приступају активно, сматрало се од стране писаца појединих националних закона (немачки Закон о уговору о осигурању, 2007, чл. 59, ст. 1, тач. 3 и чл. 68), којима се уређује уговор о осигурању, да би хонорарно саветовање осигураника од стране посебних професионалних саветника требало да постоји паралелно и у конкурентском односу са саветовањем заступника и посредника, односно саветовањем од стране самог осигуравача, а не да се мерама државне регулативе предност у саветовању да само оном које пружају заступници и посредници, односно осигуравачи (Славнић, 2013, 269).

У наведеном смислу наш надзорно-регулаторни оквир не регулише статус, услугу и одговорност саветника у осигурању, али ни не забрањује могућност ангажовања посебног саветника мимо заступника или посредника. У сваком случају, наведена правила важећег ЗО представљају унапређење заштите потрошача услуга посредника у осигурању. Посебним правилима регулисани су потенцијални сукоб интереса посредника према уговарачу и питање пријављивања увећане провизије, о чему ће бити речи у наредним излагањима.

### 3.2. ОБАВЕЗА ЗАШТИТЕ ИНТЕРЕСА СТРАНАКА

С обзиром да приликом посредовања у осигурању могу да буду угрожени интереси уговарача осигурања и друштва за осигурање, Закон о осигурању из 2014. године је по први пут предвидео одговарајуће одредбе у том смислу. Тако је посредник у осигурању дужан да штити интересе уговарача осигурања, а да такође штити и интересе осигуравача на које је, пре или после закључења уговора о осигурању, дужан да обратити пажњу и уговарач осигурања. И не само то. Приликом обављања послова припреме за закључење уговора о осигурању, посредник у осигурању је дужан да осигуравача обавести о свим значајнијим ризицима који су му познати или би му



морали бити познати. Формулацијом „...или би му морали бити познати” свакако се може сматрати да овај Закон уводи шири обим заштите, тако да посредник може одговарати и ако му нису били познати значајнији ризици. Иако ова одредба штити осигуравача, она такође штити и уговарача осигурања од радњи посредника јер би у противном уговарач дошао у неприлику ако би се осигуравач позвао на непријављивање битних околности о ризицима.

Када се ради о обавези информисања уговарача осигурања, обавеза посредника је да уговарача осигурања, односно осигураника упозна са свим правним и економским везама са осигуравачем које могу утицати на непристрасност друштва за посредовање у осигурању у извршавању обавеза према том лицу.

Правне и економске везе могу се односити на различите околности од постојања узајамних власничких удела између друштва за осигурање и друштва за посредовање, утицаја на управљање пословањем до уговарања провизије и од осигуравача и од уговарача осигурања за исти посао или тзв. „суперпровизија.” Закон о осигурању у чл. 95, ст. 5 одређује да се правним и економским везама сматрају нарочито одредбе уговора о посредовању закљученог између друштва за посредовање у осигурању и друштва за осигурање на основу којих је друштво за посредовање у осигурању:

1. дужно да посредује искључиво у закључењу уговора о осигурању са одређеним друштвом за осигурање;
2. уговорило право на увећану провизију у односу на уобичајену провизију за посредовање код одређених врста осигурања.

Осигуравачи су традиционални примењивали различите методе да подстакну независне агенте и посреднике у осигурању да пласирају ризике код својих друштава за осигурање, укључујући и додатне провизије за туристичка путовања и одморе најбољих врхунских прибављача. Према томе, постоји унутрашњи потенцијални сукоб интереса између законске обавезе брокера и агената према њиховим клијентима и природе и обима њихових награда, које осигуравачи одређују и плаћају. Овај потенцијални сукоб интереса повећава се путем употребе кумулативних провизија – споразума између посредника или агената и осигуравача где се проценат провизије повећава у зависности од обима или квалитета ризика које посредник усмерава одређеном осигуравачу. Планирање ових награда представља моћан економски метод да брокери и агенти пласирају у осигурање ризике код осигуравача који нуде најбоље споразуме о награђивању, можда и супротно најбољој вредности за клијенте (Kochenburger, et al., 2010, 10).

Из наведених разлога јасно је да савесно поступање и законом уведена обавеза пријављивања такве врсте провизије уговарачу осигурања који је ангажовао посредника да прибави понуде за осигурање има за циљ заштиту интереса потрошача услуга посредника. Са друге стране, јасно је да посредник у осигурању који је уговорио такву врсту провизије неће информисати уговарача осигурања о томе, јер би у противном уговарач осигурања имао *carte blanche* за отказивање налога за посредовање и / или одштетни захтев од посредника, који би у том случају трпео и мере које би му изрекао надлежни надзорно-регулаторни орган. Зато се код примене наведене одредбе намеће проблем како ће уговарач осигурања моћи да докаже незаконито поступање посредника који му је прећутао да је за себе уговорио неувобичајено високу провизију. Друго, незаконито поступање могао би да утврди надзорни орган у контроли пословања посредника, али се поставља питање колико временски дуго после закључења и извршења уговора о посредовању ако нема приговора на поступање посредника. Због тога не чуди да су уговарачи осигурања, пензијски фондови и друге организације у САД покренули тужбе против брокера осигурања због увећаних провизија само неколико недеља пошто је јавни тужилац поднео захтев за заштиту законитости против водећих брокера у осигурању (Kochenburger, et al., 2010, 11). Практично, уговарачи осигурања су сазнали да су брокерима плаћали увећане провизије тек после реакције надлежног органа и његовог налаза да је до тога дошло. И поред тога, упоредни правни системи баве се обавезом обавештавања уговарача о провизији посредника као пожељним надзорним решењем у односу на потенцијални сукоб интереса, пре него да уводе оштра ограничења као што је забрана увећаних провизија или ограничење њихове примене (Kochenburger, et al., 2010, 20).

### 3.3. ОБАВЕЗА ПРУЖАЊА ИНФОРМАЦИЈА

#### 3.3.1. Србија

Законом о осигурању из 2014. године преузета су решења релевантне Директиве о посредовању у осигурању из 2002. године, али је законодавац примену правила о обавези давања и садржини информација, поред друштава за посредовање, проширио и на друштва за заступање у осигурању и заступнике у осигурању. Према правилима из

наведеног Закона, друштва за заступање и друштва за посредовање дужна су да, пре закључења уговора о осигурању, као и при измени и / или допуни, односно продужењу тих уговора, обавесте уговарача осигурања о:

1. свом пословном имену, седишту и адреси седишта;
2. регистру надлежног органа у који су уписани и начину провере регистрације;
3. називу друштва за осигурање с којима имају закључен уговор;
4. томе да имају непосредно или посредно право или могућност да остваре 10% или више гласачких права, односно власништво над 10% или више основног капитала у друштву за осигурање с којим ће бити закључен уговор о осигурању;
5. томе да друштво за осигурање с којим ће бити закључен уговор о осигурању или матично друштво тог друштва имају непосредно или посредно право или могућност да остваре 10% или више гласачких права, односно власништво над 10% или више основног капитала у друштву за посредовање;
6. начину заштите његових права и интереса код тог лица;
7. називу, седишту и адреси органа надлежног за надзор над пословањем тог лица, као и о начину заштите његових права и интереса код тог органа.

Текст и садржај обавештења морају бити написани прегледно и разумљиво и састављени на српском језику. Друштво за посредовање у осигурању и лица која обављају делатност заступања у осигурању, дужни су да обавештења достављају у писменој форми или на другом трајном носачу података који уговарачу осигурања / осигуранику омогућава да сачува податке, да тим подацима приступи и да их репродукује у неизмењеном облику у периоду који одговара сврси чувања. Такође, све информације које ови субјекти саопштавају потенцијалним уговарачима осигурања преко средстава јавног информисања морају бити тачне, целовите и јасне, морају се заснивати на поузданим подацима, не смеју прикривати праву сврху таквог информисања, нити на било који начин доводити у заблуду примаоце тих информација.

Регулисањем обавеза заступника и посредника у осигурању на информисање уговарача осигурања се делимично попуњава правна празнина која је постојала од доношења ЗОО. Међутим, тим одредбама нису регулисани и неки други аспекти посредовања у осигурању, као ни у Преднацрту Грађанског законика Републике Србије из децембра 2014. године који је, изузев новог члана посвећеног питању када

посредник нема право на накнаду и накнаду трошкова у чл. 1051, практично преузео постојећа решења ЗОО. Од коликог је значаја било да се унесу одредбе о посреднику осигурања говори такође околност да се на њих као специфичну врсту посредника, имајући у виду посебне особине природе уговора о осигурању у чијем закључењу посредују, не могу аналогijом примењивати одредбе Преднацрта о обавезама и правима посредника установљеним у одредбама које се односе на посреднике у уговору о посредовању општег типа. Те одредбе су прилагођене да одговарају посредницима који повезују налогодавца са трећим лицима ради закључивања уговора о продаји робе и робних услуга (Славнић, 2013, 285). У прилог ове тврдње може се навести следеће: право посредника у осигурању на провизују, коју скоро увек плаћа осигуравач, док је код општег уговора о посредовању то увек обавеза налогодавца (чл. 1047 Преднацрта) и обавеза посредника да штити интересе налогодавца (чл. 1050, ст. 2 Преднацрта), која је код уговора о посредовању у осигурању повезана са обавезама посредника да саветује осигураника и обавезом осигураника да пријави све битне информације о уговору који закључује, без обзира од кога је посредник у осигурању добио налог за посредовање.

### 3.3.2. Немачка

У Немачкој, истовремено са доношењем Закона о уговору о осигурању и Уредбе о обавези информисања код уговора о осигурању, донета је и Уредба о посредовању и саветовању у осигурању, која је објављена 15. маја 2007. и измењена 1. априла 2015. године.<sup>66</sup> У њој су, поред статусних питања посредника и саветника за осигурање, као што су провера стручности, регистар посредника и обавезно осигурање од одговорности, уређене и неке облигационо-правне обавезе посредника и саветника осигурања: обавеза информисања осигураника (чл. 11), обавеза посредника да обезбеди плаћања која прима у корист осигураника и забрана и надзор забране провизије за саветника осигурања (чл. 12 до 17). Истичемо да обавеза информисања осигураника обухвата саопштавање појединости уговора које се осигуранику морају саопштити без обзира на врсту осигурања. За разлику од Уредбе која регулише садржину обавезе

---

<sup>66</sup> *Versicherungsvermittlungsverordnung vom 15. Mai 2007 (BGBl. I S. 733, 1967), die zuletzt durch Artikel 2 Absatz 34 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist.*

посредника у осигурању на информисање свог клијента, Закон о уговору о осигурању регулишу обавезу посредника у осигурању на обавештавање и саветовање осигураника.

На основу поређења садржине информација са којима посредник у осигурању има обавезу да пружи уговарачу осигурања у српском и немачком праву, уочљиво је да поред информација које су обавезне у српском праву, да је немачки законодавац посебну пажњу посветио информацијама које су битне за успостављање и одржавање комуникације уговарача осигурања према посреднику. Зато је на основу чл. 11 наведене Уредбе, посредник дужан да осигураника обавести о свом телефонском броју и / или интернет адреси. Осим тога, немачки посредник у осигурању је дужан да свог клијента обавести о адреси арбитражног органа пред којим се решавају спорови.

Према Закону о уговору о осигурању, у зависности од тежине ситуације, посредник је дужан да за осигураника процени понуђено осигурање или да, ако личност осигураника и његова ситуација дају за то повода, испита његове жеље и потребе и да га саветује, имајући такође у виду одговарајући однос трошкова саветовања и премије коју осигураник треба да плати, као и да наведе разлоге за сваки савет који је дат у вези са одређеним осигурањем. Он је дужан да ово документује, узимајући у обзир сложеност понуђеног уговора о осигурању. Осигураник се може одрећи права на савет и примање документације посебном писменом изјавом у којој га посредник осигурања мора изричито упозорити да одрицање може бити за њега штетно, ако тражи накнаду штете од посредника осигурања.

Информације се могу усмено доставити, ако осигураник то жели или ако осигуравач обезбеђује привремено покриће. У овим случајевима се информације достављају осигуранику након закључења уговора, а најкасније са предајом полисе осигурања, изузев уговора о привременом покрићу код обавезних осигурања.

Обавеза посредника на информисање свог клијента не важи у случају посредовања у осигурању великих ризика, текућег осигурања и посредовања у реосигурању (немачка Уредба о обавези информисања код уговора о осигурању, 2007, чл. 17).

### *3.3.3. Француска*

У Француској су обавезе посредника на информисање уговарача осигурања регулисане свега једним чланом, чл. 520-1 Законика о осигурању. Према тој одредби,

пре закључења уговора о осигурању, посредник је дужан да потенцијалном уговарачу осигурања достави информације у вези са својим идентитетом, подацима о регистрацији, процедури улагања приговора и њиховог решавања, као и о постојању финансијских веза са једним или више друштава за осигурање, ако оне постоје.

За разлику од немачког права, у француском праву посебно је регулисана обавеза посредника на информисање код колективног осигурања живота, где је посредник дужан да уговарача обавести о продужењу или измени уговора. Са друге стране, Закоником о осигурању прописано је да се детаљи примене горе наведених правила ближе регулишу Декретом Државног савета бр. 2006-1091 од 30. августа 2006. године о посредовању у осигурању и измени Законика о осигурању (*Décret n° 2006-1091 du 30 août 2006 relatif à l'intermédiation en assurance et modifiant le code des assurances /partie réglementaire/*).

Информације које посредник даје свом клијенту морају бити јасне и прецизне. Комуникација се може обављати у папирном облику или на другом трајном медијуму којем клијент може да приступи. Ако осигураник то захтева или је потребно закључити привремено покриће, посредник је овлашћен да клијенту информише усменим путем, при чему има обавезу да клијенту достави те информације у папирном облику или на другом трајном медијуму одмах после закључења уговора (француски Декрет, 2006, Р 520-2).

Сва преписка или рекламе посредника у осигурању, без обзира на медиј, мора да садржи његово име или назив друштва за посредовање, седиште и регистрациони број, као и назив друштва за осигурање које је дало понуду за осигурање (француски Декрет, 2006, Р 520-3). Правила о обавези посредника да информише уговарача не примењују се на осигурање великих ризика и реосигурање (француски Законик о осигурању, чл. 520-2).

#### 4. ЗАШТИТА ЛИЧНИХ ПОДАТАКА КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА

Република Србија је први пут донела Закон о заштити података о личности 1998. године, да би са последњим изменама прописа при Савету Европе наша држава 2005. године потписала Конвенцију о заштити појединаца у вези са аутоматском обрадом података о личности,

Уставом Републике Србије из 2006. године изричито је зајемчена заштита података о личности (чл. 42) и утврђено да се прикупљање, држање, обрада и коришћење података о личности уређују законом. Такође, забрањена је и кажњива употреба података о личности изван сврхе за коју су прикупљени, у складу са законом, осим за потребе вођења кривичног поступка или заштите безбедности Републике Србије, на начин предвиђен законом, а са друге стране, свако има право да буде обавештен о прикупљеним подацима о својој личности, у складу са законом, и право на судску заштиту због њихове злоупотребе.

Закон о заштити података о личности од 27. 10. 2008<sup>67</sup>, дефинише обраду података као сваку радњу предузету у вези са подацима без обзира да ли се обрада врши аутоматски, полуаутоматски или на други начин (Закон о заштити података о личности, 2008, чл. 3, ст. 1, тач. 3). Радња обраде података односи се на: прикупљање, бележење, преписивање, умножавање, копирање, преношење, претраживање, разврставање, похрањивање, раздвајање, укрштање, обједињавање, уподобљавање, мењање, обезбеђивање, коришћење, стављање на увид, откривање, објављивање, ширење, снимање, организовање, чување, прилагођавање, откривање путем преноса или на други начин чињење доступним, прикривање, измештање и на други начин чињење недоступним, као и спровођење других радњи у вези са наведеним подацима, без обзира да ли се врши аутоматски, полуаутоматски или на други начин.

Према Закону о заштити података о личности Републике Србије, прикупљање и обрада осетљивих података о личности као што су они који се тичу пола и здравственог стања лица које представља битну чињеницу у осигурању лица, подлеже претходном прибављању писменог пристанка лица чији се подаци прикупљају или обрађују (чл. 16 и 17). Физичко лице писмени пристанак даје слободно својом вољом, што значи да има право да га ускрати, односно одбије да га да и не закључи уговор којим овлашћује осигуравача да обрађује податке који се тичу личности осигураника. Оно мора да буде одређено, јер се тиче обраде података у вези са тачно одређеним уговором – уговором о осигурању. Ипак, исти закон наводи случајеве релевантне за осигурање, у којима се не мора тражити писмени пристанак лица (Закон о заштити података о личности, 2008, чл. 12, ст. 1, тач. 2 и 3). Тако се писмени пристанак на прикупљање и обраду података о личности не мора тражити:

---

<sup>67</sup> Закон о заштити података о личности, *Службени гласник РС*, бр. 97/2008 и 107/2012. Закон је ступио на снагу 4. новембра 2008. године, а на основу његовог чл. 63 почео је да се примењује од 1. јануара 2009. године.

- 1) када је то неопходно „у сврху извршења обавеза одређених законом, актом донетим у складу са законом или уговором закљученим између лица и руковоаца, као и ради припреме закључења уговора” и
- 2) у другим случајевима одређеним наведеним законом или другим прописом донетим у складу са истим законом, ради остварења претежног оправданог интереса лица, руковоаца или корисника.

Горе наведено ослобађање пружаоца услуге осигурања од обавезе прибављања писменог пристанка на прикупљање и обраду података о личности може да представља опасност по личне податке корисника услуге осигурања због уопштеног овлашћења прикупљања и обраде података лица „ради остварења оправданог интереса ... корисника.” Делује дискутабилно да ли је пружалац услуге осигурања, у својству руковоаца података, овлашћен да одређује шта је интерес корисника услуге осигурања.

Поставља се питање какве последице имају различита тумачења наведених основа за прикупљање и обраду података без писменог пристанка физичког лица. У правној теорији указано је на следеће две врсте проблема у вези са правом лица на заштиту података о личности (Јовановић, 2009, 386): „У првом случају постоји дилема да ли само на основу уговора о осигурању осигуравач има слободу обраде података без пристанка или је неопходно да са својим осигураником закључи уговор када жели да прибави податке личне природе и, ако је то тако, да ли је довољан само један уговор који ће покривати све врсте информација о лицу/има или је потребно у сваком појединачном случају, околности или врсти информације о лицу, неопходно прибављати писмени пристанак физичког лица. Овде се поставља такође и питање да ли пуномоћ коју добије осигуравач мора да буде тачно одређена за прикупљање или обраду неке информације или је довољно и генерално овлашћење на прикупљање свих релевантних информација које се тичу односа осигурања. У другом случају постоје другачији проблеми. Обавези осигураника да пријави штету осигуравачу одговара супротни интерес и право осигуравача које му даје Закон о облигационим односима да докаже да је штета настала услед неосигураног ризика или намерним поступком осигураника. Зато се, *prima facie* не може доводити у питање ово право осигуравача према ЗОО, али се истовремено поставља питање да ли се у сваком случају ради о оправданом интересу осигуравача који жели да докаже превару осигураника или постојање неке друге околности која искључује његову обавезу према осигуранику.”



Трећи део

**ЗЛОУПОТРЕБА ЈАЧЕ УГОВОРНЕ СНАГЕ**

# 1. НЕПРАВИЧНЕ УГОВОРНЕ ОДРЕДБЕ

## 1.1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Питање моралности изнова се отвара у свим сферама друштвеног и пословног живота, а у осигурању безвремени проблем моралности добија нову димензију почетком светске финансијске кризе. Иако се неморално понашање у осигурању може посматрати из угла осигураника и осигуравача, за потребе овог рада ми ћемо се ограничити само на случајеве неморалних поступака осигуравача. Западне филозофије просветљености баве се потребом личне слободе и наглашавају етику моралног самоодређења која води ка егоизму и моралном релативизму (Јовановић, 2013а, 174). У том смислу, акционарска парадигма својствена друштвима за осигурање логична је последица коју су она прихватила и која остварење максималног профита поставља као примарни циљ уз истовремено запостављање обавеза према друштву и поступање према ужем оквиру моралних стандарда (Pelgrin, 2008, 14).

Практично, друштвено одговорно понашање правних лица може се посматрати како у односу према сопственим акционарима, тако и према друштвеној заједници у којој она послују и својим клијентима који су са њима закључила уговоре. У свим наведеним случајевима, како се наводи у правној теорији, правна лица се понашају друштвено одговорно ако испуњавају следећа два услова: Прво, они се морају уздржавати од намерног проузроковања штете акционарима, инвеститорима, запосленима, потрошачима, добављачима или локалној заједници. Друго, ако предузму неку радњу која би могла да доведе до негативних последица или проузрокује штету, као и у случају настанка штете, они би морали да изврше исправку таквог понашања или поправку настале штете кад год за њу буду сазнали (Јовановић, 2013а, 176). При свему томе, корективне радње, у складу са принципом савесности и поштења, могу се предузети добровољно или као реакција на неку врсту захтева или подстицаја, као што су морална скрупула, нормативни притисак, законске санкције, прописи о надзору, судска решења и слично.

Схватајући значај заштите слабије уговорне стране у правном промету, још су крајем 70-тих и почетком 80-тих два програма Европске економске заједнице за

заштиту потрошача и политику информисања<sup>68</sup> истакла значај заштите потрошача у области неправичних уговорних клаузула, те је зато сматрано да ова заштита треба да се пружи путем будућих закона и подзаконских аката и постојећих подзаконских аката који су или уједначени на Комунитарном нивоу или донесени на националном нивоу од стране држава чланица. У складу са принципом из поглавља „Заштита економских интереса потрошача”, како је наведено у тим програмима: „купац роба и услуга треба да буде заштићен од злоупотребе моћи од стране продавца или даваоца услуге, посебно од једностраних формуларних уговора и неправичних искључења основних уговорних права. Будући да се већина уговора о осигурању заснива на општим условима и клаузулама осигурања, а правила о заштити потрошача о клаузулама злоупотребе примењују на све уговорне односе, ова правила могу да врше посебно важан утицај код уговора о осигурању (Borselli, 2011, 29–35).

Нема сумње да је правни положај потрошача постао један од најважнијих тема на тржишту осигурања у целој Европи. Ово се односи на све аспекте који могу да буду проузроковани или да су повезани са макроекономским и микроекономским изазовима и променама на тржиштима (OECD, 2012, 7). Положај потрошача снажно је повезан са потребом да потрошачи уживају коректан и транспарентан третман у свим уговорним односима, укључујући и продају ствари и пружање услуга (Tarasiuk-Flodrowska, 2014, 22).

Код обичних формуларних уговора уговорне стране могу да измене клаузуле уговора и да их прилагоде својим потребама, по чему се разликују од адхезионих уговора код којих то није могуће. Понекад је тешко да се направи разлика између адхезионог уговора и обичног формуларног уговора јер се често овај други претвара у адхезиони, у ситуацији када једна уговорна страна није у могућности да захтева да се изврше било какве измене у припремљеном формулару (Вилус, 1976). Општи услови су део уговора и сматра се да представљају попис уговорних клаузула, док формуларни уговори представљају потпун текст уговора. У пракси се користи читав низ термина за ове уговоре као синоними, као што су: типски, стандардни, адхезиони, општи услови, општи услови пословања. У Скици за Законик о облигационим односима проф. Констатиновић је формулисао израз „општи услови формуларних уговора” који на најбољи начин одражава пословну праксу. Овај израз је добар јер обједињује и формуларне уговоре и опште услове и дефинише да се не ради о било каквим општим

---

<sup>68</sup> OJ No C 92, 25. 4. 1975, и OJ No C 133, 3. 6. 1981.

условима, већ о оним који су унапред састављени и апстрактно ће се применити на неодређени број случајева, односно конкретних уговора у будућности.

Приликом закључења формуларних уговора разлика у уговорној снази може довести до правне и стварне неједнакости уговорних страна, посебно приликом закључења потрошачких уговора. Страна која саставља текст формуларног уговора је у позицији да другој уговорној страни наметне клаузуле које су за њу неповољне. Опште је познато да осигуравачи доносе услове осигурања којима стандардизују обим ризика и на општи начин одређују садржину уговора о осигурању. Добра пракса осигурања захтева да постоје стандардне дефиниције услова и термина у оквиру општих услова везаних за полису, с тим да оне морају бити јасне и недвосмислене. Општи и посебни услови морају бити сачињени тако да буду јасни и прецизни, кохерентни и транспарентни, лако разумљиви, да су сачињени у доброј вери у смислу праведног регулисања односа уговорних страна, и да не укључују неке друге услове или документа који нису уговарачу осигурања предати приликом закључења уговора.

У циљу спречавања неповољних дејстава формуларних уговора по слабију уговорну страну, прописима се редовно регулишу правни инструменти који одређују границе слободе уговорне стране у вези са одређивањем садржаја формуларних уговора. Постизање овог циља се обезбеђује прописивањем правила која морају бити испуњена да би општи услови могли бити сматрани саставним делом формуларног уговора и обавезивали страну која му је приступила, затим правилима о односу општих услова и посебно уговорених клаузула, посебним правилима за тумачење ових уговора и њихових општих услова и правилима о неважности појединих клаузула у овим уговорима.

Како уговор представља по дефиницији сагласност слободних воља лица која га закључују, у погледу формуларних уговора се примењују посебна правила тумачења и другачији стандарди заштите уговорне стране која приступа уговору. Постоје два правна система у вези са начином на који се утврђује неважност уговорних клаузула које су састављене искључиво од стране једне уговорне стране. Према првом, општом нормом се прописују услови неважности клаузула општих услова, док по се по другом користи метод набрајања клаузула које се сматрају неважећим. За ова два система се сматра да имају одређених недостатака због чега је оцењено да је комбинација ових метода коју користе поједине регулативе најбоља техника (Иванчевић, 2009, 401).

Када се ради о општим, посебним и додатним условима осигурања и другим документима који описују производе осигурања, услове и тарифе у појединачним

случајевима, као и кратке приказе полиса, а поштујући принцип транспарентности, друштва за осигурање би требало да наброје сва битна и неуобичајена искључења посебних случајева који нису обухваћени полисом. Навођење случајева које не обухвата полиса треба да буде јасно, недвосмислено и да не доводи у заблуду осигураника, односно клијента.

Такође, транспарентни и поштени услови осигурања треба да приликом коришћења техничких термина, узимају у обзир да ли ће клијент разумети њихово значење (да ли је њихово коришћење неопходно, да ли су сва објашњења дата на српском језику, могу бити и вишејезична, да ли су сви технички термини јасно дефинисани и објашњени).

## 1.2. ДЕФИНИЦИЈА НЕПРАВИЧНЕ УГОВОРНЕ ОДРЕДБЕ У ПРАВИМА ЕУ И СРБИЈЕ

Директива Савета 93/13/ЕЕЦ од 5. априла 1993. године о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора садржи дефиницију „неправичне (уговорне – прим. аут.) одредбе” у чл. 3, ст .1: „Уговорна одредба која није посебно уговорена сматраће се неправичном ако, супротно савесности и поштењу, доводи до битне неједнакости у правима и обавезама странака из уговора на штету потрошача.”

Ова дефиниција допуњена је другом одредбом (чл. 4, ст .1) која прописује да се „оцена неправичности уговорне одредбе не примењује на главни предмет уговора или на адекватност цене и надокнаде за испоручену робу или пружене услуге, под условом да је клаузула формулисана једноставним и разумљивим језиком.” Као што је претходно објашњено, питање разумљивости језика увек је важан показатељ за оцену да ли нека уговорна одредба има својство неправичности и представља злоупотребу јачег уговорног положаја. Такође, преамбула бр. 19 Директиве прописује начин на који се врши оцена правичности неке уговорне одредбе. У смислу предметне директиве, „оцена неправичног карактера неће се вршити изразима који описују предмет уговора, нити однос квалитет / цена робе или услуга. Међутим, предмет уговора и однос квалитет / цена се може узети у обзир приликом оцене правичности других клаузула, из чега се може закључити да у уговорима о осигурању клаузуле које јасно дефинишу или ограничавају осигурани ризик и обавезу осигуравача не могу да буду предмет те оцене.

Ово због тога што су та ограничења узета у обзир приликом израчунавања премије коју плаћа потрошач.”

Према чл. 6 Директиве „Државе чланице имају обавезу да пропишу да неправичне клаузуле употребљене у уговору који је продавац или давалац услуге закључио са потрошачем неће, ако је прописано националним правом, обавезивати потрошача и уговор ће наставити да производи обавезе за уговорне стране по уговореним условима уколико је то могуће без примене неправичних одредби.”

На основу горенаведеног, без озбира на то да ли се уговорна одредба може сматрати неправичном или непоштеном клаузулом, за потребе овог рада сматраћемо да оба израза имају исто значење.

Иако наведена Директива даје дефиницију и елементе за одређивање да ли је нека уговорна одредба неправична, судећи по пракси Европског суда правде, нека питања ће морати да решавају национални судови држава чланица полазећи од околности сваког конкретног спора. Такав је став заузео Европски суд правде када је одбио да се изјашњава по питању да ли уговорна одредба доводи до битне и неоправдане равнотеже у правима и обавезама уговорних страна, у смислу дефиниције неправичне уговорне одредбе из чл. 3, ст. 1 Директиве,<sup>69</sup> које је 2002. године поставио немачки Савезни суд правде.

Парадоксално звучи да разумевање судова у вези са неком неправичном уговорном одредбом у државама чланицама може да се разликује од дефиниције из наведене Директиве. У неколико правних система само клаузуле садржане у појединим врстама уговора могу се сматрати неправичном клаузулама (*Ending Abusive Clauses in Consumer Contracts*, 2011, 83). На пример: само клаузуле из уговора закључених између потрошача и предузетника, а о којима није посебно преговарано, могу се анализирати и тек после тако извршене анализе третирати неправичном клаузулом. Због тога не постоји једнообразан приступ у примени Директиве у бројним државама чланицама ЕУ, највише због разлика у бројним областима, укључујући и примену дефиниције, спискова клаузула злоупотребе и врсти клаузула које се могу оцењивати из угла степена њихове неправичности (Tarasiuk-Flodrowska, 2014, 24).

Значај Директиве 93/13/ЕЕЦ у контексту осигурања кредита је блиско повезан са приговорима на непоштене услове под којима се продају ови производи осигурања, које је утврдила ЕАНОПФ (*Third Consumer Trends Report*, 2014, 20).

---

<sup>69</sup> ECJ 1 April 2004, Case C-237/02, *Freiburger Kommunalbauten GmbH Baugesellschaft & Co KG v. Ludger Hofstetter und Ulrike Hofstetter*, [2004] ECR I-02403, стр. I – 3421, ст. 18.

Непоштене уговорне одредбе биле су основ за бројне одштетне захтеве у осигурању кредита у националним правним системима али су неки од тих спорова дошли до Суда правде ЕУ (даље у тексту: СПЕУ). Један од недавних и највише цитираних спорова у вези са осигурањем кредита а тиче се Директиве 93/13/ЕЕЦ је спор бр. Ц-96/14<sup>70</sup> који се односи на уговор о колективном осигурању који је требало да покрива враћање кредита у случају наступања потпуне радне неспособности. Предмет спора није био сам у вези са дефиницијом „трајне делимичне радне неспособности” већ и поводом обима осигуравајућег покрића у вези са правилима о непоштеним уговорним одредбама. Суд је истакао да се „уговорне одредбе које се тичу главног предмета уговора о осигурању могу сматрати да су сачињене једноставним и разумљивим језиком ако су оне граматички разумљиве потрошачу, али и транспарентно формулисан одређен начин функционисања уговора о осигурању имајући у виду уговорни оквир чији су они део тако да потрошач може да оцени, на основу прецизних и разумљивих критеријума, економске последице које проистичу по њега. Ако то није случај, национални суд може да оцени да ли се ради о могућој непоштености употребљене уговорне одредбе.”

Приликом дискутовања о предмету непоштености и читљивости уговорне одредбе услова осигурања, СПЕУ је такође заузео још један став по којем то може да буде веома битно из угла продаје осигурања кредита: „чињеница да уговор о осигурању представља део уговорног оквира заједно са уговорима о кредитима такође би могло да буде од значаја у датом контексту. Због тога од потрошача се не може захтевати да примењује исту пажњу у погледу обима ризика покривених уговором о осигурању као што би имао да је одвојено закључио уговор о осигурању и уговор о кредиту.”

Закон о заштити потрошача Републике Србије практично је, у чл. 43, ст. 2, преузео дефиницију неправичне уговорне клаузуле из наведене Директиве тако да је „неправична уговорна одредба (је) свака одредба која, противно начелу савесности и поштења, има за последицу значајну несразмеру у правима и обавезама уговорних страна на штету потрошача.”

У наредним излагањима осврнућемо се на дефиниције неправичне уговорне одредбе у одређеном броју правних система држава чланица Европске уније.

---

<sup>70</sup> Пресуда Европског суда правде од 23. априла 2015 у спору *C-96/14 Jean-Claude Van Hove v CNP Assurances SA*.

### 1.3. ПРИМЕНА ДИРЕКТИВЕ О НЕПРАВИЧНИМ УГОВОРНИМ ОДРЕДБАМА У НЕКИМ ДРЖАВАМА ЧЛАНИЦАМА ЕУ

Пре доношења и примене Директиве о неправичним уговорним одредбама у потрошачким уговорима, у неким државама чланицама ЕУ (на пример, земље западног Балкана, прибалтичке државе, Малта, Италија, Ирска, Естонија, Чешка) нису постојали прописи који су регулисали ову важну област (Schulte-Nölke, et al. 2008). Неке државе чланице ЕУ имале су раздвојене прописе о употреби неправичних уговорних одредби у уговорима још пре доношења предметне Директиве (Schulte-Nölke, et al. 2008). На пример, Немачка је на обиман начин регулисала ову област још 1977. године Законом о регулисању права општих услова пословања (*Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen*), док је Велика Британија усвојила Закон о неправичним уговорним одредбама 1977. године (*Unfair Contract Terms Act*), којима је регулисала забрану уговорних одредби којима се ограничава или искључује уговорна обавеза, да би 1994. године донела Уредбу о неправичним уговорним одредбама у потрошачким уговорима, која је иновирана 1999. године (*The Unfair Terms in Consumer Contracts Regulations*), јер се сматрало да претходном није у довољној мери спроведена релевантна Директива ЕУ. Француска је 1993. године доношењем Законика о потрошачима (*Loi n° 93-949 du 26 juillet 1993 relative au code de la consommation*) објединила одредбе претходно донетих прописа у вези са заштитом потрошача. У Пољској је постојао већи број прописа о неправичним уговорним одредбама у пољском Закону о облигацијама, али су се они разликовали од Директиве (Tarasiuk-Flodrowska, 2014, 24).

Са друге стране, у правној теорији је изражена сумња да извешан број правила и принципа није доследно спроведен у неким националним правима, као што је на пример, принцип транспарентности из чл. 5 Директиве. Истиче се да одредба тог члана није изричито пренета у Чешкој, Естонији, Грчкој, Мађарској, Луксембургу и Словачкој (Ebers, 2008b, 342).

Ипак, било је и примера да нека држава чланица није спровела одређене одредбе Директиве, као што је то утврдио Европски суд правде у случају Краљевине Холандије у вези са чл. 4, ст. 2 Директиве<sup>71</sup> на захтев Европске комисије, док је у случају Краљевине Шведске Европска комисија захтевала од Европског суда правде да донесе

---

<sup>71</sup> ЕСЈ 10 Мај 2001, C-144/99 Commission of the European Communities v Kingdom of the Netherlands ECR [2001] I-03541.



одлуку да она није спровела чл. 3, ст. 3 Директиве ни у једном пропису није усвојила листу неправичних уговорних одредби. У конкретном спору захтев Европске комисије је одбачен јер је листа неправичних уговорних одредби била наведена у објашњењу разлога за доношење Закона о уговорним одредбама у односима са потрошачима приликом његовог доношења.<sup>72</sup>

У наредним излагањима анализираћемо примену предметне Директиве ЕУ у правним системима Велике Британије, Немачке и Француске.

### *1.3.1. Велика Британија*

Иако се одређене одредбе Закона о неправичним уговорним одредбама не примењују на уговор о осигурању, овај Закон је веома важан због правила на основу којих се врши оцена правичности уговорне одредбе којом се ограничава или искључује уговорна обавеза. У складу са тим Законом, терет доказивања да је спорна уговорна одредба правична узимајући у обзир околности које су биле познате или требало да буду познате уговорним странама или које су уговорне стране имале у виду у тренутку закључења уговора, је на осигуравачу (Закон Велике Британије о неправичним уговорним одредбама, 1977, чл. 11, ст. 1). Поред тога, осигуравач мора да докаже да је правична уговорна одредба о ограничењу или искључењу његове уговорне обавезе у целини, а не само један њен део (Clarke, 1997, 509). Неки од фактора на основу којих се утврђује правичност уговорне одредбе су: (1) утврђивање да ли је осигураник: а) знао или требао да зна да може да закључи сличан уговор са другим осигуравачем без обавезе да се сагласи са конкретним искључењем, б) имао искуства у пословима те врсте и в) поуздао се у савет друге стране – осигуравача; (2) да ли је уговорна одредба уобичајена и њена примена широко распрострањена код осталих осигуравача; и (3) постојање претходне праксе ликвидације одштетног захтева без позива на искључење или ограничење обавеза осигуравача (Clarke, 1997, 510).

Уредбом о неправичним уговорним одредбама у потрошачким уговорима из 1999. године прописани су услови под којима се сматрају ништавим уговорне одредбе по којима трговци стичу одређене предности на штету интереса потрошача. Стандардни обрасци уговора такође су регулисани том Уредбом. И, уместо да се Закон

---

<sup>72</sup> ECJ 5 July 2002, *Commission v. Kingdom of Sweden*, C-478/99, ECR 2002 I-041047.

о неправичним уговорним одредбама из 1977. године измени и прилагоди тако да спроведе одредбе Директиве, законодавац се у Великој Британији одлучио да то учини Уредбом која се, у одређеној мери, преплиће са одредбама поменутог Закона.

Уредба из 1999. године практично је, у чл. 5, преузела дефиницију неправичне уговорне одредбе из Директиве, када се нека уговорна одредба у свим уговорима сматра неправичном, правило по којем ништавост једне или више неправичних уговорних одредби не утиче на пуноважност преосталог дела уговора, као и то да је обавеза трговца – осигуравача да докаже да је спорна уговорна одредба правична.

С обзиром да су државе чланице Директивом биле обавезане да установе орган који ће бити овлашћен за разматрање и решавање приговора о неправичности уговорних одредби, наведеном Уредбом прописано је да Генерални директор Дирекције за правичну трговину при Министарству трговине и индустрије решава приговоре о неправичности уговорних одредби сачињених за општу примену, осим ако је приговор који му је поднет неозбиљан или провокативан. Уредба је прописала и алтернативне органе за исту сврху, као што су: повереник за заштиту података, генерални директор за електроснабдевање, генерални директор за снабдевање гасом, као и разна удружења потрошача. Уколико неки од, Уредбом прописаних, алтернативних органа обавести Генералног директора Дирекције за правичну трговину да је сагласан да решава приговор, Генерални директор неће разматрати поднети приговор.

Без обзира који орган решава приговор, он је обавезан да образложи своју одлуку да захтева или не захтева забрану примене неправичне уговорне одредбе, при чему може да анализира пословање неког привредног друштва на које му је указало лице које је поднело приговор, у вези са устаљеном применом предметн уговорне одредбе у уговорима које то друштво закључује са потрошачима (Уредба о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора, 1999, чл. 10, ст. 2 и 3).

Списак неправичних уговорних одредби из Додатка II Уредбе је, у складу са принципом из Директиве, индикативан и отворен у вези са различитом садржином уговорних одредби које су супротне правилима о правичности, а које се у пословној пракси могу појавити поред, у списку, наведених одредби.

### 1.3.2. Немачка

Немачка је по први пут детаљно регулисала област заштите од неправичних уговорних одредби још Законом од 9. децембра 1976. године (BGBl. 1976, 1, стр. 3317) о регулисању одредби општих услова пословања (*Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen*) којим се штите сва физичка и правна лица (укључујући и предузетнике) од стандардних уговорних одредби које је унапред саставила друга уговорна страна (Schulte-Nölke, et al. 2008, 82). Поред наведеног, донет је и читав низ других закона (о продаји ван пословних просторија, уговорима о продаји на даљину, временски подељеном коришћењу некретнина и уговорима о потрошачким кредитима) који су сви интегрисани у немачки Грађански законик, његовим изменама и допунама које су ступила на снагу 1. јануара 2002. године.

Правила о неправичним одредбама потрошачких уговора садржана су у чл. 305–310 Грађанског законика. Поред преузимања дефиниције неправичне уговорне одредбе из Директиве из 1993. године, немачко право је још чл. 9 Закона о регулисању одредби општих услова пословања из 1976. године увело појам „неоправдане препреке” (немачки Грађански законик, 2002, чл. 307, ст. 1) по којем она може да настане због двосмислене и неразумљиве одредбе. С обзиром на висок степен апстракције одредби Грађанског законика, претходно правило је допуњено и одредбом да се, у случају сумње, неоправданом препреком сматра уговорна одредба која није у складу са основним принципима законске норме од које уговорна одредба потиче или ако уговорна одредба ограничава основна права или обавезе типичне за природу датог уговора, због чега је угрожена могућност остварења његове сврхе.

Немачко право разликује релативно и апсолутно забрањене уговорне одредбе, при чему је код првих дозвољено доказивање правичног карактера уговорне одредбе, док су у другом случају уговорне одредбе прописане законом апсолутно ништаве због неправичног карактера и, као такве, њихова примена потпуно забрањена.

Грађански законик прописује мањи број релативно забрањених уговорних одредбе од апсолутно забрањених, као што ћемо видети у даљим излагањима. Релативно забрањене уговорне одредбе односе се на:

1. Резервисање права на неоправдано дуге и неефикасне рокове за прихват или одбијање понуде или извршење уговора, с тим да се тиме не укида право на одустајање од закљученог уговора према чл. 355;

2. Резервисање неоправдано дугог и несврсисходног додатног рока за извршење уговорне обавезе;
3. Резервисање права на ослобађање од обавезе извршења уговора (изузев трајних обавеза), без објективно оправданог разлога наведеног у уговору;
4. Резервисање права на измену или одступање од уговорене обавезе, осим у оправданим случајевима;
5. Уговорне одредбе којима се сматра да је друга страна примила изјаву о извршењу или пропуштању одређене радње, осим ако (а) другој уговорној страни није остављено довољно време да се о томе изјасни и (б) ако је слабија уговорна страна посебно истакла намеравану сврху његовог понашања на почетку рока;
6. Уговорна одредба по којој се сматра да је друга страна примила изјаву од посебног значаја;
7. Уговорна одредба по којој у случају раскида или отказа уговора има право да захтева (а) неоправдано високу накнаду за уживање или употребу ствари или права или извршену радњу, или (б) неоправдано високу надокнаду трошкова;
8. Уговорна одредба о ослобађању извршења уговорне обавезе, ако се уговорна страна није обавезала да (а) другу уговорну страну без неоправданог одлагања обавести о немогућности извршења уговорне обавезе и (б) да надокнади штету другој уговорној страни без неоправданог одлагања.

Грађански законик је прописао укупно тринаест апсолутно забрањених уговорних одредби које су ништаве у општим условима пословања и онда када су по закону дозвољене. Међутим, многе од њих нису уопште или нису у потпуности примењиве на уговор о осигурању, јер се њима првенствено имао у виду уговор о продаји и, понегде, уговори о пружању услуга, док са друге стране, немачки Закон о уговору о осигурању из 2008. године регулише поједине ситуације и права осигураника на начин који штити његове интересе.

По принципу специјалности одредби Закона о уговору о осигурању у односу на општа правила грађанског права и правила из закона о заштити потрошача, приоритет у примени прописа о заштити осигураника у свим правним системима имају правила уговорног и регулаторног права осигурања, па је то исти случај и у немачком праву.

Од примера забрањених уговорних клаузула по Грађанском законнику наводимо следеће:

1. Повећање цене у року од четири месеца од закључења уговора, изузев уговора са трајним обавезама;
2. Право на одбијање извршења уговорне обавезе;
3. Забрану пребијања неспорног потраживања или потраживања које је коначно и извршно;
4. Изузимање од законског правила о давању другој уговорној страни опомене или накнадно рока за испуњење обавезе;
5. Паушалну накнаду штете или умањења вредности ако (а) је она мања од штете која ће наступити у редовним околностима или уобичајено настаје умањење вредности или (б) другој уговорној страни није изричито дозвољено да докаже да је штета настала или да је умањење вредности веће од паушалне накнаде;
6. Уговорну казну за случај неприхватања или касног прихватања испуњења уговора, доцње у плаћању или за случај да се друга уговорна страна ослободи обавеза по уговору;
7. Искључење одговорности законског заступника или лица ангажованог ради извршења уговорне обавезе за телесну повреду проузроковану грубом непажњом.

С обзиром да Грађански законик регулише првенствено неправичне уговорне одредбе општих услова пословања који су унапред састављени, чл. 310, ст. 3, тач. 2 прописано је да се за уговоре између предузетника и потрошача правила о неправичности уговорних одредби примењују и на оне формуларне уговоре који су намењени за једнократну, а не континуирану употребу, под условом да потрошач због тога није могао да утиче на његов садржај.

### 1.3.3. Француска

У Француској, институт непоштених клаузула у уговорима између професионалаца и потрошача ступио је на снагу Законом о заштити потрошача и информацијама према потрошачима производа и услуга 1978. године (*Loi n<sup>o</sup> 78-23 du 10 janvier 1978 sur la protection et l'information des consommateurs de produits et de*

services).<sup>73</sup> Овим Законом у чл. 35, ст. 1 било је прописано да се код уговора између професионалаца и непрофесионалаца или потрошача могу забранити, ограничити или на други начин регулисати уговорне одредбе о фиксном или одредивом карактеру цена, плаћању, тежини ризика, обавезама и гаранцијама, условима извршења уговора, отказу, обнови уговора итд. ако су оне непрофесионалне или наметнуте потрошачима злоупотребом економске снаге друге уговорне стране и које му дају прекомерну уговорну предност. Поред тога, истим Законом било је прописано да се декретом Државног савета може прогласити неправичном нека уговорна клаузула. Наведена правила данас се налазе у Законнику о потрошачима (чл. 132-1).

Касније донети Законик о потрошачима 1993. године (*Loi N° 93-949 du 26 juillet 1993 relative au Code de la consommation*) регулисао је статусни и надзорни део потрошачког права преузимањем претходно донетих прописа без икаквих измена (*Ending Abusive Clauses in Consumer Contracts*, 2011, 64).

Правила Директиве о неправичним уговорним одредбама 1993. године спроведена су у француско право Законом 1995. године (*Loi n° 95-96 du 1er février 1995*), с тим да су његова решења много шира од Директиве јер не само што су задржана решења из Закона из 1978. године у вези управних овлашћења Државног савета да одлучује о томе које су уговорне одредбе неправичне, као и правило Касационог суда у спору *Kodak* из 1991. године по којем је горе наведена одредба Закона из 1978. године довољна да суд може неку уговорну одредбу, која ствара очигледну неравнотежу на штету потрошача, прогласити непостојећом иако о њој није донет декрет Државног савета.<sup>74</sup>

Приликом спровођења Комунитарног права, француски законодавац се одлучио да интегрише његове одредбе у постојећи Законик о потрошачима, уместо да доноси већи број посебних закона или да врши измене и допуне Грађанског законика.

Тако француски Законик о потрошачима регулише „црну” листу која садржи дванаест уговорних одредби чија је примена апсолутно забрањена (чл. P132-1) и „сиву” листу од десет уговорних одредби за које важи оборива претпоставка о њиховој неправичности (чл. P132-2). Професионалац (француски Законик о потрошачима користи изразе „професионалац” и „непрофесионалац” – прим. аут.) – осигуравач имају

---

<sup>73</sup> Доступно на:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4E8118D6B62DA330C072263C23116AA4.tpdj\\_o02v\\_3?idArticle=LEGIARTI000006504511&cidTexte=LEGITEXT000006068627&dateTexte=19780111](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4E8118D6B62DA330C072263C23116AA4.tpdj_o02v_3?idArticle=LEGIARTI000006504511&cidTexte=LEGITEXT000006068627&dateTexte=19780111), 25. 2. 2015.

<sup>74</sup> Cass. 1° civ, 14.5.1991, Bull. civ. 1, No. 153; D. 1991, стр. 449.

обавезу да докажу да је у уговору примењена одредба правична. Ми се нећемо бавити анализом свих уговорних одредби које се налазе на овим листама, већ само оних које, по нашем мишљењу, могу да имају последице на заштиту потрошача услуга осигурања. Зато редни бројеви у даљим излагањима не представљају редослед из релевантних чланова француског Законика о потрошачима.

„Црна” листа се односи на уговорне одредбе које за циљ или последицу имају:

1. Сагласност потрошача на уговорне одредбе са којима се није сагласио писменим путем или које су се налазиле у неком другом документу за који потрошач није знао пре закључења уговора. Ова неправична одредба односи се на случај једностраног обавезивања уговарача осигурања издавањем свих услова осигурања и њихових измена на увид у тренутку закључења уговора, уз истовремено уношење клаузуле у полиси осигурања којом се констатује да је уговарач осигурања упознат са њима;
2. Установљење права трговца да једнострано мења услове уговора, његово трајање, карактеристике или цену робе или услуге.
3. Преношење терета доказивања на потрошача, ако по закону професионалац има ту обавезу. У овом случај радило би се о уговорној одредби из уговора о осигурању о обавези осигураника да докаже да није одговоран за насталу штету.

Од свих „сивих” уговорних одредби, за заштиту потрошача могу да буду интересантне следеће уговорне одредбе које за циљ или последицу имају:

1. Строже услове отказа уговора за потрошача. Овом може да буде случај ако се уговором предвиди право осигуравача да може обавештење о отказу да пошаље електронском поштом, без потврде о пријему обавештења од стране осигураника, а да осигураник може да откаже уговор само слањем препорученог писма на адресу осигуравача.
2. Неоправдано ограничавање приступа потрошача доказним средствима. Овде се ради о ситуацији у којој би осигуравач ускратио увиду осигуранику у Извештај полиције о саобраћајној незгоди, Извештај неке институције (факултета или института) о процени штете и сличне исправе које садрже мање-више детаљне информације битне за остваривање његовог права на наплату осигуране штете.
3. Уклањање или скривање од потрошача информације о могућности подизања тужбе или улагања других правних лекова, а посебно захтев од

потрошача да спорове решава искључиво путем арбитраже или на други начин који нису регулисани законом.

#### 1.4. СПИСАК НЕПРАВИЧНИХ УГОВОРНИХ ОДРЕДБИ ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ

Уредбе Комисије бр. 3932/92 и бр. 358/2003 садрже списак клаузула у стандардним условима осигурања на које се изузеће од чл. 81 ст. 1 Уговора о оснивању ЕЕЗ није примењивало због наметања неоправданих ограничења уговорним странама, под условом да се не ради о обавезујућим клаузулама, да не садрже системско искључење одређених врста ризика, без давања изричитог обавештења кориснику услуге осигурања да његово покриће може посебно уговорити, као и да се уговорни однос са уговарачем осигурања не одржава на прекомерно дуг период мимо основног циља због којег је уговор о осигурању закључен (Commission Regulation, 2003, преамбула бр. 15). Поред тога, став Комисије ЕУ је био да се свим заинтересованим лицима стандардни услови осигурања мора омогућити увид у њих како би постојала стварна транспарентност и корист за потрошаче (Commission Regulation, 2003, преамбула бр. 16). Уредба Комисије из 2003. године је престала да важи 31. марта 2010. године, али због списка уговорних одредби које су се у стандардним условима осигурања сматрале неправичним сматрали смо да је увид у тај списак за потребе овог рада, вредан наше пажње. Тако се неправичним уговорним одредбама у стандардним условима осигурања сматрају оне које:

- (а) садрже индикацију о висини комерцијалне премије;
- (б) наводе суму осигурања или део који уговарач осигурања мора да сам сноси („фрашиза”);
- (в) намећу комбиновано покриће које обухвата и ризике којима велики број уговарача осигурања није истовремено изложен;
- (г) омогућавају осигуравачу да одржи полису на снази, ако откаже део покрића, повећа премију без повећања ризика или промене обима покрића, или на други начин измени услове осигурања без изричите сагласности уговарача;
- (д) омогућавају осигуравачу да измени услов осигурања без изричите сагласности уговарача осигурања;



- (ђ) намећу уговарачу у области осигурања неживота период осигурања дужи од три године;
- (е) намећу продужење уговора на више од годину дана у случају аутоматског продужења осигурања, осим ако је послато писмено упозорење после истека периода осигурања;
- (ж) захтевају од уговарача да прихвати обнављање полисе осигурања која је суспендована због престанка осигураног ризика, ако је он поново изложен ризику исте природе;
- (з) захтевају од уговарача да закључи осигурање код истог осигуравача за различите ризике;
- (и) захтевају од уговарача, у случају отуђења осигуране ствари, да обавезе стицаоца осигуране ствари да настави осигурање;
- (ј) искључују или ограничавају покриће неког ризика ако уговарач не користи безбедоносне апарате или инсталације или ако одржавање предузећа није одобрено у складу са релевантним спецификацијама које су договорили удружења друштава за осигурање у једној или више држава чланица или на нивоу Европе;

#### 1.5. СПИСАК НЕПРАВИЧНИХ УГОВОРНИХ ОДРЕДБИ У ПРАВУ СРБИЈЕ

Иако Закон заштити потрошача из 2014. године у највећој мери спроводи предметну Директиву, ипак основни списак неправичних уговорних одредби разликује се од оног из Анекса Директиве. У нашем праву неправичне уговорне одредбе разликују се према критеријуму доказивања. За одредбе које су као неправичне утврђене наведеним Законом, важи апсолутна претпоставка њихове недозвољености, док уговорне одредбе чији су Законом одређени предмет или последица спорни у погледу правичности, важи оборива претпоставка у погледу њихове дозвољености.

У првом случају, недозвољене су следеће неправичне уговорне одредбе:

1. искључење или ограничење одговорности трговца за случај смрти или телесних повреда потрошача услед чињења или нечињења трговца;
2. ограничење обавезе трговца да изврши, односно преузме обавезе које

је у његово име или за његов рачун преузео пуномоћник, односно налогопримац или повезивање обавезе трговца да изврши, односно преузме обавезе које је у његово име или за његов рачун преузео пуномоћник, односно налогопримац са условом чије испуњење зависи искључиво од трговца;

3. искључење или ограничење права потрошача да покрене одређени поступак или да употреби одређено правно средство за заштиту својих права, а нарочито наметање обавезе потрошачу да спорове решава пред арбитражом на начин који је у супротности са одредбама Закона;
4. спречавање или ограничавање могућности да се потрошач упозна са доказима или пребацивање терета доказивања на потрошача у случају када је терет доказивања на трговцу, у складу са Законом;
5. одређивање месне надлежности суда ван пребивалишта, односно боравишта потрошача.
6. искључиво право трговца да утврди да ли су испоручена роба или пружене услуге у складу са уговором;
7. искључиво право трговца на тумачење уговорних одредби.

У другом случају правичност уговорних одредби може да буде спорна због:

1. ограничења или искључења права потрошача према трговцу или трећој страни у случају потпуног или делимичног неиспуњења било које уговорне обавезе трговца, укључујући ограничење или искључење права потрошача да пребије потраживање које има према трговцу са потраживањем које трговац има према потрошачу;
2. давања овлашћења трговцу да задржи све што је примио од потрошача у случају да потрошач повреди уговорну обавезу или одбије да закључи уговор, ако исто право није гарантовано потрошачу;
3. обавезивања потрошача који је повредио уговорну обавезу да трговцу плати накнаду у износу који значајно премашује износ претрпљене штете;
4. права трговца да једнострано раскине уговор у било ком тренутку, ако исто право није гарантовано потрошачу;
5. права трговца да једнострано раскине уговор закључен на неодређено време без остављања примереног отказног рока, осим у случају ако потрошач не извршава своје уговорне обавезе;

6. прећутног продужења уговора закљученог на одређено време, ако је потребно да потрошач изјави да не пристаје на продужење уговора у року који је непримерено дугачак у односу на рок на који је уговор закључен;
7. права трговца да на било који начин повећа уговорену цену, ако није уговорено право потрошача да у том случају раскине уговор;
8. обавезивања потрошача да изврши све своје уговорне обавезе у случају да трговац не изврши своје уговорне обавезе у целости;
9. давања овлашћења трговцу да пренесе своје уговорне обавезе на треће лице без сагласности потрошача;
10. ограничавања права потрошача да препрода робу ограничавањем преносивости гаранције коју је дао трговац;
11. давања овлашћења трговцу да једнострано мења садржину уговорних одредби, укључујући обележја робе или услуга;
12. једностране измене уговорних одредби које су потрошачу саопштене на трајном носачу записа, саопштавањем нових одредби са којима се потрошач није сагласио путем средстава комуникације на даљину.

С обзиром да се на пословање друштава за осигурање примењују посебна правила о уговору о осигурању из Закона о облигационим односима, горенаведена правила се такође сходно примењују и на правни однос осигурања. Ако је неко горенаведено правило другачије регулисано по ЗОО, примениће се посебна правила ЗОО. Такође треба имати у виду правила о информисању уговарача осигурања која су у овом раду обрађена у Глави III – Информисање уговарача осигурања.

Овде треба истаћи да РТГЗ у чл. 1399 регулише Клаузуле о злоупотреби (непоштене клаузуле). Овај члан се примењује на клаузуле које ограничавају или мењају покриће, али се не примењује на: адекватност суме осигурања и премије, нити на клаузуле које садрже битан опис одобреног (прихваћеног) покрића или уговорене премије, под условом да је клаузула срочена једноставним и разумљивим језиком. РТГЗ предвиђа следећа правила.

Узимајући у обзир врсту уговора о осигурању, услове уговора и околности у тренутку када је уговор закључен, клаузула о којој се није посебно преговарало не обавезује уговарача осигурања, осигураника или корисника осигурања ако, супротно принципима савесности и поштења, она ствара значајну неједнакост у правима и обавезама по уговору на њихову штету.

Уговор о осигурању и даље обавезује уговорне стране ако је одржив и без постојања непоштене клаузуле, а ако то није случај, непоштена клаузула се мора заменити оном чију би примену стране уговориле да су знале да је клаузула непоштена.

За неку клаузулу се увек сматра да о њој није посебно преговарано онда када је она унапред сачињена од стране осигурача и уговарач осигурања због тога није могао да утиче на њену садржину, посебно у контексту примене општих услова формуларног уговора (стандардних услова осигурања).

Чињеница да је о извесним аспектима клаузуле или једног одређеног услова уговора посебно преговарано не искључује примену правила из овог члана на преостали део уговора. Када осигурач тврди да су стандардна клаузула или услови посебно уговорени, терет доказа у том смислу лежи на осигурачу.

Клаузуле које предвиђају искључења из покрића пуноважне су ако су недвосмислене, читке и разумљиве (просечном) уговарачу осигурања, осигуранику или кориснику права из осигурања (РТГЗ, 2015, чл. 1411).

## 2. НЕПРАВИЧНА ТРГОВАЧКА ПРАКСА

### 2.1. ЕВРОПСКА УНИЈА

Прописи држава чланица ЕУ којима су оне регулисале област неправичног пословног поступања (непоштене трговачке праксе) садржавали су бројне разлике које су стварале поремећаје у конкуренцији и представљали су препреку за складно - функционисање унутрашњег тржишта ЕУ.

У одсуству једнообразних правила на нивоу Европске заједнице, препреке за слободу прекограничног пружања услуга и кретања робе или слободу оснивања привредних субјеката могле су се правдати кроз праксу Суда правде Европских заједница у мери у којој је она штитила признати јавни интерес и била сразмерна тим циљевима.

Имајући у виду циљеве Европске заједнице утврђене Уговором о оснивању и секундарним Комунитарним правом, тек је 2005. године донета Директива о неправичној трговачкој пракси правних лица према потрошачима на унутрашњем

тржишту<sup>75</sup>, којом је извршено уједначавање прописа држава чланица о неправичној трговачкој пракси, укључујући и непоштено рекламирање које директно штети економским интересима потрошача и посредно интересима конкурената. У складу са принципом сразмере, та Директива штити потрошаче од последица неправичне трговачке праксе под условом да је таква пракса битно утицала (нарушила или пореметила – прим. аут.) на економско понашање потрошача приликом закључења или извршавања конкретног правног посла. У вези са условима под којима се поједини поступци сматрају неправичном трговачком праксом, ова Директива изричито дозвољава да државе чланице пропишу строжије и рестриктивније критеријуме у вези са заштитом корисника финансијских услуга приликом закључивања уговора на даљину или изван пословних просторија.

У смислу чл. 5 ове Директиве трговачки поступак се сматра неправичним ако је супротан захтевима професионалне пажње и битно нарушава или вероватно ће битно пореметити економско понашање просечног потрошача у вези са производом на кога се оно односи или којој је изложен или просечног члана групе када је трговачки поступак усмерен на посебну групу потрошача. Наведена дефиниција преузета је у нашем праву у Закону о заштити потрошача, чл. 18, ст. 1. Европски законодавци су водили рачуна и о томе да се утврди одговарајући стандарди по којима ће се одређивати постојање непоштене трговачке праксе а тичу се карактеристика лица према којем је таква пракса усмерена. Тако су забрањени трговачки поступци који би вероватно битно нарушили економско понашање просечног потрошача, при чему просечан потрошач мора да потиче из јасно одређене групе потрошача, који су због своје психичке или физичке слабости, узраста или лакоумислености нарочито осетљиви на ту врсту пословне праксе или на дати производ, под условом да се од трговца могло основано очекивати да то предвиди.

С обзиром да се у случају утврђивања неправичне пословне праксе ради о постојању поступања којим се крши принцип савесности и поштења у правном промету, Директивом се покушало утврдити одређени број примера који се у свим врстама уговора сматрају неправичном трговачком праксом. Како је истакнуто у преамбули бр. 17 Директиве, ради постизања веће правне извесности пожељно је да се

---

<sup>75</sup> Directive 2005/29/EC of the European Parliament and of the Council of 11 May 2005 concerning unfair business-to-consumer commercial practices in the internal market and amending Council Directive 84/450/EEC, Directives 97/7/EC, 98/27/EC and 2002/65/EC of the European Parliament and of the Council and Regulation (EC) No 2006/2004 of the European Parliament and of the Council ('Unfair Commercial Practices Directive'), *Official Journal of the European Union*, L 149, 11. 6. 2005, 22–39.

утврде они трговачки поступци који су у свим околностима некоректни. У том смислу Анекс I Директиве садржи детаљну листу свих таквих поступака. То су само они трговачки поступци који се сматрају неправичним у смислу одредби Директиве. Ради се о списку неправичне трговачке праксе који није коначан, јер неправичан поступак може да представља и сваки други који испуњава основна правила за одређивање неког поступка неправичним трговачким поступком.

Директива о неправичној трговачкој пракси правних лица према потрошачима на унутрашњем тржишту из 2005. године разликује три врсте неправичне – непоштене трговачке праксе: преварне поступке, преварне пропусте и агресивне трговачке поступке.

### *2.1.1. Преварни поступци*

Према чл. 6, ст. 1 наведене Директиве, сматра се да је трговачки поступак преваран ако садржи лажну информацију због чега је неистинит или на било који други начин садржан у детаљној презентацији, доводи у заблуду или ће вероватно преварити просечног потрошача, чак и онда када је информација фактички тачна, у вези са једним или више од следећих елемената и у било којем случају изазива или ће потрошача вероватно навести да се одлучи на закључење посла који у другачијим околностима не би закључио: (а) постојање или природа производа или услуге; (б) главне карактеристике производа или услуге као што су расположивост, бенефиције, ризици, извршење уговора, састав, помоћна опрема, услуга после продаје и решавање рекламација; (ц) обим обавеза трговца, мотиви за трговачке поступке и природа поступка продаје, свака изјава или симбол у вези са непосредним или посредним спонзорством или сагласношћу трговца или производом; (д) цена или начин на који је цена израчуната или постојање посебне ценовне предности; (е) потреба за сервисом, делом, заменом или поправком; (ф) природа, својства и права трговца или његовог агента, као што је идентитет и имовина, квалификације трговца, његов статус, дозвола, филијала или веза и власничка права над индустријском, трговачком или интелектуалном имовином или његове награде или признања; (г) права потрошача, укључујући право замене или поврата плаћеног по Директиви 1999/44/ЕЦ Скуштине и Савета Европе од 25. маја 1999. о извесним аспектима продаје робе широке потрошње и релевантне гаранције или ризика са којим се може сусрести.

Одговарајућа одредба Директиве отклања сумњу у погледу тога када трговачки поступак ствара заблуду код просечног потрошача. Тако се сматра да трговачки поступак доводи у заблуду ако према свом чињеничном стању узимајући у обзир све околности и специфичности случаја, наводи или вероватно може да наведе просечног потрошача да донесе одлуку о закључењу посла коју у другачијим околностима не би донео, а односи се на: (а) маркетинг производа или услуга који такође обухвата упоредно рекламирање које доводи до забуне у вези са производима, трговачким маркама, трговачким именима или другим разликујућим својствима конкурента; (б) неиспуњавање обавеза трговца из пословног кодекса на које се обавезао, под условима да обавеза није факултативна, већ договорена и да ју је могуће проверити, и да је трговац у свом поступању обавезан кодексом.

### *2.1.2. Преварни пропусти*

Сматра се да трговачки поступак доводи у заблуду ако према свом чињеничном стању, узимајући у обзир све околности, специфичности и ограничења комуникационог средства, трговац пропусти да да битну информацију која је просечном потрошачу неопходна у датом контексту за доношење адекватне одлуке о закључењу посла, па то наведе или вероватно може да наведе просечног потрошача да донесе одлуку о закључењу посла коју у другачијим околностима не би донео. Такође се стањем заблуде сматра пропуст када, узимајући у обзир претходно описане елементе, трговац битне информације скрива или даје нејасне, делимичне, двосмислене или неблаговремене информације у истом ставу или пропусти да идентификује трговачку намеру датог трговачког поступка, уколико она није очигледна из контекста и тамо где у било којем случају ово наводи или ће вероватно навести просечног потрошача да донесе одлуку о закључењу посла коју у другачијим околностима не би донео.

У случају упућивања позива на куповину, под условом да то из околности случаја није очигледно, битним се сматрају следеће информације: (а) главне карактеристике производа у обиму који одговара средству и производу; (б) седиште и идентитет трговца, као што је његово пословно име и тамо где постоји, седиште подручје и идентитет трговца у чије име иступа; (ц) цена која укључује и порез или тамо где природа производа или услуге значи да се цена уобичајено не може израчунати унапред, начин на који је цена израчуната, као и тамо где постоји, сва

додатна возарина, трошкови испоруке и поштарине или, ако се ови трошкови не могу уобичајено унапред израчунати, чињеница да се такве додатне дажбине морају платити; (д) споразум о плаћању, испоруци, извршењу и начину решавања рекламација, ако одступају од захтева професионалне пажње; (е) за производе и трансакције које подразумевају право одустајања или отказа, постојање таквог права.

### *2.1.3. Агресивни трговачки поступци*

У смилу наведене Директиве, сматра се да је трговачки поступак агресиван ако се, према свом чињеничном стању, узимајући у обзир све околности и специфичности случаја путем узнемиравања, притиском, укључујући и физичку силу или неоправдани утицај, значајно умањује или ће се вероватно значајно умањити слобода избора или одређеног понашања потрошача у вези са производом или услугом и тиме га навести или вероватно навести да закључи посао који у другачијим околностима не би закључио.

Приликом одређивања да ли неки трговачки поступак представља узнемиравање, притисак, укључујући физичку силу или неоправдани утицај, узмеће се у обзир следеће: (а) тренутак, место, природа или трајање; (б) употреба претње, увредљивих израза или понашања; (ц) кориштење од стране трговца посебне несреће или околности такве тежине у циљу смањења моћи просуђивања потрошача чега је трговац свестан, ради утицаја на његову одлуку у вези са производом; (д) свака тешка или несразмерна вануговорна препрека коју намеће трговац и када потрошач жели да врши своја права по уговору, укључујући и право отказа уговора, замене производа или тражења другог трговца; (е) свака претња подизањем тужбе која је неоснована.

Захтевање од потрошача који жели да постави одштетни захтев по полиси осигурања да достави документа која се разумно не могу сматрати релевантним у погледу пуноважности штете или систематско избегавање да се одговори на поновљено обраћање у циљу одвраћања потрошача од вршења својих уговорних права.



#### *2.1.4. Списак неправичне и агресивне трговачке праксе*

С обзиром на одвојеност правног регулисања и надлежности за делатност осигурања, не чуди да ова Директива у Списку неправичних поступака не обрађује посебно неправичне поступке осигуравача према осигураницима. Са друге стране, у Списку неправичних поступака из ове Директиве постоје бројни неправични поступци тзв. општег карактера, као што су на пример: (1) представљање права која потрошачи имају по закону као посебну карактеристику понуде трговца; (2) давање битно нетачне информације о условима на тржишту или могућности проналажења производа у намери навођења потрошача да набави производ по условима мање повољним од нормалних тржишних услова, који се такође могу сходно применити на однос осигуравача према уговарачу осигурања – осигуранику.

Када се ради о агресивним трговачким поступцима, Директива је предвидела у Списку неправичних трговачких поступака само један који се изричито односи на осигурање. Ради се о забрани осигуравачу да захтева од потрошача који жели да постави одштетни захтев по полиси осигурања да достави документа која се не могу сматрати оправдано битним у погледу пуноважности штете или систематско избегавање да се одговори на обраћање у више наврата ради одвраћања потрошача од вршења својих уговорних права. Међутим, очигледно је да осигуравач према осигуранику може да испољава и друге, у предметном Списку неправичних трговачких поступака, наведене облике агресивне трговачке праксе, као што је: (1) упорно и непожељно обраћање путем телефона, телефакса, електронске поште или других средстава удаљене комуникације, изузев у оправданим околностима и у обиму по националним праву који је неопходан за извршење уговорних обавеза; (2) стварање лажног утиска да је потрошач већ добио награду, да ће је добити или да ће освојити добитак, добити награду или неки други еквивалент по извршењу неке радње, а да у ствари: (а) не постоји никаква награда, нити њој еквивалентна корист, или (б) предузимање било какве радње у вези са добијањем награде или друге еквивалентне користи подлеже обавези потрошача да плати извесну новчану суму или учини неки трошак, итд.

### 2.1.5. Забрана дискриминације у осигурању лица

Право на равноправност пред законом и заштита од дискриминације за сва лица представља универзално право признато по Универзалној декларацији о људским правима, Конвенцији УН о уклањању свих облика дискриминације против жена, Међународној конвенцији о уклањању свих облика расне дискриминације и Повељи УН о грађанским и политичким правима и о економским, социјалним и културним правима и Европском конвенцијом о заштити људских права и основним слободама у којима су све државе чланице ЕУ потписнице. Равноправност између мушкараца и жена основни је принцип Европске уније, док је члановима 21 и 23 Повеље о основним правима ЕУ забрањена свака врста дискриминације на основу пола и захтева се обезбеђење равноправности између мушкараца и жена у свим областима.

На нивоу Европске уније, Директивом Савета о примени принципа равноправног третмана мушкараца и жена у приступу и пружању роби и услугама донета 2004. године<sup>76</sup> (даље у тексту: Директива о полној равноправности) регулишу се различити аспекти статуса мушкараца и жена по основу пола у прибављању робе и услуга.

Директива о полној равноправности позива се на универзално право на равноправност пред законом и заштиту од дискриминације за сва лица (Директива о полној равноправности, 2004, преамбула бр. 2) и на основни принцип равноправности мушкараца и жена на основу чл. 21 и 23 Повеље о основним правима ЕУ (даље у тексту: Повеља).<sup>77</sup>

Ради спречавања дискриминације на основу пола, ова директива се примењује на директну и посредну дискриминацију. Директна дискриминација настаје једино када се једно лице због свог пола третира мање повољно од неког другог лица у упоредивим околностима. Следствено томе, на пример, разлике између мушкараца и жена у пружању услуга здравствене заштите, које настају због телесних разлика између мушкараца и жена, не спадају у упоредиве околности и зато не представљају дискриминацију. Посредна дискриминација постоји када би очигледно неутралан пропис, критеријум или пракса неког лица једног пола ставило у посебно неповољан положај у поређењу са лицима другог пола, осим ако је тај пропис, критеријум или

---

<sup>76</sup> Council Directive 2004/113/EC implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services, *Official Journal of the European Union*, L 373/37, 21.12.2004, 37–43.

<sup>77</sup> После ступања на снагу Уговора из Лисабона 1. децембра 2009, Повеља има исти правни значај као и уговори Европске уније.

пракса објективно оправдана због неког легитимног циља, под условом да су средства за његово остваривање адекватна и неопходна.

Члан 5, ст. 1 Директиве ЕУ о полној равноправности (Директива о полној равноправности, 2004) уопштено забрањује праксу „тарифирања према полу” у осигурању, примену пола као актуарског елемента приликом израчунавања премија и бенефиција ради осигурања и са њим повезаних финансијских услуга. Ипак, примена унисекс правила у делатности осигурања битно би била нарушена одступањем на основу чл. 5, ст. 2 Директиве о полној равноправности, која одредба дозвољава примену сразмерних разлика у премијама и бенефицијама појединаца „када се примена пола као одлучујућег елемента за оцену ризика заснива на релевантним и прецизним актуарским и статистичким подацима.” То одступање од основног правила није се односило на трошкове у вези са трудноћом и материнством, због тога, како је то и иначе у животу, што економски терет хумане репродукције не сме да буде искључиво на терет жена (Директива о полној равноправности, 2004, чл. 5, ст. 3 и преамбула 20).

У наведеном случају, примена прописа којима се спроводи обавеза примене унисекс правила у националним правним системима државе чланице су могле да одложе на период до две године, почев од 21. децембра 2007, датума ступања на снагу Директиве о полној равноправности. Члан 5, ст. 2 који је омогућио државама чланицама да га примене или да се позову на изузеће од његове примене, предвидео је и обавезу држава чланица да до 21. децембра 2012. године поново размотре своју одлуку.

Европски суд правде није чекао на одлуке држава чланица, те је 1. марта 2011. године, у одлуци која ће постати позната под именом *Test-Achats*, утврдио да предметно изузеће престаје да важи на дан 21. децембар 2012. године.<sup>78</sup> У својој анализи, Европски суд правде је навео да је коришћење актуарских података који се везују за пол осигураника веома раширено како у домену осигурања, тако и у области других финансијских услуга. Ипак, обезбеђивање једнаког третмана мушкараца и жена захтева да коришћење актуарских података не сме резултирати у различитим индивидуалним премијама и погодностима из осигурања. Европски суд правде је свестан околности да одређене категорије ризика, односно извесности наступања ризика значајно зависе од пола осигураника. Такође, у појединим случајевима пол осигураника је један од

---

<sup>78</sup> Case C-236/09 Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL and Others v Conseil des ministres, доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=en&num=C-236/09#>, 7. 4. 2015.

фактора, али никако одлучујући фактор, приликом процене наступања ризика у односу на конкретног осигураника (Пресуда ЕСП С-236/09, 2011, ст. 30).

Ради помоћи државама чланицама у примени одлуке у спору *Test-Achats* у националним правним системима, Европска комисија је 22. децембра 2011. године издала Смернице. У тим смерницама, Европска комисија је признала да ће поменута одлука ЕСП произвести последице у свим државама чланицама, јер су све државе чланице и даље дозвољавале полно разликовање код најмање једне врсте осигурања, тј. код животног осигурања (Смернице, 2011, ст. 3). Тако није остала никаква сумња у вези са судбином одлуке у спору *Test-Achats*, јер је Европска комисија следећу смерницу донела за све државе чланице: „Од 21. децембра 2012. године, унисекс правило из чл. 5, ст. 1 мора се применити без било каквих изузетака у вези са израчунавањем индивидуалних премија и бенефиција у новим уговорима” (Смернице, 2011, ст. 5).

## 2.2. САД

Зачетак институционализације заштите потрошача у САД везује се за оснивање Савезне трговинске комисије 1914. године која би надзирала спровођење, регулисала и тумачила трговачке поступке који су били забрањени Шермановим и Клејтоновим Законом против трустова (*Sherman Anti-Trust Laws* и *Clayton Antitrust Act*). Оба закона забрањивала су пословну праксу којом се ограничава или уклања конкуренција на штету потрошача, инвеститора и привреде у целини.

Управо је широко набујао бес јавности због злоупотреба и кршења поменутих закона које су за последицу имале нарушавање конкуренције, такође подстакао тадашњег америчког председника Вудроа Вилсона да предузме мере против трустова и монопола (Davis, 2015, 1). Због тога је 1914. године донет Закон којим је формирана Савезна трговинска комисија као независна агенција Владе САД, чији је главни циљ био да ради на унапређењу заштите потрошача и уклањању и спречавању пословне праксе којом се нарушава конкуренција

После 2. Светског рата, током шездесетих и седамдесетих година 20. века, већина држава САД је усвојила прве законе о спречавању неправичне трговачке праксе.

Усвајањем МекКаран-Фергусоновог закона 9. марта 1945. године (*The McCarran-Ferguson Act of 1945, Public Law 15, 79<sup>th</sup> Congress*) надлежност за регулисање „посла осигурања” пренета је на савезне државе, изузев у специјалним случајевима

прописаним савезним законом. Амерички Конгрес усвојио је овај Закон првенствено као реакцију на одлуку Врховног суда у спору *United States v. South-Eastern Underwriters Ass'n*, 322 U.S. 533, 64 S. Ct. 1162, 88 L. Ed. 1440 (1944) по којој се на друштво за осигурање које претежни део пословања обавља у већем броју савезних држава, примењују савезни прописи о борби против трустова. Међутим, према неким ставовима, тумачење и примена МекКаран-Фергусоновог закона о борби против трустова у делатности осигурања треба да омогући одлучно санкционисање пословне праксе у осигурању које прете уништењем конкуренције, уз одржавање ефикасности и унапређење механизма сарадње у области размене информација, анализе и утврђивања стандардизованих образаца о ризицима који се осигуравају (Масеу, Miller, 1993, 17). Следствено томе, сматрало се да потрошачи неће бити у могућности да лако упоређују производе осигурања по њиховој цени због немогућности друштава за осигурање да прикупљају и чувају упоредиве информације ако она не буду могла да користе стандардизоване обрасце (Масеу, Miller, 1993, 18). У вези са надлежношћу, Закон је потврдио искључиву надлежност савезних држава у области регулисања и надзора друштава за осигурање која обављају делатност на њиховим територијама.

Један од првих корака на основу МекКаран-Фергусоновог закона била је израда и усвајање прописа о неправичној трговачкој пракси, као што су Закон о истинитом приказивању услова и трошкова приликом давања потрошачких кредита из 1968. године (*The Truth in Lending Act*), Закон о поштену прикупљању и обради информација приликом одобравања кредита из 1970. године (*The Fair Credit Reporting Act*), Закон о правичном истављању рачуна по потрошачким кредитима из 1974. године (*The Fair Credit Billing Act*) и Закон о правичној наплати дуга из 1977. године (*The Fair Debt Collection Practices Act*).

Следећи важан корак у вези са институционалном заштитом потрошача било је усвајање Грам-Лич-Блајлијевог закона 12. новембра 1999. године (*The Gramm-Leach-Bliley Act of 1999 – Public Law 106–102, 106th Congress*), који у чл. 6807 изричито разграничава надлежност савезних и државних прописа у вези са обавезом чувања и необјављивања података о личности тако да ниједна одредба или накнадна измена постојећих одредби се не може тумачити тако да њеним доношењем престаје да важи или да се мења било који законски или подзаконски пропис савезних држава, под условом да пропис савезне државе пружа већи ниво заштите од оне предвиђене савезним прописом.

Овај Закон обавезао је финансијске институције да својим клијентима доставе обавештење у којем се наводи које податке друштво за осигурање прикупља о њему, када се ти подаци размењују и како друштво за осигурање чува те податке. Наведено обавештење такође мора да садржи информацију о праву потрошача да ускрати сагласност са дељењем његових личних података са повезаним лицима друштва за осигурање. Са друге стране, исти Закон су критиковали амерички председник Барак Обама и нобеловац Џозеф Стиглиц због превелике дерегулације финансијских тржишта која је, према њиховом мишљењу које нису делили многи републиканци, допринела настанку финансијске кризе 2008. године (Baran, 2008).

Иначе, одлука органа за надзор осигурања савезних држава да формирају Национално удружење органа за надзор осигурања (*National Association of Insurance Commissioners – NAIC*) 1871. године које би координирало надзор и регулисање пословања осигуравача у више држава, посебно једнообразно финансијско извештавање друштава за осигурање, представљала је један од кључних тренутака за заштиту интереса корисника услуга осигурања. Према чл. 6, ст. 2, тач. (д) Статута овог Удружења, његова Комисија за правну регулативу тржишта и заштиту потрошача разматра питања која се тичу пословне праксе и конкуренције на тржишту осигурања, квалификација и пословне праксе агената и брокера, истраживања тржишта, контроле и управљања институцијама осигурања, потрошачким сервисима надзорних органа осигурања у савезним државама и учешћа потрошача у активностима Удружења. Једна од кључних активности овог Удружења је и усвајање модел закона и подзаконских аката и њихових измена чије усвајање и примену оно препоручује законодавцима и надзорним органима у свим савезним државама. У том смислу Удружење је израдило модел законе, модел уредбе и смернице у готово свим врстама осигурања, а посебно у бројним областима у којима се испољава неправична трговачка пракса, због чега је сматрало неопходним да се пропише начин заштите интереса корисника услуга осигурања.<sup>79</sup>

С обзиром на велики број савезних држава САД и ограничен простор у раду, ми ћемо се у даљем излагању ограничити на Законике о осигурању савезних држава Тексас и Калифорнија као најдеталнијих. Иначе, све савезне државе САД су донеле одговарајуће прописе којима су забрањени неправичне или преварне радње или пракса и неправични методи конкуренције на тржишту. Они се, углавном, могу поделити на

---

<sup>79</sup> Доступно на: [http://www.naic.org/prod\\_serv\\_model\\_laws.htm](http://www.naic.org/prod_serv_model_laws.htm), 5. 6. 2015.

давање лажних или искривљених информација (у погледу услова осигурања или осигуравача, у финансијском извештају, преварних назива, речи, симбола или слогана, као и током рекламирања у медијима) и на неправичну трговачку праксу (клеветање другог осигуравача, примена бојкота, притисака или производња страха, одобравање попушта и погодности и дискриминације у осигурању живота). Посебно су регулисани неправични поступци и пракса осигуравача приликом процене и исплате одштетних захтева.

### *2.2.1. Искривљено представљање услова осигурања или осигуравача*

Неправичан начин конкурисања на тржишту осигурања, преварна радња или пословна пракса односи се на (Законик о осигурању Тексаса, чл. 541.055; Законик о осигурању Калифорније, чл. 790.03, тач. /а/):

1. сачињавање, издавање или циркулацију процене, илустрације, циркуларног писма или изјаве којима се на искривљен начин представља полиса осигурања која је закључена или тек треба да се закључи у вези са:
  - (а) условима осигурања;
  - (б) бенефицијама или погодностима према условима осигурања;
  - (в) дивидендама или учешћу у добити;
2. сачињавање лажне или искривљене изјаве о дивидендама или учешћу у добити које су исплаћене по сличном осигурању у прошлости;
3. сачињавање искривљене презентације или информације о:
  - (а) финансијском стању осигуравача; или
  - (б) прописаном систему резервисања по којем осигуравач живота послује;
4. коришћење назива или наслова услова осигурања или врсте полиса којима се искривљује права природа уговора о осигурању или врсте осигурања која се закључује; или
5. искривљено представљање информација уговарачу осигурања од стране осигуравача ради навођења или подстицања уговарача осигурања да дозволи да му постојећа полиса истекне или му буде откупљена.

### *2.2.2. Лажни финансијски извештај*

У смислу неправичног начина пословања на тржишту, сматра се нарушавањем конкуренције на тржишту осигурања или преварном радњом ако друштво за осигурање, у намери да превари (Законик о осигурању Тексаса, чл. 541.055, тач. /а/; Законик о осигурању Калифорније, чл. 790.03, тач. /д/).

1. достави надзорном или другом државном органу лажну изјаву о свом финансијском стању; или
2. сачини, објави, дели, шаље, испоручује било којем правном или физичком лицу, директно или посредно обелодани, објави, пошаље, испоручи било којем правном или физичком лицу лажну изјаву о свом финансијском стању.

Сматра се да уношење лажног податка у књигама, извештају или изјави осигуравача, као и пропуштање да се унесе тачан податак који представља битну чињеницу о пословању осигуравача са намером да се изврши превара агента или вештака који је на основу закона именован да изврши ревизију стања осигуравача или његовог пословања или државног органа којем је осигуравач на основу закона обавезан да подноси извештаје или који има законско овлашћење да контролише стање и пословање осигуравача, представља неправичан начин пословања, неправичну радњу или праксу којом се нарушава конкуренција на тржишту осигурања (Законик о осигурању Тексаса, чл. 541.055, тач. /б/; Законик о осигурању Калифорније, чл. 790.03, тач. /е/).

### *2.2.3. Преварни називи, речи, симболи или слогани*

Коришћење, излагање, објављивање, слање или дистрибуција путем писма, памфлета, циркулара, уговора, полисе, потврде о покрићу, чланка, постера или другог документа, литературе или медија сматра се неправичним начином нарушавања конкуренције, неправичном или преварном радњом или праксом у пословима осигурања, у вези са:

1. називом корпорације или привредног друштва или имена других лица која се баве пословима осигурања или са осигурањем повезаним



пословима које је исто или на преваран начин слично називу које користи друго друштво за осигурање, здравствена организација, администратор трећег лица или корпорација за колективно пружање болничких услуга са дозволом за обављање одређене делатности; или

2. речи, симболом, логом или слоганом, самостално или у комбинацији и без обзира на то да ли су они регистровани, укључујући називе, ознаке, лична имена и специфична обележја емитовања или друге рекламе, који су исти или на преваран начин слични речи, симболу, логу или слогану који користи неко друштво за осигурање, администратор трећег лица или корпорација за колективно пружање болничких услуга због чега је немогуће разликовати правно лице или производе неког правног лица од другог правног лица.

За случај да већи број правних или физичких лица користи исте речи, симболе, лога или слогане, самостално или у њиховој комбинацији, који су исти или на преваран начин слични или ће вероватно створити забуну или довести до грешке, сматраће се да се физичко или правно лице не користи неправичним начином понашања које нарушава конкуренцију, преварном радњом или праксом ако докаже да је прво започело са њиховом трајном и стварном употребом.

У вези са рекламирањем, сматра се неправичним начином нарушавања конкуренције, неправичном или преварном радњом или праксом у пословима осигурања ако се објави, шаље, дистрибуира или се у јавност директно или посредно истиче реклама, оглас или изјава која садржи нетачне, преварне или искривљене тврдње, презентације или изјаве о пословима осигурања или лицу које води пословање друштва за осигурање. Претходно наведено правило важи за: новине, магazine и друге публикације, обавештења, циркуларе, памфлете, писма или постере, радио или телевизијску станицу, интернет или било који други медиј.

#### *2.2.4. Клеветање другог осигураваача, бојкот, притисци и производња страха*

Свако директно или посредно објављивање, дистрибуција, слање или помагање, подстрекавање или подстицање да се сачини, објави, дистрибуира или пошаље изјава: (1) која је лажна, злонамерно критична или омаловажавајућа у погледу финансијског стања осигураваача или (2) која је усмерена на увреду неког лица које се

бави пословима осигурања сматра се неправичним начином пословања које нарушава конкуренцију, неправичном радњом или праксом у пословима осигурања. Претходно наведено примењује се на све облике изношења изјава или тврдњи у јавност усменим или писменим путем, укључујући и све врсте памфлета, циркуларних писама, чланака или литературу.

С обзиром на изражену потребу неометаног функционисања тржишта и борбу против трустова и монопола без обзира на врсту тржишта, ради заштите интереса потрошача услуга осигурања, савезна држава Тексас је забранила све координиране радње или закључивање споразума ради спровођења бојкота, вршења притисака или производње страха који има или може да има за последицу неоправдано ограничавање или монопол у делатности осигурања.

#### *2.2.5. Забрана одобравања попуста и посебних погодности*

Приликом анализе Законика о осигурању наведених савезних држава САД, уочили смо да у Калифорнији ово питање није регулисано као неправична трговачка пракса, док је оно регулисано у Тексасу (Законик о осигурању Тексаса, чл. 541.056.), те даља излагања посвећујемо одредбама његовог Законика о осигурању.

Неправичним начином нарушавања конкуренције, неправичном или преварном радњом или праксом у пословима осигурања, сматра се свесно давање понуде или закључивање уговора о ризико осигурању живота, о штедном осигурању живота, осигурању незгоде или здравственом осигурању или било који други споразум о уговору, изузева ако то није изричито наведено у достављеном уговору, директно или посредно плаћање, давање, одобравање или понуда на исплату, давање или одобравање у форми неке посебне погодности ради закључења уговора о ризико осигурању живота, о штедном осигурању живота, осигурању незгоде или здравственом осигурању. Ово се изричито законом одређује као попуст на премију по уговору, посебна услуга или предност у дивидендама или другим бенефицијама по уговору, нека вредност или погодност која није наведена у уговору, као и давање, продаја или куповина или давање, продаја или куповина акција, обвезница или других хартија од вредности осигуравача или других привредних друштава, удружења или организација, дивиденди или добити по акцијама, обвезницама или другим хартијама од вредности и другим материјалним вредностима које нису наведене у уговору, а ради закључења уговора о

ризико осигурању живота, о штедном осигурању живота, осигурању незгоде или здравственом осигурању.

У горе наведеном смислу, издавање, слање или дозвола агенту, руководиоцу или запосленом за издавање или слање компанијских или других капиталних акција, сертификата о некој бенефицији или уделу у привредном друштву, хартија од вредности или специјалног или саветодавног уговора за чланство у управи или било који други уговор којим се гарантује нека корист или добит такође се сматра забрањеном због тога што се сматра неправичним начином нарушавања конкуренције, неправичном или преварном радњом или праксом у пословима осигурања. Наравно, наведено правило не искључује право привредног друштва да сачињава или издаје полисе осигурања у складу са законом.

#### *2.2.6. Забрана дискриминације у осигурању живота*

Имајући у виду рањивост уговарача осигурања приликом закључивања уговора о осигурању живота, ризико и штедног, Законик о осигурању Тексаса (чл. 541.057) и Законик о осигурању Калифорније (чл. 790.03, тач. /ф/) забрањују неправичну дискриминацију између појединаца који припадају истој класи са истим очекиваним животним веком у вези са утврђивањем премијске стопе, добити или другим бенефицијама по уговору и свим другим условима и лимитима уговора. Радње или пракса у пословима осигурања живота у којима се то чини или дозвољава сматрају се неправичним начином пословања којима се нарушава конкуренција, неправичном или преварном радњом или праксом.

#### *2.2.7. Радње које не представљају давање погодности или дискриминацију у осигурању живота*

Тексашки законодавац је имао у виду да је правилима изложеним у претходним поглављима неопходно појаснити одговарајуће изузетке како не би било неодумица у погледу када је дозвољено одобрити попуст на премију, као и случајеве у којима се не сматра да долази до кршења законске забране дискриминације у осигурању живота.

Зато је у чл. 541.058. Законика о осигурању прописао да се не крши забрана давања погодности, нити долази до дискриминације у осигурању живота у следећим случајевима:

1. одобравање бонуса уговарачу осигурања или другог смањења премије у целини или делимично код ризико и штедног осигурања живота, на име добити акумулиране из других полиса осигурања, под условом да је бонус или умањење поштен и правичан према осигуранику и да је у најбољем интересу осигуравача и његових осигураника;
2. одобравање осигуранику умањења износа који представља износ трошкова наплате, који је трајно у одређеном периоду плаћао премију директно осигуравачу код уговора о осигурању живота закљученог по основу плана амортизације индустријског објекта;
3. промена премијске стопе на основу искуства са штетама или трошковима по истеку периода осигурања код полиса о колективном осигурању, ако се измена премијске стопе са ретроактивним дејством односи само на дату протеклу уговорну годину осигурања;
4. одрицање од трошкова откупа полисе код штедног осигурања живота, ако осигураник замени тај уговор другим уговором о штедном осигурању живота који је закључио исти осигуравач или његово друштво кћерка, које је део истог холдинга, под условом да је одрицање и замена постојећег уговора другим у потпуности, поштено и прецизно објашњена осигуранику, на начин који није преваран или искривљен и да је осигуранику дат попуст за претходни уговор приликом обрачуна трошкова откупа по новом уговору;
5. одобравање осигуранику, поред бенефиција по условима уговора о осигурању, здравствене услуге или информације у вези са здравственим стањем или обелодањивање да су на располагању додатне услуге и информације тим осигураницима;
6. одобравање осигураницима из уговора о колективном осигурању, поред бенефиција по листу покрића, у вези са организацијом за пружање здравствених услуга, услуге и информације у вези са здравственим стањем или обелодањивање да су на располагању додатне услуге и информације тим осигураницима; или

7. давање, одобравање или дозвољавање или нуђење предмет који служи рекламирању, обуци или као традиционални израз љубазности у висини од 25 УСД или мање, у вези са понудом или продајом уговора о осигурању живота, незгоде или здравственог осигурања, уговора о штедном осигурању живота.

#### *2.2.8. Неправични поступци и пракса осигуравача приликом процене и исплате одштетних захтева*

Опште је позната морална претпоставка да уговарач не закључује уговор о осигурању ради остваривања комерцијалне погодности (Merlin, 2005, 2). Суштина осигурања је да заштити осигуранике од изненадних и неочекиваних катастрофа које стварају стање економске и личне рањивости осигураника. Зато је целокупна сврха осигурања обесмислена ако лица која обављају процену и ликвидацију одштетних захтева могу да одбију или да касне са исплатом осигуране накнаде. То је и био један од разлога због којег је и Законик о осигурању савезне државе Тексас регулисао различита питања неправичне праксе приликом решавања осигураних одштетних захтева.

Неправичним начином пословања које нарушава конкуренцију, неправична или преварна радња у пословима осигурања сматрају се следеће радње у вези са одштетним захтевом осигураника или корисника осигурања:

1. искривљено представљање битне чињенице или клаузуле из услова осигурања у вези са предметним осигуравајућим покрићем;
2. непредузимање мера да се савесно покуша брза, поштена и правична исплата:
  - (а) одштетног захтева у којем је обавеза осигуравача неспорна; или
  - (б) одштетног захтева по основу једног дела полисе осигурања за који је обавеза осигуравача неспорна ради утицаја на подносиоца одштетног захтева да пребије друго потраживање по другом делу покрића, осим ако исплата по једном делу покрића представља доказ обавезе по другом делу;

3. ускраћивање благовременог објашњења уговарачу осигурања о основама из услова осигурања у вези са чињеницама или прописима на основу којег осигуравач одбија одштетни захтев или понуду за поравнање;
4. пропуштање да се благовремено потврди или одбије одштетни захтев уговарача или обавести уговарач о приговорима или резервацији права осигуравача;
5. одбијање, пропуштање или неоправдано кашњење са понудом за надокнадом одштетног захтева по полиси осигурања због тога што можда постоји друга полиса осигурања или зато што су трећа лица одговорна за проузроковану штету, изузев у случајевима предвиђеним условима осигурања;
6. предузимање мера да се постигне сагласност уговарача на потпуно и коначно гашење одштетног захтева у ситуацији када је извршена само делимична накнада штете, осим ако накнада штете представља поравнање сумњивог или спорног одштетног захтева;
7. одбијање да се плати одштетни захтев без спровођења адекватне истраге одштетног захтева;
8. у области осигурања приватних моторних возила, кашњење или одбијање да се плати одштетни захтев искључиво због тога што постоји другачија врста полисе осигурања по којој се може покрити цео или део штете; или
9. захтевање од подносиоца одштетног захтева, као предуслов за исплату одштетног захтева, да поднесе потврду о опорезивом савезном пореском приходу ради анализе или истраге, осим у случају:
  - (а) да суд нареди подносиоцу одштетног захтева да поднесе потврду о опорезивом пореском приходу;
  - (б) се ради о одштетном захтеву за пожарну штету; или
  - (в) одштетни захтев обухвата изгубелну зараду или приход.

Горе наведене радње не представљају основ за покретање тужбе трећег лица по основу једног или више одштетних захтева од осигураника покривеног полисом осигурања од одговорности.

Четврти део

АЛТЕРНАТИВНИ ПОСТУПАК ЗА ЗАШТИТУ  
ПРАВА КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА

## 1. ПОСТУПАК У ВЕЗИ СА ЗАШТИТОМ КОРИСНИКА УСЛУГА ОСИГУРАЊА

### 1.1. СРБИЈА

Народној банци Србије је Законом о осигурању, донетим 2004. године (*Службени гласник РС, бр. 55/04 29. 5. 2004. године*), поверена функција надзора над обављањем делатности осигурања. Поменути закон је први пут у Србији уведена функција заштите потрошача путем посредовања у решавању одштетних захтева, ради спречавања настанка спорова из основа осигурања, и разматрање приговора осигураника, корисника осигурања и трећих оштећених лица, коју врши НБС (Закон о осигурању, 2004, чл. 144).

Убрзо је НБС основала и Центар за медијацију ради заштите интереса корисника услуге осигурања. НБС је, доношењем подзаконског акта и отпочињањем послова посредовања децембра 2005. године, по први пут у нашој земљи, једној институцији поверено овлашћење за алтернативно решавање спорних питања између оштећених лица и друштава за осигурање путем спровођења поступка посредовања.

Треба истаћи да су овлашћења НБС, као надзорно-регулаторног органа, двострука према ЗО из 2004. године и новог ЗО из 2014. године. Контролом тржишног понашања даваоца услуге осигурања у складу са ЗО, она врши надзор и над поступањем тих лица у вези са заштитом права и интереса корисника услуге осигурања. На примеру Велике Британије, у оквир овог дела рада видећемо како на развијеном тржишту осигурања функционише самосталан Омбудсман за финансијске услуге.

Народна банка Србије, као надзорни орган осигурања по ЗО, прописала је правила о заштити корисника услуга осигурања Одлуком о начину заштите права и интереса корисника услуга осигурања (*Службени гласник РС, бр. 55/2015*). Овом одлуком ближе се уређују начин заштите права и интереса осигураника, уговарача осигурања, корисника осигурања и трећих оштећених лица, као и начин посредовања у решавању одштетних захтева, подношења приговора корисника услуге осигурања и поступања по том приговору.

Друштво за осигурање, друштво за посредовање у осигурању, друштво за заступање у осигурању, физичко лице – предузетник који је заступник у осигурању, као и банка, давалац финансијског лизинга и јавни поштански оператор који обављају послове заступања у осигурању на основу претходне сагласности НБС у складу са



законом, дужни су да обезбеде право на информисаност и заштиту права и интереса корисника услуге осигурања у складу са Законом о осигурању и том одлуком.

#### *1.1.1. Обавезе друштва за осигурање у вези са заштитом корисника услуге осигурања*

Друштво за осигурање је дужно да у писменој информацији коју пре закључења уговора о осигурању даје уговарачу осигурања, као и на својој интернет презентацији, наведе податке о начину подношења приговора друштву за осигурање, обавезном садржају тог приговора и року за достављање одговора на наводе из тог приговора.

Ако друштво за осигурање одлучује о захтеву из основа осигурања који је поднео корисник услуге осигурања, одлука донета у поступку по том захтеву мора да садржи поуку о праву на приговор.

Поступање по приговору и одлучивање о њему морају се заснивати на начелу једнакости, савесности и ефикасности. Подношење одштетног захтева или захтева за пружање одређених информација и објашњења не сматра се приговором.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор друштву за осигурање ако је незадовољан пружањем услуга тог друштва, а нарочито у вези са уговором о осигурању.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор у писменој форми у пословним просторијама или преко интернет презентације друштва за осигурање, поштом, телефаксом или електронском поштом (имејлом) на адресу која је намењена за пријем приговора.

Друштво за осигурање дужно је да писмени приговор корисника услуге осигурања прими у било којој пословној просторији у којој нуди услуге и да овом кориснику, на његов захтев, изда потврду о пријему приговора, с назнаком места и времена пријема, као и лица запосленог код друштва за осигурање које је приговор примило. Ако корисник услуге осигурања намерава да поднесе приговор усмено, друштво за осигурање дужно је да га упозори да оно није обавезно да разматра усмени приговор, као и да га поучи о начину на који се приговор може поднети.

Друштво за осигурање је дужно да адресу за пријем приговора, број телефакса, односно адресу за пријем приговора електронским путем наведе у писменој информацији коју пре закључења уговора о осигурању даје уговарачу осигурања, као и на својој интернет презентацији.

Ако је корисник услуге осигурања приговор поднео преко интернет презентације друштва за осигурање или електронском поштом, то друштво је дужно да одмах потврди пријем приговора.

Приговор се друштву за осигурање може поднети због повреде права или интереса у вези с радом тог друштва, а нарочито у вези са:

- поступањем друштва за осигурање, односно лица које за то друштво обавља послове заступања у осигурању;
- одлучивањем друштва за осигурање у вези са уговором о осигурању или његовим извршавањем.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор лично или преко свог заступника, односно пуномоћника. Приговор садржи следеће податке и документацију:

1. име, презиме и адресу подносиоца приговора ако је реч о физичком лицу, односно пословно име и седиште правног лица и име и презиме законског заступника правног лица, односно овлашћеног лица ако се приговор подноси у име и за рачун правног лица;
2. разлоге за приговор и захтеве његовог подносиоца;
3. доказе којима се поткрепљују наводи из приговора;
4. датум подношења приговора;
5. потпис подносиоца приговора, односно његовог заступника или пуномоћника, осим у случају да се приговор подноси у електронској форми;
6. пуномоћје за заступање ако је приговор поднео пуномоћник.

#### **а) Поступак одлучивања друштва за осигурање по приговору**

Друштво за осигурање је дужно да интерним актом ближе уреди поступак подношења приговора и одлучивања о њему у складу са одредбама Закона и наведене Одлуке.

Интерни акт мора да садржи ознаку лица у друштву за осигурање које је овлашћено за поступање по приговору, односно за давање одговора на приговор и које располаже стручним знањима потребним за одлучивање о приговору.

Друштво за осигурање дужно је да обавести Народну банку Србије о новом интерном акту, односно о свим његовим изменама и / или допунама у року од осам дана од дана усвајања овог акта, односно његових измена и / или допуна.

Ради објективне оцене навода и доказа из приговора, лице које учествује у поступку не може бити лице које је поступало, односно донело одлуку у име друштва за осигурање у случајевима у вези с којима је корисник услуге осигурања поднео приговор.

Друштво за осигурање је дужно да подносиоца приговора, на његов захтев, обавести о току поступка по приговору.

Након провере навода из приговора, односно оцене свих чињеница, доказа и информација у вези с тим наводима којима располаже, друштво за осигурање је дужно да одлучи о приговору и да подносиоцу приговора достави одговор.

Ако друштво утврди да није надлежно за решавање приговора, упутиће подносиоца приговора на надлежно лице, ако се оно може утврдити.

Друштво за осигурање је дужно да подносиоцу приговора писмено одговори најкасније у року од 15 дана од дана пријема приговора. Одговор садржи изјашњење на наводе из приговора, уз образложење, оцену основаности приговора и потпис овлашћеног лица.

Ако друштво за осигурање приговор оцени као основан, обавестиће подносиоца приговора о томе да ли су разлози због којих је приговор уложен отклоњени, односно о року за њихово отклањање и о мерама које ће бити предузете за њихово отклањање.

Ако је приговор достављен електронском поштом или подносилац приговора захтева да му се електронском поштом достави одговор, одговор се може послати у електронском облику, потписан квалификованим електронским потписом, у смислу закона којим се уређује електронски потпис.

Ако друштво за осигурање не може да достави одговор у року од 15 дана из разлога који не зависе од његове воље, тај рок може се продужити за највише 15 дана, о чему је друштво за осигурање дужно да писмено обавести корисника услуге осигурања у року од 15 дана од дана пријема приговора.

Обавештење треба да садржи разлоге због којих није могуће доставити одговор у року од 15 дана, као и крајњи рок у коме ће одговор бити достављен.

Друштво за осигурање је дужно да у поступку одлучивања о приговору комуницира с подносиоцем приговора на једноставан и разумљив начин. Друштво за осигурање је дужно да у одговору на приговор укаже кориснику услуге осигурања на

његово право да, ако није задовољан одговором друштва, поднесе приговор Народној банци Србије.

Друштво за осигурање не може кориснику услуге осигурања наплатити накнаду нити било које друге трошкове за поступање по приговору.

Друштво за осигурање је дужно да у електронском облику уредно води регистар примљених приговора, који садржи следеће податке:

1. име, презиме и адресу подносиоца приговора ако је реч о физичком лицу, односно пословно име и седиште правног лица и име и презиме законског заступника правног лица, односно овлашћеног лица које је поднело приговор;
2. број полисе осигурања, врсту осигурања и ризик који је тим осигурањем покривен;
3. начин и датум пријема приговора;
4. разлоге изјављивања приговора, уз обавезу њиховог разврставања према томе да ли се ради о приговору на поступање друштва за осигурање или његовог заступника или приговору на одлуку у вези са уговором о осигурању.
5. податак о исходу одлучивања по приговору;
6. датум достављања одговора на приговор, као и датум извршавања обавезе друштва за осигурање из тог одговора.

На основу анализираних правила о поступању друштва за осигурање по приговору корисника услуге осигурања, сматрамо да се у циљу заштите интереса кориснику услуге осигурања мора, изричито, обезбедити двостепеност поступка код друштва за осигурање. Ово зато што очигледно постоји сувише широк простор за друштва за осигурање у погледу начина поступања, због чега је могуће да о приговору одлучује појединац (председник Извршног одбора) који није учествовао у доношењу одлуке у првом степену. Зато сматрамо да другостепени орган у друштву за осигурање који одлучује о приговору уговарача осигурања треба да буде колективни орган у форми посебне комисије.

## **б) Контрола, мере друштва за осигурање и извештавање НБС**

Интерна ревизија друштва за осигурање најмање једном годишње има обавезу да анализира и контролише поступање друштва за осигурање по интерном акту о решавању приговора корисника услуга осигурања.

По спроведеном поступку контроле и анализе, интерна ревизија саставља извештај који садржи најмање опис предмета ревизије са значајнијим налазима, уочене неправилности, назначење одговорних лица и предлог мера и препорука за отклањање тих неправилности, као и рокове за њихово спровођење.

Друштво за осигурање, дужно је да прати и надзире примену интерног акта о решавању приговора корисника услуга осигурања, анализира извештај интерне ревизије друштва и предузима мере за отклањање утврђених неправилности у свом пословању. Извршни одбор друштва за осигурање дужан је да:

1. анализира узроке појединачних приговора и идентификује основни узрок који је заједнички за већи број приговора, ако се тај узрок може утврдити;
2. разматра могу ли утврђени узроци утицати и на друге процесе и производе осигурања, укључујући и оне на које се приговор директно не односи;
3. предузме одговарајуће мере ради отклањања, односно ограничавања и превенције настанка узрока приговора.

Друштво за осигурање дужно је да састави Извештај о примљеним приговорима и да га електронски достави Народној банци Србије, у складу са упутством којим се уређује електронско достављање података Народној банци Србије, и то најкасније у року од 15 дана од истека тромесечја.

Друштво за осигурање је дужно да, без одлагања, предузме потребне мере према лицу које за њега обавља послове заступања у осигурању, када утврди да то лице поступа супротно својим обавезама, односно да повређује права корисника услуге осигурања. Подаци у вези с повредом права корисника услуге осигурања и предузетим мерама морају бити наведени у Извештају о примљеним приговорима.

*1.1.2. Обавезе лица која обављају послове заступања у осигурању  
у вези са заштитом корисника услуге осигурања*

Друштво за заступање у осигурању, физичко лице – предузетник који је заступник у осигурању и банка, давалац финансијског лизинга и јавни поштански оператор који обављају послове заступања у осигурању на основу претходне сагласности Народне банке Србије у складу са законом, дужни су да обезбеде заштиту права и интереса корисника услуге осигурања у складу са уговором о заступању у осигурању закљученим са друштвом за осигурање.

Наведена лица могу, при поступању по приговору корисника услуге осигурања поднетом у вези с његовим обављањем послова заступања у осигурању, тај приговор упутити друштву за осигурање у чије име и за чији рачун обавља послове припреме и закључивања уговора о осигурању и о томе обавестити подносиоца приговора, ако је то предвиђено уговором о заступању у осигурању.

Ако је уговором о заступању утврђено да горе наведена лица обезбеђују заштиту права и интереса корисника услуге осигурања, та лица ту заштиту обезбеђују и поступају по приговору корисника поднетом у вези са обављањем послова заступања у осигурању сходном применом правила о поступању друштва за осигурање по приговорима корисника услуге осигурања.

*1.1.3. Поступање Народне банке Србије по приговору корисника услуге осигурања*

**а) Када је корисник услуге осигурања поднео приговор  
без претходног обраћања даваоцу услуге осигурања**

Корисник услуге осигурања може на рад друштва за осигурање, друштва за посредовање у осигурању, друштва за заступање у осигурању, физичког лица – предузетника који је заступник у осигурању, као и банке, даваоца финансијског лизинга и јавног поштанског оператора који послове заступања у осигурању обављају на основу претходне сагласности Народне банке Србије поднети приговор Народној банци Србије.

Ако корисник услуге осигурања достави приговор Народној банци Србије, а да претходно није поднео приговор даваоцу услуге осигурања, НБС неће разматрати наводе из тог приговора, већ ће га, одмах, а најкасније у року од осам од дана пријема, проследити даваоцу услуге осигурања, ради разматрања и достављања одговора кориснику услуге осигурања, на начин и у року прописаним овом одлуком, о чему ће истовремено обавестити корисника услуге осигурања.

У горе наведеном случају, давалац услуге осигурања дужан је да одговор на приговор упућен кориснику услуге осигурања истовремено достави и НБС.

### **б) Подношење приговора НБС и његово решавање**

Ако је подносилац приговора незадовољан одговором даваоца услуге осигурања или му тај одговор није достављен у прописаном року, спорни однос између корисника услуге осигурања и даваоца услуге осигурања може се решити у вансудском поступку – поступку посредовања НБС. Након што се покрене поступак посредовања, корисник не може поднети приговор Народној банци Србије, осим ако је овај поступак окончан обуставом или одустанком.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор Народној банци Србије на рад друштва за осигурање, друштва за посредовање у осигурању, друштва за заступање у осигурању, физичког лица – предузетника који је заступник у осигурању, као и банке, даваоца финансијског лизинга и јавног поштанског оператора који послове заступања у осигурању обављају на основу претходне сагласности НБС.

Ако корисник услуге осигурања достави приговор НБС, а да претходно није поднео приговор даваоцу услуге осигурања, НБС неће разматрати наводе из тог приговора, већ ће га, одмах, а најкасније у року од осам од дана пријема, проследити даваоцу услуге осигурања, ради разматрања и достављања одговора кориснику услуге осигурања, на начин и у року прописаним овом одлуком, о чему ће истовремено обавестити корисника услуге осигурања. У наведеном случају, давалац услуге осигурања дужан је да одговор на приговор упућен кориснику услуге осигурања истовремено достави и НБС.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор Народној банци Србије ако се пре тога писменим приговором обраћао даваоцу услуге осигурања и није био

задовољан његовим одговором или му давалац услуге осигурања није писмено одговорио на тај приговор у року утврђеном овом одлуком.

Приговор НБС се подноси у писменој форми, поштом или електронском поштом (имејлом) на адресу за пријем електронске поште НБС означену на њеној интернет презентацији.

Корисник услуге осигурања уз приговор упућен НБС доставља и приговор који је доставио даваоцу услуге осигурања, његов одговор (ако га је давалац доставио) и документацију на основу које се наводи из приговора НБС могу ценити.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор НБС у року од шест месеци од дана пријема одговора даваоца услуге осигурања или протекла рока за његово достављање.

Народна банка Србије ће најкасније у року од осам дана од дана пријема приговора дописом затражити од даваоца услуге осигурања да се изјасни о наводима из тог приговора, о чему ће истовремено обавестити корисника услуге осигурања.

Давалац услуге осигурања дужан је да се о наводима из приговора изјасни у писменој форми, у року који НБС одреди у горе наведеном допису а који не може бити дужи од осам дана од дана пријема тог дописа, као и да достави доказе којима се потврђују наводи из изјашњења.

По пријему изјашњења, односно по протеклу рока из тог става, НБС може од даваоца услуге осигурања захтевати додатна изјашњења, односно достављање одговарајућих доказа у року који одреди у свом захтеву.

Народна банка Србије кориснику услуге осигурања доставља коначан одговор најкасније у року од три месеца од дана пријема приговора, а у сложенијим предметима тај рок може се продужити за највише три месеца, о чему је НБС дужна да корисника услуге осигурања писмено обавести пре истека рока од три месеца од дана пријема приговора. У коначном одговору, НБС указује кориснику услуге осигурања на могућност вансудског решавања спорног односа с даваоцем услуге осигурања у поступку посредовања, описује тај поступак и рокове за његово спровођење, те назначава да се овај поступак спроводи без наплаћивања накнаде.

Народна банка Србије на својој интернет презентацији тромесечно објављује информације о приговорима који су јој поднети.



## **в) Посредовање НБС у решавању спорова између корисника и даваоца услуге осигурања**

Ако је корисник услуге незадовољан одговором даваоца услуге осигурања или му тај одговор није достављен у року утврђеном овом одлуком, спорни однос између корисника услуге осигурања и даваоца услуге осигурања може се решити у поступку посредовања, у складу са законом којим се уређује посредовање у решавању спорова.

Поступак посредовања испред НБС спроводе њени запослени који испуњавају услове за обављање послова посредника утврђене Законом о посредовању у решавању спорова (*Службени гласник РС*, бр. 55/2014) којим се уређују појам, начела, поступак и правно дејство посредовања у решавању спорова, услови за обављање посредовања, права и дужности посредника и програм обуке посредника.

Ако је у току поступања по приговору корисника услуге осигурања НБС покренут поступак посредовања, НБС ће застати с поступањем по том приговору, односно обуставиће поступање ако је посредовање окончано споразумом. Народна банка Србије спроводи поступак посредовања без накнаде, с тим што евентуалне трошкове који могу настати у том поступку стране сnose саме (трошкови путовања, смештаја, неплаћено одсуство с посла итд.)

Овде треба истаћи да се пристајањем на алтернативни начин решења спора (потписивањем изјаве о прихватању одлуке алтернативног органа за решење спора као коначне), губи могућност да се води редовни судски поступак. Ради се о грубој повреди права корисника услуге осигурања на судску заштита његових права и интереса, због чега би то право требало изричито напоменути у принудним прописима.

С обзиром на изузетно велика овлашћења НБС у односу на друштва за осигурање, друштва за посредовање и друштва за заступање (новчане казне, одузимање дозволе за рад итд.), овај поступак је јако ефикасан је се субјекти надзора, на основу досадашњег искуства, понашају много кооперативније него када НБС не би била укључена као орган алтернативног решавања спорова у осигурању. Са друге стране, било би корисно омогућити и друге алтернативне видове решавања спорова између пружалаца и корисника услуга осигурања као што је арбитража која се у Србији не користи.

## 1.2. ВЕЛИКА БРИТАНИЈА

### 1.2.1. Увод

Током двадесетог века било је неопходно да прођу деценије док није сазрела свест о потреби постојања једног независног органа који би штитио одређена права грађана. Тако је 1967. године формирана канцеларија Парламентарног омбудсмана, после чега су, до краја 70-их формиран омбудсмани у области здравствене заштите, локалне самоуправе итд. У области осигурања Британско удружење за право осигурања (*British Insurance Law Association – BILA*) одржала је колоквијум у јулу 1975. године на тему „Осигурање и потрошач” на којем је дискутовано о успешности независног система за решавање приговора и после којег је представник друштва за осигурање *Guardian Royal Exchange*, у септембру исте године, упутио меморандум друштвима за осигурање Велике Британије о потреби оснивања институције Омбудсмана осигурања (Mendelowitz, 2014, 67). После неколико година, 1981. године три осигуравача (*Guardian Royal Exchange*, *General Accident* и *Royal Insurance*) формирали су Канцеларију омбудсмана осигурања (*Insurance Ombudsman Bureau*) која је требало да самостално, независно и без накнаде решава приговоре клијената на понашање осигуравача. Радило се о добровољној, професионалној и невладиној иницијативи коју је подржао Национални савет потрошача. С обзиром да у то време није постојао ниједан други орган за надзор над применом пословних кодекса у области инвестиција и осигурања, већина осталих осигуравача се придружила тој организацији (Summer, 2009, 1).

Ступањем на снагу Закона о финансијским услугама и финансијским тржиштима 2000. године (Део XVI, чл. 225–234 /*Financial Services and Markets Act 2000*) Агенција за надзор финансијских услуга (*Financial Services Authority*) основала је Омбудсман за финансијске услуге (*Financial Ombudsman Service*, даље у тексту: Омбудсман) као једини орган за решавање приговора потрошача на рад пружалаца свих врста финансијских услуга. Специфичност овог органа је да је он основан у форми друштва са ограниченом одговорношћу, да се финансира из доприноса који су пружаоци финансијских услуга дужни да плаћају у фиксном износу или одређеном проценту од годишњих прихода (у случају друштава за посредовање у осигурању

0,484% од укупног годишњег прихода или минимално 100 фунти<sup>80</sup>, док допринос за друштва за неживотно осигурање износи 0,133%, а за друштва за животно осигурања 0,0183% од годишње бруто премије, у оба случаја минимално 100 фунти)<sup>81</sup> и посебних провизија које се од њих наплаћују по решавању предмета, чије су решавање пружаоци финансијских услуга упутили омбудсману и без обзира на исход одлуке омбудсмана. Његовим формирањем престали су да постоје омбудсмани који су оснивани током 70-их и 80-их година двадесетог века.<sup>82</sup> Тако је Омбудсман за финансијске услуге, на основу закона, стекао далеко ширу надлежност јер решава не само спорне ситуације из уговора о осигурању, већ и приговоре у области трговине, банкарства, задужбина, грађевинских задруга, берзанског пословања итд. због чега не чуди да је само у пословној 2014/2015 години (закључно са 31.3.2015. године) овај орган имао 3.476 запослених (Financial Ombudsman Service, 2015, 49), али треба имати у виду да он има право да, по потреби, ангажује и додатне стручњаке, због чега тај број може да буде и већи у одређеним периодима. Ради се о једном од најстаријих, највећих и најзапосленијих система омбудсмана у свету (Summer, 2009, 2).<sup>83</sup>

Законом о финансијским услугама и финансијским тржиштима 2000. године прописана је обавезна и добровољна надлежност Омбудсмана у зависности од тога да ли правно лице подлеже обавезном надзору. Тако обавезна надлежност Омбудсмана постоји за радње или пропусте у делатностима које подлежу надзорну надлежног органа, укључујући делатност осигурања, услуге плаћања, одобравање кредита и хипотекарних зајмова, плаћање картицама, пружање помоћних банкарских услуга или других помоћних активности, укључујући пружање савета у вези са тим услугама. Са друге стране, добровољна надлежност Омбудсмана постоји за банке и осигуравајућа друштва која пружају своје услуге потрошачима Велике Британије а имају седиште у другој држави чланице Европске уније и које су прихватиле надлежност Омбудсмана (Mendelowitz, 2014, 68).

---

<sup>80</sup> Приходи друштва за посредовање у осигурању су брокеража, провизије, награде и други са тим повезани приход (на пример, провизије за административне трошкове, доплате, суперпровизије, удели у добити) који оно потражује у вези са тим пословима (Prudential sourcebook, 2016, 4.3.3).

<sup>81</sup> FCA Handbook, FEES 5 Annex 1R 27182616342324 Annual General Levy Payable in Relation to the Compulsory Jurisdiction for 2015/16.

<sup>82</sup> То су: Канцеларија омбудсмана осигурања (*Insurance Ombudsman Bureau*), Канцеларију омбудсмана за банкарство (*Office of the Banking Ombudsman*), Канцеларију омбудсмана за грађевинске задруге (*Office of the Building Societies Ombudsman*), Канцеларију омбудсмана за инвестиције (*Office of the Investment Ombudsman*), Канцеларију омбудсмана Агенције за инвестиције физичких лица (*Personal Investment Authority Ombudsman Bureau*) и др.

<sup>83</sup> Само у периоду март 2014. – март 2015. године овај орган је примио 329.509 нових предмета и решио 448.387 старих и део нових предмета. Од укупног броја нових предмета, 62% (204.943) се односило на осигурање кредита (Financial Ombudsman Service, 2015, 21).

Утврђивање врсте надлежности Омбудсмана (обавезна или добровољна), поводом приговора на рад пружалаца услуга поднетом у прописаном року, зависи од врсте делатности на коју се односи приговор, места обављања делатности и тога да ли се ради о овлашћеном подносиоцу приговора.

Овлашћени подносилац приговора је лице које је потрошач, микро-предузеће у вези са приговорима о услугама плаћања, добротворне организације са годишњим приходом мањим од милиона фунти у тренутку подношења приговора, фидуцијар који располаже имовином нето вредности мањом од милион фунти у тренутку подношења приговора.

Омбудсман има обавезну надлежност за услуге које пружају правна лица са седиштем у Великој Британији или са седиштем у некој од држава Европског економског простора када се ради о прекограничним услугама. Према принципу добровољне надлежности, Омбудсман је овлашћен да решава и приговоре против пружалаца услуга без обзира на то да ли живе или имају седиште на територији Велике Британије.

Треба имати у виду да су управно-надзорна овлашћења у вези са заштитом корисника – потрошача финансијских услуга, укључујући и кориснике услуга осигурања, подељена на већи број институција. За област осигурања, од 1. јануара 2016. године, у Великој Британији то су: Омбудсман за финансијске услуге (*Financial Ombudsman Service – FOS*), који решава приговоре на поступке и / или пропусте на штету потрошача, Агенција за надзор понашања у финансијском сектору (*Financial Conduct Authority – FCA*), која надгледа општу заштиту потрошача финансијских услуга, Агенција за заштиту конкуренције и тржишта (*Competition and Markets Authority – CMA*) која контролише непоштене уговорне клаузуле и трговачку праксу на штету потрошача и Надзорни орган за управљање одштетним захтевима (*Claims Management Regulator – CMR*), који врши надзорна овлашћења над пословима правних лица икоја врше услуге процене и ликвидације одштетних захтева. Посебно је формирана Агенција за прудентни надзор (*Prudential Regulatory Authority – PRA*) која је надлежна за надзор финансијског сектора, укључујући и делатност осигурања. Овлашћења наведених институција и органа се у одређеним случајевима преклапају, због чега је могуће да један орган уступи поступање по неком предмету другом органу.

У наредним излагањима, разматрамо правила Кодекса Агенције за надзор понашања у финансијском сектору у вези са заштитом корисника услуга осигурања.

### 1.2.2. Обавезе осигуравача поводом решавања приговора

Поступак решавања приговора корисника услуга осигурања пред осигуравачем регулисан је правилима и смерницама Кодекса Агенције за надзор понашања у финансијском сектору.<sup>84</sup>

Када осигуравач прими приговор дужан је да кориснику услуге осигурања, без одлагања, пошаље писмену потврду да је приговор примио и да ради на његовом решавању. Осигуравач, такође, има обавезу да подносиоца приговора редовно обавештава о напретку и мерама које се предузимају ради решавања приговора.

Незадовољни корисник услуге осигурања мора, као што је то прихваћено у упоредним правним системима, прво да уложи приговор осигуравачу који има обавезу да у року од осам недеља пошаље писмени одговор на приговор. Уколико се корисник услуге осигурања прво обрати Омбудсману, он ће приговор упутити осигуравачу на поступак и одлучивање. Разлог због којег је установљен наведени рок за одговор на приговор корисника услуге осигурања је у томе што се очекује да у року од осам недеља по пријему приговора, готово сви приговори осигуравачу буду решени коначно или одговором о упућивању клијента на његовог решавање пред Омбудсманом (DISP, 2016, 1.6.7). Приликом анализе одговора осигуравача осигуранику, Агенција за надзор понашања у финансијском сектору може да у обзир узме одређени број околности, укључујући квалитет одговора у складу са правилима о решавању приговора, као и брзину давања одговора.

Одговор осигуравача мора да садржи неки од следећих, могућих решења: (а) да прихвата приговор и, ако је то могуће, понуди надокнаду штете или повраћај у пређашње стање; (б) да понуди надокнаду штете или повраћај у пређашње стање без прихватања приговора; или (в) да одбије приговор и да га образложи; (г) обавести корисника услуге осигурања да, у случају да је незадовољан одговором, има право да се обрати Омбудсману за финансијске услуге и доставити му брошуру Омбудсмана у којој се описује поступак пред тим органом, као и његову адресу на интернету; и (д) наведе

---

<sup>84</sup> Савет за опште стандарде осигурања (*The General Insurance Standards Council – GISC*) био је добровољни орган за спровођење пословних кодекса за делатност осигурања у Великој Британији између 2000. и 2005. године, када је његова надлежност пренета на Агенцију за стандарде у финансијском сектору (*Financial Standards Authority*), да би од 1. априла 2013. године ову агенцију заменила Агенција за надзор понашања у финансијском сектору (*Financial Conduct Authority*), а надзор над финансијским пословањем финансијског сектора био поверен Агенцији за прудентни надзор (*Prudential Regulatory Authority – PRA*) при Банци Енглеске.

да ли се осигуравач одриче примене правила о застарелости корист корисника услуге осигурања.

Ако осигуравач није у могућности да реши приговор и да „коначан одговор”, дужан је да корисника услуге осигурања обавести о тим разлозима и да испуни обавезе из тач. (г) и (д) из претходног пасуса. Кодекс Агенције за надзор понашања у финансијском сектору посебно штити потрошача финансијске услуге када шаље одговор осигуравачу тако што прописује да одговор корисника услуге осигурања о прихватању одговора осигуравача пуноважан је само ако су у одговору осигуравача испуњене обавезе које он има под тач. (г) и (д) из претходног пасуса.

Осигуравачи имају обавезу да два пута годишње достављају извештаје о примљеним приговорима овлашћених лица (DISP, 2016, 1.10.1 R, (1)). Они су дужни да Агенцији за надзор понашања у финансијском сектору достављају (1) укупан број примљених приговора; (2) укупан број решених приговора; (3) укупан број приговора које је осигуравач прихватио у извештајном периоду и нерешене приговоре на почетку извештајног периода и (4) укупан износ плаћених надокнада по уложеним приговорима током извештајног периода.

Осигуравач или други пружалац финансијске услуге има обавезу да изврши све одлуке и наредбе Омбудсмана и да изврши исплате са којима се сагласио у ранијој фази поступка. Осим тога, додатна заштита прописана Кодексом Агенције за надзор понашања у финансијском сектору је да подносилац приговора може да се обрати суду ради извршења одлуке Омбудсмана о исплати накнаде или извршења наредбе Омбудсмана (DISP, 2016, 3.7.13).

Производи осигурања од немогућности враћања кредита који се продају потрошачаима представљају важан део тржишта осигурања. О овој врсти осигурања се водила широка расправа у великом броју држава чланица ЕУ, али је она ескалирала до нивоа Европске агенције за надзор осигурања и пензијских фондова (даље у тексту: ЕАНОПФ). Поред тога, 2012. године ЕАНОПФ је идентификовао заштиту потрошача у вези са осигурањем од немогућности враћања кредита као један од кључних трендова који су уочили њени чланови имајући у виду величину тржишта и регулаторних питања који се јављају код појединих продајних метода (EIOPA's Initial Overview, 2012, 39).

Поред горе наведених општих правила поступања осигуравача поводом приговора уговарача осигурања, Кодекс Агенције за надзор понашања у финансијском сектору Велике Британије, због тога је прописао и извесна правила о решавању

приговора у осигурању немогућности враћања кредита због изузетно велике учесталости приговора на поступке осигуравача.

Због уочених проблема, Комисија за заштиту конкуренције<sup>85</sup> Велике Британије (даље у тексту: КЗК) у мају 2010. године је привремено одлучила да забрани продају осигурања кредита истовремено са уговором о кредиту.<sup>86</sup> Комисија је донела правила прописујући „забрану продавцима и посредницима да продају осигурање кредита својим потрошачима који узимају кредит у року од седам дана од дана закључења уговора о кредиту, осим ако се клијент не обрати продавцу у року од 24 сата после продаје кредита; забрану продаје полиса осигурања кредита уз једнократну премију (када се премија плаћа унапред у укупном износу, по правилу додавањем премије на износ позајмљеног кредита); забрана продавцима осигурања кредита у малопродаји да продају те производе одвојено када такође продају осигурања кредита комбинована са покрићем робе; и неколико услова у погледу обавезе давања одређених информација у рекламним материјалима на местима продаје кредита и осигурања кредита, као и сваке године после ступања на снагу полисе осигурања кредита” (Market investigation into payment protection insurance, 2009, 1).

КЗК је одлучила да се сви делови правила о одређеним ограничењима примењују на све продавце и посреднике и да њихова примена треба да се спроведе путем Уредбе (Payment Protection Insurance Market Investigation Order, 2011). После доношења правила о одређеним ограничењима, од 6. априла 2012. године производи осигурања кредита више не могу да се продају заједно са или истовремено са уговором о кредиту. Понуда за ово покриће се, ипак, може дати по протеклу седам дана од дана закључења уговора о кредиту. Продавац не може да га прода раније, али клијент га може купити ако захтева да се тај производ прода директно њему.

У даљем излагању, посвећујемо пажњу правилима из Кодекса Агенције за надзор понашања у финансијском сектору Велике Британије у вези са заштитом корисника услуга осигурања за све врсте осигурања, а посебно у вези са осигурањем кредита.

---

<sup>85</sup> Од 1. априла 2014. године Комисија за заштиту конкуренције је укинута и њене надлежности пренете на Агенцију за заштиту тржишта и конкуренције.

<sup>86</sup> “PPI sale ban set for go-ahead”. Доступно на: <http://www.bbc.com/news/10116339>, 20. 1. 2016.

### *1.2.3. Обавезе осигуравача поводом приговора на осигурање кредита*

#### **а) Оцена приговора**

Узимајући у обзир све информације које је доставио корисник услуге осигурања, као и друге информације које већ поседује или су му на располагању, друштво за осигурање треба да размотри да ли је дошло до кршења неке уговорне обавезе или пропуста. Осигуравач је дужан да утврди прави смисао приговора и да се не држи искључиво специфичних израза употребљених у приговору, као и да не тумачи уско питања истакнута у њему. Због тога осигуравач мора да примењује посебан приступ решавању приговора којим ће се појаснити природа приговора.

По потреби, осигуравач би требало да директно консултује подносиоца приговора да би у потпуности разумео различите елементе приговора, без обзира да ли је приговор поднео лично корисник услуге осигурања или га је у његово име поднело неко треће лице. Посебно се истиче да осигуравач не сме да користи ову могућност само да би одложио слање одговора на приговор (DISP Appendix 3, 2016, 3.2.2.).

Када се приговором покрећу питања која се могу односити на продају или касније одбијени одштетни захтев, онда постоји обавеза да се проактивно анализира да ли се питања истакнута у приговору односе на продају и одштетни захтев и да се одлучи о приговору и захтеву у складу са тим, без обзира на то шта је предмет главног приговора.

Ако током одлучивања о приговору осигуравач утврди да је дошло до кршења уговорне обавезе или пропуста на који није стављен приговор, осигуравач је дужан да заузме став и о томе као да су оне истакнуте у приговору.

Осигуравач треба да узме у обзир све информације које већ поседује о продаји и размотри друга питања која могу да буду важна за продају другим средствима, нас пример, анализом изворног узрока. Осигуравач треба да све уговоре о осигурању од немогућности плаћања корисника услуге осигурања у вези са кредитима за рефинансирање који су обухваћени тим уговорима о осигурању који су предмет приговора. Осигуравач треба да размотри кумулативни финансијски утицај на подносиоца приговора поводом свих претходних кршења уговорних обавеза или пропуста приликом продаје осигурања.



## **б) Начин разматрања доказа**

Поводом поднетог приговора корисника услуге осигурања, осигуравач мора да коректно оцени приговор давањем одговарајуће важности и уравнотеженог узимања у обзир свих расположивих доказа, укључујући и оно што је подносилац приговора навео у приговору као и свих других информација у вези са продајом. Од осигуравача се не очекује да аутоматски претпостави да је дошло до кршења уговорне обавезе или пропуста.

Осигуравач се не може искључиво ослањати на неки детаљ из услова осигурања да би одбио оно на шта се позива подносилац приговора да је рекао приликом закључења полисе осигурања.

Осигуравач треба да прихвати његову усмену изјаву као довољан доказ а не да је одбацује само зато што о садржини изјаве нема писменог доказа. Осигуравач мора да узме у обзир ограничену способност подносиоца приговора да свеобухватно формулише свој приговор или да објасни своје поступке или одлуке донете у тренутку закључења уговора о осигурању.

Ако су тврдње подносиоца приговора о околностима у тренутку закључења уговора супротне досијеу осигуравача или остављају места сумњи, осигуравач треба да савесно и поштено оцени поузданост његових тврдњи. Осигуравач треба да предузме све разумне напоре, ако је потребно и контакт са подносиоцем приговора, ради разјашњења спорних питања или контрадикторних доказа пре доношења било које одлуке против подносиоца приговора.

Кодекс Агенције за надзор кодекса у финансијском сектору посебно регулише случајеве у којима осигуравач, из неколико разлога, не сме да ускрати право корисника услуге осигурања који је поднео приговор. Тако осигуравач не сме да одбије изјаве подносиоца приговора о спорним околностима искључиво због тога што је подносилац приговора потписао документацију битну за закључење уговора о осигурању, као и да одбије приговор због тога што је његов подносилац пропустио да користи своје право да раскине уговор о осигурању (DISP Appendix 3, 2016, 3.3.5; 3.3.6).

Према поменутом Кодексу осигуравач не сме да полази од одређених претпоставки које су на штету корисника услуге осигурања. Тако осигуравач не сме да претпоставља да је успешан одштетни захтев подносиоца приговора сам по себи довољан доказ да је корисник услуге осигурања имао потребу да закључи уговор о осигурању, да је разумео услове осигурања или да би га закључио без обзира на

кршење уговорне обавезе или пропуста осигуравача (DISP Appendix 3, 2016, 3.3.7). Осигуравач не сме да извлачи негативан закључак због тога што подносилац приговора није чувао документацију у вези са закључењем уговора о осигурању до неког одређеног рока (DISP Appendix 3, 2016, 3.3.8). Осим тога, осигуравач не сме да полази од претпоставке да зато што није био овлашћен да пружи савет или да зато што је продају вршио без давања препоруке, он у ствари није пружио савет о конкретном уговору о осигурању (DISP Appendix 3, 2016, 3.3.10). Осигуравач треба да размотри расположиве доказе и заузме став да ли је, изричито или прећутно, дао савет или препоруку подносиоцу приговора.

Приликом одлучивања о одређеном приговору, осигуравач треба већу доказну вредност да пружи доказима у вези са тим шта се догодило током закључења уговора о осигурању уместо уопштеног доказа о продајној пракси. Другим речима, осигуравач се не може позивати на материјале са обуке о продаји осигурања, приручницима о продаји или извештајима ревизије или функције контроле законитости којима би доказивао исправност неког поступка, процедуре, објашњења потрошачу и сл.

Осигуравач треба да у свим околностима утврђује да ли је подносиоцу приговора доставио информацију на коректан, јасан и не обмањујући начин посебно имајући у виду потребу корисника услуге осигурања за информацијама. Приликом анализе усклађености обима и садржине информација пружених кориснику услуге осигурања, осигуравач посебно треба да води рачуна о следећем (DISP Appendix 3, 2016, 3.3.12):

1. појединачним околностима подносиоца приговора у тренутку закључења уговора о осигурању (на пример, осигуравач треба да узима у обзир све доказе ограниченог финансијског капацитета или разумевања подносиоца приговора);
2. циљевима и намерама подносиоца приговора у тренутку закључења уговора;
3. да ли је из угла просечног потрошача достављена документација подносиоцу приговора била довољно јасна, концизна и коректно представљена (на пример, да ли је документација састављена јасним и разумљивим језиком);
4. када је о закључењу уговора о осигурању преговарано претежно усмено, да ли је довољно информација достављено током разговора о уговору о осигурању како би потрошач могао да донесе одлуку засновану на

довољно информација (на пример, да ли је осигуравач усмено објаснио главне карактеристике уговора о осигурању или посебно скренуо пажњу подносиоца приговора на ту информацију на екрану рачунара или у неком документу и да ли је подносиоцу приговора оставио довољно времена да га прочита и размотри);

5. све доказе о тону и брзини усмене комуникације (на пример, да ли је документација прочитана сувише брзо за подносиоца приговора да би је разумео); и
6. сва друга додатна објашњења или информације осигуравача у његовом одговору на покренута питања од стране подносиоца приговора.

Осигуравач не сме да одбаци приговор искључиво због тога што је његов подносилац у прошлости имао уговор о осигурању кредита.

Ако је приговор поднет због продаје осигурања, осигуравач треба да у склопу своје истраге у вези са приговором, одреди да ли је неки одштетни захтев по датој полиси осигурања претходно био одбијен и ако јесте, да ли је подносилац приговора можда разложно очекивао да ће одштетни захтев бити плаћен. На пример, подносилац приговора је можда разложно очекивао да ће одштетни захтев бити плаћен због тога што осигуравач није адекватно пријавио неко искључење или ограничење из покрића на које се касније позвао због чега осигуравачу мора да буде јасно да су искључења или ограничења у осигуравајућем покрићу битна за корисника услуга осигурања.

### **в) Анализа изворног узрока**

Обавеза је осигуравача да ради испуњавања обавезе решавања приговора корисника услуга осигурања успоставе адекватну управу и контроле и да преузимају разумне кораке да би могли да идентификују и исправљају све учестале и системске проблеме тако што ће (DISP, 2016, 1.3.3 R): (1) анализирати узроке појединачних приговора ради утврђивања изворних узрока карактеристичних за дату врсту приговора; (2) разматрати да ли изворни узроци могу такође утицати на друге процесе или производе, укључујући и оне на које осигуравач није добијао приговоре; и (3) исправљати, ако је то реазумно могуће, изворне узроке. Наведене обавезе представљају само опис могућих мера и процеса у друштву за осигурање које треба да обухвати адекватна управа и контроле у друштву за осигурање, због чега је обавеза свих

друштва за осигурање да, по потреби, прошире и детаљније прецизирају све њима важне процесе и функције битне за идентификацију и решавање системских и других проблема у пословању друштва за осигурање.

У области осигурања од немогућности отплате кредита, у вези са примљеним приговором осигуравач треба да анализира околности датог случаја и утврди изворне узроке који су довели до подношења приговора укључујући, али не ограничавајући се на:

1. питања које је истакао подносилац приговора на околности у тренутку закључења уговора и каснији период;
2. разлоге за одбијене одштетне захтеве и приговоре;
3. осигуравачеву устаљену продајну праксу у тренутку закључења уговора о осигурању;
4. доказе којима располаже осигуравач о стварној продајној пракси у релевантном тренутку, што може да обухвати сећања засполених и подносиоца приговора, извештаји функције контроле осигуравача и друга документа састављена о одређеним трансакцијама, на пример снимци телефонских разговора и налози дати саветницима);
5. релевантне налазе надзорног органа; и
6. релевантне одлуке Омбудсмана за финансијске услуге.

Када анализа изворних узрока поднесеног приговора указује на учестали или системски проблем у продајним процедурама осигуравача, приликом одлучивања о појединачном приговору осигуравач треба да размотри да ли су ти проблеми вероватно допринели кршењу обавеза или пропусту у конкретном случају, без обзира да ли је на те проблеме посебно указао подносилац приговора.

Ако осигуравач, из претходно поднетих приговора или на други начин, идентификује учестале или системске проблеме у својим продајним процедурама за одређену врсту уговора о осигурању кредита, било за продају уопште или за одређена места или продајне канале, осигуравач има обавезу да размотри да ли је требао да поступи имајући у виду положај потрошача који је можда претрпео штету или потенцијално био ускраћен у неком праву због тих проблема али који се није жалио, и ако то утврди, да предузме адекватне и сразмерне мере ради обезбеђења да ти потрошачи имају могућност адекватног обештећења или одговарајућа могућност да остваре надокнаду штете (DISP Appendix 3, 2016, 3.4.3). Приликом утврђивања постојања претходно наведених околности осигуравач треба да (1) оцени обим и

тежину штете која је могла настати по потрошача и (2) размотри да ли је поштено и разумно да проактивно предузме процедуру обештећења или исправке проблема, што може да обухвати и контактирање потрошача који се није жалио.

#### **г) Правила за одређивање последица кршења обавезе или пропуста**

Ако осигуравач утврди да је дошло до кршења уговорне обавезе или пропуста, има обавезу да анализира да ли би подносилац приговора закључио уговор о осигурању кредита да није дошло до кршења уговорне обавезе или пропуста.

Ако нема других доказа, осигуравач је овлашћен да пође од претпоставке да подносилац приговора не би закључио уговор о осигурању кредита, који је иначе закључио, под условом да је закључење уговора било у битно поремећеним околностима, као што је:

1. притисак осигуравача на подносиоца приговора на закључење уговора о осигурању од кредита; или
2. непријављивање подносиоцу приговора да је осигурање добровољно благовремено пре закључења уговора о осигурању и на начин који је поштен, јасан и необмањујући; или
3. закључење продаје осигурања без изричите сагласности подносиоца приговора на закључење полисе осигурања; или
4. благовремено непријављивање на поштен, јасан и необмањујући начин важних искључења и ограничења подносиоцу приговора која би, по правилу, утицала на одлуку потрошача да закључи уговор о осигурању; или
5. код продаје уз пружање услуга саветовања непредузимање разумних корака како би уговор о осигурању одговарао захтевима и потребама подносиоца приговора, узимајући у обзир све релевантне околности, као што су сума осигурања, цена, релевантна искључења, франшизе, ограничења и други услови; или
6. непредузимање разумних корака ради закључења уговора о осигурању по којем би подносилац приговора једино имао право на надокнаду штете; или

7. благовремено непријављивање потрошачу на поштен, јасан и необмањујући начин да делови покрића не важе које осигуравач утврди приликом сачињавања полисе; или
8. благовремено непријављивање подносиоцу приговора на поштен, јасан и необмањујући начин пре закључења уговора укупних (не месечних) трошкова осигурања одвојено од других цена (или основа за израчунавање да би подносилац приговор могао да их провери; или
9. препоручивања јединствене премије по уговору о осигурању кредита без предузимања адекватних корака, ако уговор о осигурању није имао клаузулу о поврату про-рата премије, како би утврдио да ли је постојала могућност да подносилац приговора исплати или рефинансира кредит пре његовог истека; или
10. давања подносиоцу приговора обмањујућих или нетачних информација о уговору о осигурању; или
11. продаји подносиоцу приговора уговора о осигурању у којем укупни трошак (заједно са каматом на премију, ако је има) премашује бенефиције по уговору о осигурању (изузев животног осигурања); или
12. непријављивању подносиоцу приговора код продаје уговора о осигурању кредита уз једнократну премију, на поштен, јасан и необмањујући начин пре закључења уговора:
  - (а) да ће премија бити придодата на износ по уговору о кредиту, да ће се камата обрачунавати на премију и камату на премију; или
  - (б) да је период осигурања краћи од периода уговора о кредиту и последицама тог непоклапања (ако се примењује); или
  - (в) да подносилац приговора неће примити поврат про-рата премије ако буде морао да врати или рефинансира кредит или на други начин откаже уговор о осигурању на јединствену премију после периода предомишљања (ако се примењује).

**д) Општи стандарди поступања у вези са  
надокнадом за све врсте уговора о осигурању**

Ако осигуравач закључи да би подносилац приговора свакако закључио уговор о

осигурању кредита, нема обавезу да исплати било какву накнаду подносиоцу приговора у вези са утврђеном повредом обавезе или пропуста. Али ако осигуравач утврди да је подносилац приговора разумно очекивао да ће одбијени одштетни захтев бити плаћен, онда:

1. ако вредност одштетног захтева премашује износ накнаде коју би требало платити подносиоцу приговора због утврђене повреде обавезе или пропуста, осигуравач има обавезу да плати подносиоцу приговора само вредност одштетног захтева и камату ако је уговорена; и
2. ако је вредност одштетног захтева мања од износа накнаде коју би требало платити подносиоцу приговора због утврђене повреде обавезе или пропуста, осигуравач је у обавези да плати подносиоцу приговора износ накнаде.

Ако осигуравач закључи да подносилац приговора не би закључио уговор о осигурању кредита који је закључио, уколико не користи неке друге, алтернативне начине решавања његовог приговора, осигуравач треба да у највећој могућој мери стави подносиоца приговора у положај у којем би био да није закључио уговор о осигурању кредита.

У случају да осигуравач одлучи да исплати надокнаду подносиоцу приговора, осигуравач треба да му плати суму једнаку укупном износу који је платио подносилац приговора у вези са уговором о осигурању кредита заједно са припадајућом каматом. Ако је подносилац приговора остварио неки попуст на пример, у случају да је отказао уговор о осигурању уз једнократну премију пре природног истека и остварио поврат, осигуравач може умањити износ попушта од суме коју треба да плати подносиоцу приговора.

У случају да је једнократна премија урачуната у износ кредита:

1. за уговоре о осигурању који су на снази:
  - (а) ако постоји неизмирени салдо кредита, осигуравач треба, ако је то могуће, да без накнаде од подносиоца приговора договори реструктурирање зајма применом било које вредности за отпис:
    - (аа) брисањем износа у вези са уговором о осигурању кредита, заједно са каматом и осталим трошковима; и
    - (аб) обезбеђењем истог броја и износа свих недospelих рата, заједно са каматом и осталим трошковима, које би постојале

да је подносилац приговора закључио уговор о кредиту без уговора о осигурању кредита; или

(б) ако осигуравач није у могућности да договори реструктурирање зајма, у обавези је да плати подносиоцу приговора износ једнак разлици између стварне суме преосталог износа зајма и износа који би постојао да суме по уговору о осигурању, заједно са каматом и трошковима нису урачунате у зајам, уз умањење текуће отписне вредности. Осигуравач је у обавези да подносиоцу приговора понуди надокнаду свих трошкова ако подносилац приговора искористи ову суму ради смањења износа зајма за отплату; и

2. у вези са отказаним полисама, осигуравач би требало да плати подносиоцу приговора разлику између стварног износа преосталог зајма у тренутку отказа према износу зајма који би постојао да у њега није урачуната премија осигурања заједно са каматом и умањена за отписну вредност ако она постоји.

Ако је одштетни захтев претходно исплаћен по уговору о осигурању, осигуравач може умањити тај износ од накнаде. Ако је одштетни захтев виши од суме коју треба платити, осигуравач такође може смањити износ своје обавезе.

#### **е) Алтернативни стандарди поступања у вези са надокнадом код осигурања уз једнократну премију**

Ако је једини пропуст или повреда уговорне обавезе била у вези са осигурањем уз једнократну премију, под условом да не постоје неке друге околности, осигуравач има право да претпостави да би, уместо закљученог уговора о осигурању кредита уз једнократну премију, подносилац приговора закључио уговор о осигурању кредита уз текућу премију.

Ако се осигуравач одлучи да примени горе наведену претпоставку, онда треба да усклади свој начин поступања на једнообразан начин према свим подносиоцима приговора из исте врсте осигурања и продајног канала. Међутим, он не сме да примењује заузети приступ само према подносиоцима приговора које сматра нижи осигуравајућим ризиком или оним који су отказали његове полисе осигурања.



Ако осигуравач претпоставља да би подносилац приговора закључио уговор о осигурању кредита уз текућу премију, осигуравач је у обавези да понуди надокнаду која подносиоца приговора ставља у положај у којем би био да ја закључио алтернативни уговор о осигурању кредита уз текућу премију.

Осигуравач треба да размотри да ли је примерено да умањи вредност плаћених штета од надокнаде коју треба да исплати.

Кодексом Агенције за надзор кодекса у финансијском сектору прописано је да осигуравач исплаћује обештећење подносиоца приговора у износу од 9% од бенефиција које се плаћају месечно од алтернативне текуће премије уговора о осигурању кредита. На пример, ако је месечна рата кредита 200 фунти, цена алтернативне текуће премије уговора о осигурању кредита износи 18 фунти.

Ако осигуравач претпоставља да би подносилац приговора закључио уговор о осигурању кредита уз текућу премију и ако подносилац приговора то изричито жели, постојеће осигуравајуће покриће наставља дејство све од истека периода покрића. Подносилац приговора има обавезу да плати цену уговора о осигурању кредита уз текућу премију и треба да има право да га откаже у сваком тренутку.

Подносиоцу одштетног захтева осигуравач мора да обезбеди могућност да он може да донесе одлуку о наставку уговора о осигурању на основу поузданих информација. Због тога, осигуравач треба да:

1. понуди информације о постојећем уговору о осигурању кредита;
2. обавести подносиоца приговора да можда може да нађе слично осигуравајуће покриће код другог пружаоца услуга осигурања по нижој премији, ако се одлучи да откаже уговор о осигурању и користи се алтернативним решењем, али осигуравач мора да подсети подносиоца приговора да можда неће имати право на осигурање ако су се његове личне прилике (на пример, здравствено стање или радно мести) промениле од тренутка закључења првог уговора о осигурању;
3. упозна подносиоца приговора са променама правила о отказу у случају наставка осигурања;
4. објасни како ће се наплаћивати будућа премија и трошкови наредног покрића; и
5. упути подносиоца приговора на интернет адресу: [www.moneyadviceservice.org.uk](http://www.moneyadviceservice.org.uk) као извора информација о алтернативним уговорима о осигурању кредита.

#### *1.2.4. Поступак решавања приговора пред Омбудсманом*

По пријему приговора, Омбудсман прво проверава да ли постоји његова надлежност.

Ако није протекао рок од осам недеља у којем је пружалац финансијских услуга имао обавезу да разматри и реши приговор, Омбудсман ће приговор упутити пружаоцу финансијских услуга. Ако се пружалац финансијских услуга позове на ненадлежност Омбудсмана за решавање приговора, као и онда када Омбудсман сматра да је ненадлежан, пре него што донесе одлуку, Омбудсман ће дати прилику обема странама да се изјасне по овом питању.

Ако Омбудсман одлучи да је ненадлежан за решавање приговора, кориснику финансијске услуге ће доставити образложење те одлуке и о томе обавестити пружаоца финансијске услуге. У супротном, Омбудсман ће обавестити подносиоца приговора да је надлежан за решавање и приговора и своју образложену одлуку доставити пружаоцу финансијских услуга.

Кодексом Агенције за надзор кодекса у финансијском сектору прописано је деветнаест основа по којима Омбудсман може да одбије приговор. То ће бити случај ако:

1. Подносилац приговора није претрпео или је мало вероватно да ће претрпети финансијски губитак, материјални поремећај или материјални проблем;
2. Приговор је неозбиљан или проблематичан;
3. Приговор очигледно нема никакве разумне шансе на успех;
4. Пружалац финансијске услуге је већ понудио надокнаду штете или је већ добровољно исплатио неки износ, под условом да је она коректна и разуман у околностима на које се позива подносилац приговора;
5. Осигуравач је анализирао предмет приговора у складу са
  - (а) регулаторним стандардима анализе таквих трансакција у тренутку оцене; или
  - (б) [брисано];
  - (ц) свим регулаторним обавезама, стандардима или смерницама које је објавила Агенција за надзор кодекса у финансијском сектору или друга институција у вези са датом врстом приговора (укључујући, ако је потребно, давање подносиоцу приговора понуде за надокнаду

штете, осим ако он сматра да осигуравач није узео у обзир посебне околности случаја; или

- 5A. Осигуравач је анализирао предмет приговора и донео одлуку о надокнади штете у складу са условима *Плана обештећења потрошача*; или
6. Предмет приговора је Омбудсман већ разматрао или искључио, осим у случају новог материјалног доказа до којег је дошао подносилац приговора, а за који Омбудсман сматра да ће вероватно утицати на одлуку о приговору; или
7. Предмет приговора је решила или се о њему одлучује у еквивалентном независном плану решавања приговора или поступку решавања спора; или
8. Предмет приговора је разматран у судском поступку и о њему је донета правоснажна одлука; или
9. Предмет приговора се разматра у судском поступку који је у току, осим у случају застоја поступка (на основу споразума странака или на основу одлуке суда) због чега се може сматрати да се ради о питању из надлежности Омбудсмана; или
10. Ако би више одговарало да предмет приговора решава суд, арбитража или друга институција; или
11. Ради се о приговору о легитимном извршењу пресуде у осигуравачеву корист; или
12. Ради се о приговору запослених подносиоца приговора на радни однос; или
13. Ради се о приговору о инвестиционој перформанси; или
14. Ради се о приговору на одлуку осигуравача приликом вршења његовог права по основу тестаментa или труста; или
15. Ради се о приговору о пропусту осигуравача да тражи сагласност од корисника осигурања пре вршења његовог права по основу тестаментa или труста, ако не постоји законска обавеза на тражење сагласности корисника осигурања; или
16. Ради се о приговору који:
  - (а) се односи на више од једног подносиоца приговора; и

(б) је упућен Омбудсману без сагласности другог заинтересованог лица, а Омбудсман сматра да не би било адекватно да решава приговор без сагласности заинтересованих лица; или

16А. Ради се о приговору из односа закупа непокретности насталих из прописаних уговора о продаји и закупу; или

17. Постоје други озбиљни разлози због којих није адекватно да Омбудсман решава приговор.

Омбудсман има обавезу да покуша да реши приговор у најранијој фази поступка применом средстава за које сматра да су одговарајући, укључујући посредовање или истрагу. Омбудсман може да обавести подносиоца приговора да би било исправније да приговор поднесе против неког другог пружаоца финансијских услуга.

Ако се два или више приговора једног лица односе на повезане околности, Омбудсман може да их заједно истражи и утврди одвојене процене и закључке о свим пружаоцима финансијских услуга. Ово се посебно односи на случај када осигураник уговара осигурање преко посредника у осигурању. Овде може доћи до проблема због тога што Омбудсман нема изграђен став да ли да посредника третира агентом осигураника или осигуравача, због чега савестан осигураник трпи последице преварног или немарног пропуства да се пријаве битне чињенице за оцену ризика као основа за одбијање обавезе осигуравача (Summer, 2009, 34). Ипак, чини се да потрошач који покрене поступак пред Омбудсманом може да има више шансе да наплати накнаду од осигуравача, него када би се примењивали прописи (Insurance Contract Law Issues, 2007, 38).

Поред истраге, Омбудсман саслушава странке само на њихов писмени захтев. У Странка која жели да буде саслушана има обавезу да у писменом поднеску наведе питања која жели да се размотре и разлоге због чега жели самостално саслушање (ако то тражи). Омбудсман такође може да одлучује која питања је потребно доказати, које усмене и писмене доказе су странке дужне да поднесу и начин њихове презентације.

#### *1.2.5. Одлуке Омбудсмана*

Омбудсман решава приговоре применом стандарда који су, по његовом мишљењу, правични и разумни у свим околностима датог случаја. Правична и разумна одлука Омбудсмана заснива се на релевантним законима и подзаконским прописима,

правилима, смерницама и стандардима надзорног органа, пословним кодексима и на ономе што Омбудсман сматра да представља добру праксу делатности осигурања у тренутку када је поднет приговор.

Ако подносилац приговора поднесе приговор против више од једног осигуравача поводом повезаног чињеничног стања или околности случаја, Омбудсман може да наложи осигуравачима испуњавање сразмерних обавеза из јединствене одлуке коју Омбудсман донесе.

Када Омбудсман донесе одлуку о решењу приговора:

1. Омбудсман има обавезу да обема странама достави потписану писмену изјаву о решењу приговор заједно са образложењем;
2. Изјавом ће се подносилац приговора обавезати да обавести Омбудсмана, пре датума одређеног у изјави, да ли прихвата или одбија решење приговора;
3. Ако подносилац приговора у року обавести Омбудсмана да прихвата решење приговора, оно је коначно и обавезујуће за обе стране;
4. Ако подносилац приговора у року не обавести Омбудсмана да прихвата решење приговора, подносилац приговора ће бити третиран као да се није сагласио са решењем Омбудсмана, у којем случају ниједна страна у спору није обавезана тим решењем;
- 4А. Неће се сматрати да је подносилац приговора одбио решење приговора ако су испуњени сви следећи услови:
  - (а) подносилац приговора обавести Омбудсмана о прихватању решења приговора после истека рока;
  - (б) подносилац приговора није претходно обавестио Омбудсмана да није сагласан са решењем приговора;
  - (ц) према мишљењу Омбудсмана, непоштовање рока за изјашњење о решењу приговора био је последица ванредних околности;
5. Омбудсман је дужан да обавести осигуравача о исходу приговора као и у случају када је подносилац приговора одбио решење приговора.

Омбудсман може да исправи све штампарске грешке у писменој изјави о решењу Омбудсмана, без обзира да ли је решење прихваћено или одбијено. Такође, према Кодексу Агенције за надзор кодекса у финансијском сектору било који пропуст да се поступи по процесним правилима које је установио Омбудсман, не доводи до ништавости решења Омбудсмана (DISP, 2016, 3.6.7.(2)).

Ако приговор буде решен у корист његовог подносиоца приговора, одлука Омбудсмана може да установљава једну или више од следећих обавеза за пружаоца финансијске услуге: (1) да установи новчану обавезу која може да се односи на надокнаду настале или будуће штете или накнаду за бол и патњу, нарушење репутације, због проузрокованог стреса или проблема, (2) да плати камату, (3) да плати трошкове поступка или (4) да му нареди извршење неке друге обавезе.

Колико су широка овлашћења Омбудсмана у погледу одлучивања види се и по томе да он може да донесе одлуку о надокнади штете због стреса или проблема и онда када подносилац приговора није захтевао надокнаду те врсте штете или када је приговор одбијен, као и онда када је немарно управљање одштетним захтевом довело до стреса или проблема.<sup>87</sup> За разлику од таквих овлашћења Омбудсмана, суд не може да досуђује надокнаде штете мимо уговора о осигурању и закона.

Ради се о правилу поступања у случају грешке Омбудсмана због које је корисник услуга осигурања имао финансијски губитак, због чега је неопходно признати емотивни или практични штетни утицај који је претрпео корисник услуге осигурања.<sup>88</sup> Нематеријални штетни утицај односи се на:

1. стрес, који обухвата и срамоту, бригу, разочарање, губитак наде, тугу и напетост. Може да постоји извесно преклапање између бола и патње, на пример, ако се неко разболи због стреса;
2. проблем, који обухвата време које неко проведе или напоре које је имао због пословне грешке;
3. бол и патња, који укључују телесну или менталну патњу насталу због поступка осигуравача; или
4. нарушење репутације – када је нечија лична репутација негативно погођена директно због пословних одлука.

Овлашћење Омбудсмана да досуди наведене врсте надокнаде штета заснива се на правилу Кодекса Агенције за надзор кодекса финансијских услуга по којем Омбудсман може досудити правичну надокнаду сразмерног штетног утицаја који су пословне одлуке или поступци (или непредузимање одређених радњи) имале на потрошача (DISP, 2016, 3.7.2). Због тога је могуће да у два одвојена случаја за исту грешку осигуравача Омбудсман досуди различите износе надокнаде штете, ако је

---

<sup>87</sup> Briefing Note from the FOS November 2001; FOS Technical Note on Distress and Inconvenience updated July 2008.

<sup>88</sup> Доступно на: [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/distress-and-inconvenience.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/distress-and-inconvenience.htm), 25. 6. 2016.

грешка проузвела различите последице на потрошаче. Осим тога, под условом да подносилац приговора докаже може да докаже, Омбудсман може да досуди и надокнаду губитка времена.

У техничком упутству Омбудсмана о поступању у случају надокнаде штете због стреса и проблема, наводе се примери начина на који ће Омбудсман одлучивати.<sup>89</sup> Тако, чињеница да је телефонска линија била заузета или име корисника услуге осигурања погрешно написано може да произведе незадовољство и нервозу, али је мало вероватно да би у том случају Омбудсман обавезао осигуравача да за то плати надокнаду штете, изузев ако је такво стање проузроковало озбиљне последице на конкретног клијента. Постоје, такође, извесни догађаји који могу да емотивно утичу на неко лице, без обзира на то да ли се нешто недозвољено десило. На пример, постављање одштетног захтева осигурања после наступања смрти или повреде је стресно, док су саобраћајне незгоде или провалне крађе непријатне и узнемирујуће. Међутим, ниједан од наведених догађаја, сам по себи, није кривица осигуравача те је зато некоректно захтевати од осигуравача да плати додатну надокнаду штете.

На пример у једном случају Омбудсман је одлучио да не досуди надокнаду штете због тога што се у осигураном видео рикордеру (радило се о осигурању продужене гаранције за производ – прим. аут.) наставио квар иако је осигуравач покушавао неколико месеци да га поправи. Подносилац приговора је претрпео огромни проблем током поправке због губитка немогућности употребе, спорости сервиса да утврди квар и изврши поправку, али је Омбудсман сматрао да је осигуравач пружио задовољавајући стандард услуге јер је учинио све што је било у његовој моћи да не дође до кашњења у решавању штете.<sup>90</sup> Слично овом случају, Омбудсман је и у ситуацији када је дошло до кашњења осигуравача у именовану инжењера ради инспекције и процене штете од поплаве (радило се о продору обилних атмосферских падавина у подрум породичне куће – прим. аут.) одлучио да одбије одштетни захтев корисника услуге осигурања због проузрокованог проблема. Због технички сложене природе проблема, осигуравач је био овлашћен да изврши наведено именовање, брзо су овластили инжењере и брзо размотрили њихов извештај када им је достављен.<sup>91</sup>

Приликом разматрања износа надокнаде штете, Омбудсман се руководи са неколико критеријума, као што су тежина проблема или стреса коју је проузроковало

---

<sup>89</sup> Доступно на: [http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical\\_notes/distress-and-inconvenience.htm](http://www.financial-ombudsman.org.uk/publications/technical_notes/distress-and-inconvenience.htm), 25. 6. 2016.

<sup>90</sup> *Ombudsman news*, issue 1, January 2001, case study 01/015.

<sup>91</sup> *Ombudsman news*, issue 68, March / April 2008, case study 68/09.

поступање туженог, временско трајање проблема, врста неадекватности, да ли је на насталу штету утицало понашање или кашњење у поступању клијента и, у ограниченој мери, процена тежине проблема или стреса од стране клијента (Summer, 2009, 27).

Максимални износ који је Омбудсман овлашћен да обавезе осигуравача да надокнади подносиоцу приговора је 150.000 фунти, док у случају да Омбудсман сматра да је правично и оправдано да се подносиоцу приговора надокнади већи износ од горе наведеног, има право да осигуравачу препоручи да добровољно исплати разлику (DISP, 2016, 3.7.4; 3.7.6).

Омбудсман води регистар својих одлука на новчане износе. Осигуравач који је изгубио спор пред Омбудсманом дужан је да изврши све одлуке и налоге Омбудсмана и да изврши све исплате са којима се сагласио у ранијој фази поступка. Подносилац приговора има право да судским путем захтева извршење одлука на новчани износ или налога Омбудсмана.

Приликом располагања информацијама примљеним у вези са разматрањем приговора, Омбудсман има обавезу да води рачуна о заштити права странака на приватност. То не спречава Омбудсмана да обелодани информације: (1) у обиму у којем је он обавезан или овлашћен да тако поступи на основу закона; или (2) странкама на које се односи приговор; или (3) у својем решењу; или (4) на претресу у вези са приговором.

У мери у којој је водио рачуна о праву странака на приватност, Омбудсман може да обелодани информације Агенцији за надзор кодекса у финансијском сектору или другом органу који врши регулаторне или друге функције засноване на закону ради помоћи том органу или Омбудсману у обављању његових функција.

Омбудсман не може да разматра приговор који му буде поднет:

1. по истеку шест месеци после дана када је тужени послао подносиоцу приговора коначни одговор или предлог о начину обештећења или начелно решење спора; или
2. по истеку више од:
  - (а) шест година после догађаја на који је уложен приговор; или
  - (б) три године од дана када је подносилац приговора сазнао (или уобичајеном пажњом требало да сазна) да има основ за подношење приговора;



осим ако је подносилац приговора упутио приговор туженом или Омбудсману у том року и има писмену потврду или неки други доказ да је приговор примљен;

или ако је:

3. по мишљењу Омбудсмана, пропуст да се поступа у горе наведеним роковима последица ванредних околности (ванредне околности представљају случај када је подносилац приговора био у немогућности да поступа – DISP, 2016, 2.8.4.); или
4. Омбудсан је дужан да тако поступи на основу прелазних одредби о формирању Омбудсмана; или
5. тужени дао сагласност да Омбудсман разматра приговор и после истека рокова застарелости, у којем случају тужени нема право да повуче једном дату сагласност.

Уколико тужени жели да се позове на рокове застаре, Омбудсман очекује да он то учини без одлагања у првим фазама поступка, на шта ће га подсетити у свом првом писму поводом решавања приговора (Summer, 2009, 10). Ако тужени сматра да је приговор застарео, има право да одбије приговор без улажења у његову основаност, али има обавезу да у коначном одговору подносиоцу приговора то објасни и обавести га да Омбудсман може да одустане од примене правила о застарелости у ванредним случајевима, као и овлашћење да не примени петнаестогодишњи рок застаре за одштетне захтеве због вануговорне одговорности из Закона о застарелости из 1980. године (Summer, 2009, 10).

Интересантно је напоменути да се у Великој Британији чак и корисници услуга осигурања, чији су приговори одбијени, ретко обраћају судовима после коначне одлуке Омбудсмана (Summer, 2009, 14). Са друге стране и када се решавање спора нађе пред судовима, исход је често неизвесан. Постоје спорови у којима корисник услуге осигурања није успео са својим одштетним захтевом у поступку пред Омбудсманом, ни у судском поступку, али и спорови у којима није били успеха пред Омбудсманом, али јесте у судском поступку. Вероватни разлог за то се, у енглеској теорији, види у техничкој вештини парничења и унакрсног испитивања налаза вештака (Summer, 2009, 15).

### *1.2.6. Независни ревизор Омбудсмана*

#### **а) Увод**

На основу чл. 13, ст. 1, тач. (д), Управни одбор Омбудсмана је именовано независног ревизора којем се корисник услуга осигурања, који је покренуо поступак пред Омбудсманом, може пожалити на рад Омбудсмана. Независни ревизор разматра информације корисника услуга осигурања и анализира сва припадајућа документа датог спора. Независни ревизор одлучује да ли је приговор корисника услуге на рад Омбудсмана основан и обавештава га о својој одлуци. Ако независни ревизор сматра да је поступање Омбудсмана било незадовољавајуће, објасниће разлоге због којих је донео такав закључак и дати препоруке Омбудсману за исправку.

Независни ревизор оцењује стандарде услуге у вези са практичним поступањем и одлукама Омбудсмана, а не околности спора или изражавање неслагања на исход спора. То се нарочито односи на питања: да ли је Омбудсман надлежан да решеава приговор, да ли да одбије или прихвати приговор или какво обештећење да досуди.

Пре него што се уложи приговор на рад Омбудсмана, корисник услуге осигурања мора обавестити лице које решава спор о свом незадовољству начином поступања или одлучивања. А ако корисник услуге осигурања ни после корекције није задовољан приговором на рад Омбудсмана разматрају тим менаџери и виши ниво директора, па тек онда независни ревизор.

Независном ревизору се приговор на рад Омбудсмана улаже у року од три месеца од дана када је Омбудсман обавестио корисника услуге осигурања да је спровео поступак интерног решавања приговора.

Независни ревизор неће разматрати приговор ако је:

- (а) приговор већ подношен независном ревизору по истом питању;
- (б) приговор неозбиљан, штетан или злонамеран;
- (в) приговор поднело треће лице или заступник корисника услуге осигурања без претходног писменог овлашћења; и / или
- (д) приговор се искључиво односи на питања која се не тичу решавања приговора тог органа.

## **б) Извештај независног ревизора**

Независни ревизор је дужан да обавести обе странке и Омбудсмана о питањима које ће његов Извештај анализирати. Омбудсман, по правилу у року од две недеље, доставља независног ревизору сву документацију у вези са услугом која је предмет приговора, заједно са својим оценама и коментарима о питањима из Извештаја.

Независни ревизор може да захтева од странака и / или Омбудсмана и додатне информације које су му потребне за Извештај.

## **в) Препоруке независног ревизора**

Независни ревизор ће у писменом облику доставити своје налазе лицу које је поднело приговор на услугу или Омбудсмана, при чему на његове ставове и препоруке није дозвољена жалба.

Ако независни ревизор одлучи да Омбудсман није испунио своје стандарде пружања услуга, може дати препоруку главном омбудсману. Препорука се може односити на обавезу давања извињења Омбудсмана или надокнаде штете, а посебно штете због стреса или поремећаја проузрокованог slabим нивоом пружене услуге. Надокнада се одобрава у износу који би Омбудсман досудио против друштва за осигурање у сличним околностима.

Ако главни омбудсман прихвати препоруку независног ревизора, Омбудсман ће о томе писменим путем обавестити лице које је поднело приговор и независног ревизора.

Главни омбудсман је дужан да обавести независног ревизора ако не прихвата његову препоруку. Независни ревизор ће, у том случају, обавестити Управни одбор Омбудсмана. Управни одбор ће о свом ставу одлучити на првој следећој седници. Ако Управни одбор одлучи да не прихвати препоруку, са разлозима за такву одлуку упознаће независног ревизора и лице које је поднело приговор. Разлози за неприхватање препоруке независног ревизора објављују се у Годишњем извештају о пословању.

Независни ревизор сваке године извештава Управни одбор Омбудсмана о броју и врсти приговора које је примио током пословне године и препорукама које је дао

главном омбудсману (или их упутио Управном одбору). Годишњи извештај независног ревизора објављује се у Годишњем извештају о пословању Омбудсмана.

Из последњег, аутору расположивог, Годишњег извештаја о пословању Омбудсмана произлази да су тим менаџери и виши ниво директора решили већину (око 84%) од 2.757 приговора примљених у пословној 2014. години (пословна година од 1. априла 2014. до 1. априла 2015. године – прим. аут.) (Financial Ombudsman Service, 2015, 52). Оно што је независни ревизор запазио током својих активности као најважнији проблем Омбудсмана односило се на комуникацију са корисницима услуга осигурања. Његов закључак је био да је Омбудсман могао значајно да унапреди квалитет своје услуге пружањем чешћих и логичнијих иновација постојећих информација (Financial Ombudsman Service, 2015, 52).

Мишљења независног ревизора садрже категоризацију нивоа анализираних услуга. Тако, оцену „задовољава” налаз да је Омбудсман следио своје уобичајене процесе и решио приговор адекватном ефикасношћу. Оцена, „адекватан” Омбудсман добија када је следио своје уобичајене процесе адекватном прецизношћу уз мање пропусте у пружању услуге. Ради се о ситуацији у којој мањи пропусти у пружању услуга Омбудсмана нису озбиљно нарушиле коректну анализу случаја. Оцена „критичан” Омбудсман добија када је пропустио да следи своје уобичајене процесе и / или када је било озбиљних пропуста у пружању услуга (Financial Ombudsman Service, 2015, 53).

#### *1.2.7. Сукоб начина одлучивања Омбудсмана са правним системом Велике Британије*

У поступању Омбудсмана за финансијске услуге Велике Британије и судова редовне надлежности у вези са тужбама против пружалаца финансијских услуга, постоје фундаменталне разлике. Омбудсман, као што смо навели, доноси своје одлуке применом онога што сматра правичним и разумним узимајући у обзир све околности датог случаја. Тако, Омбудсман није дужан да примени стриктна правила тумачења ако би њихова примена поништила легитимна (субјективна) очекивања потрошача (Mendelowitz, 2014, 71). Ово се најбоље може видети из два примера које се наводе у енглеској теорији (Mendelowitz, 2014, 73).<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Први спор – Тумачење полисе путничког осигурања:

Стриктном неприменом закона, чак и уз постојање најбољих намера и заштитних мера, постоји сумња у конзистентност одлука Омбудсмана и извесност исхода у односу на прецедентним систем одлука судова (Summer, 2009, 42). Ово се најбоље може видети у правним последицама непријављивања битних чињеница и праву осигуравач да због тога одбије испуњење обавезе по уговору о осигурању. Да ли је нека околност или чињеница битна ценила се према стандарду пажљивог (прудентног – прим. аут.) осигуравача. Тест који се примењује треба да укаже да ли би пажљиви осигуравач прихватио ризик да су му пријављене истините чињенице и по којим условима, посебно премији осигурања. Према водећем прецеденту у овој области, осигуравач који је преузео ризик у осигурање мора да докаже да би поступио другачије да су му истините чињенице биле пријављене или презентоване.<sup>93</sup> Ово очигледно ствара проблем потрошачу који преговара о закључењу уговора о осигурању и од кога се не може очекивати да зна шта би могло да утиче на одлуку осигуравача, осим ако осигуравач у свом Упитнику не постави релевантна питања о оном што жели да зна (Mendelowitz, 2014, 72).

Овде треба имати у виду да се енглеско право осигурања развијало путем стварања обичајног права осигурања током 18. и 19. века да би 1906. године било делимично кодификовано Законом о поморском осигурању (*Marine Insurance Act*, даље у тексту: ЗПО). Иако се он примењивао на осигурање поморских бродова, осигурање од одговорности бродара, бродова у изградњи, робе у превозу и клубове за узајамну правну заштиту и покриће, судови су почетком 90-тих година 20. века заузели став да се он примењује на све врсте осигурања јер представља у осигурању кодификацију

---

Подносилац приговора захтевао је надокнаду по полиси путничког осигурања због кашњења проузрокованог облаком пепела после ерупције вулкана *Eyjafjallajökull* на Исланду 2010. године. Осигуравач је одбио покриће због тога што облак пепела не спада у осигурани ризик „лоших временских услова”. Омбудсман је прихватио одштетни захтев осигураника јер је у „свакодневном и природном значењу тих речи” облак пепела обухваћен појмом „лоших временских услова” без обзира што је он потекао од вулканске ерупције.

Други спор – непријављивање битне чињенице у здравственом осигурању:

Упитник за закључење здравственог осигурања садржао је питање „да ли сте икада имали проблема од са леђима или кичмом.” Осигураница је имала и лечила болове у леђима после порођаја десет година пре дана када је желела да закључи уговор о осигурању, али није сматрала да је то тип проблема са леђима и кичмом за који би осигуравач желео да зна. Поред тога, већина питања у Упитнику се односила на период пет година пре дана испуњавања Упитника. После закључења уговора о здравственом осигурању, осигураница је оболела од рака дојке који никакве везе није имао са леђима или кичмом. Приликом подношења одштетног захтева осигуравач је сазнао за њене болове у леђима и одбио одштетни захтев због непријављивања битне чињенице. Омбудсман је сматрао да је осигураница била немарна приликом испуњавања Упитника осигуравача, али да је и на конкретно питање дала потпун одговор, осигуравач би јој понудио осигурање уз искључење покрића због проблема са леђима и кичмом. Због тога је Омбудсман наложио осигуравачу да осигураници исплати пун износ одштетног захтева заједно са каматом.

<sup>93</sup> *Pan Atlantic Insurance Co Ltd v Pine Top Reinsurance Co Ltd*, [501] 1 AC 501 (HL).

обичајног права (*common law*).<sup>94</sup> Међутим, принципи који су у овом Закону прецизно и разумљиво дефинисани представљали су проблем судовима у њиховој примени са појавом нових модерних тенденција у развоју права осигурања, односно нових правила којима решења из тог Закона нису више одговарала потребама модерног потрошачког тржишта (Јовановић и Славнић, 2015, 154). На потребу реформе правила о искривљеном пријављивању и непријављивању битних чињеница приликом (пре) закључења уговора о осигурању први пут је, на основи већег броја извештаја, указала Комисија за реформу закона (*The Law Reform Committee*) још 1957. године, затим Енглеска комисија за реформу закона 1980. године, Национални савет потрошача 1997. године и Британско удружење за право осигурања 2002. године. Ово су били само неки од разлога за реформу правног система осигурања установљеног пре више од једног века, доношењем Закона о обавези информисања и презентацијама у потрошачким уговорима о осигурању из 2012. године<sup>95</sup> (даље у тексту: ЗОИППУО).

ЗОИППУО је изричитом одредбом укинуо код потрошачког уговора о осигурању неке елементе начела по којима је он уговор од највећег поверења (*utmost good faith*) (приближан еквивалент у континенталном, копненом праву осигурања је начело „савесности”<sup>96</sup> – прим. аут. ). Према чл. 17 Закона о поморском осигурању, уговор о поморском осигурању се заснивао на начелу „највећег поверења”, те је у случају кршења тог принципа свака уговорна страна имала право да раскине уговор независно од тога да ли је до повреде овог начела, односно обавезе уговарача да пријави осигуравачу податке о околностима важним / битним за закључење уговора о осигурању, дошло кривицом уговарача осигурања и да ли су у питању околности које су биле од значаја за настанак евентуалне штете. Током јавне расправе о овом принципу консултовани појединци и институције биле су подељеног мишљења у вези са тим да ли се поменути принцип подједнако примењује на све уговоре о осигурању

---

<sup>94</sup> Образложење Лорда Мустила у спору *Pan Atlantic Insurance Co Ltd v Pine Top Insurance Co Ltd* [1995] 1 AC 501, стр. 518; Образложење судије Steyn-а у спору *Banque Keyser Ullmann SA v Skandia (UK) Insurance Co Ltd* [1990] 1 QB 665, стр. 701.

<sup>95</sup> Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012 (с. 6), 8th March 2012.

<sup>96</sup> Према неким домаћим ауторима начело „највећег поверења” из енглеског ЗПО изједначава се са начелом „савесности” у континенталном, копненом праву о уговору о осигурању. Наводи се да код сваког уговора о осигурању уговорне стране треба приликом његовог склапања и остваривања права да поступају у доброј вери, односно да се придржавају начела савесности, под чиме се подразумева поступање у границама обичне савесности, док код уговора о поморском осигурању да оне морају да поступају са наглашеном савесношћу за коју се обично употребљава израз „максимална добра вера.” Шодно том начелу, забрањује се свакој страни да прикрива што приватно зна, чиме би другу страну навело да уговор закључи не познавајући чињенично стање и да из тог начела произилази обавеза уговарача осигурања да осигуравачу пријави не само у одговорима на постављена питања већ самоиницијативно, све околности значајне за оцену ризика (Јовановић и Славнић, 2015, 156).

или се баш на основу њега разликују односи из уговора о поморском осигурању од односа код других уговора о осигурању и осталих трговачких уговора (Јовановић и Славнић, 2015, 157).

ЗПО је обавезивао уговарача да информише осигуравача о свему што би могло да утиче на његову оцену ризика, без икаквих смерница о информацијама које би могле да имају такав утицај. ЗОИППУО-ом (чл. 2, ст. 2) се прописује да је обавеза потрошача да примени разумну пажњу приликом одговарања на питања осигуравача пре закључења или продужења уговора о осигурању, те да се несавесно (непоштено или преварно – прим. аут.) искривљивање битних чињеница сматра кршењем стандарда „разумне пажње.” Осим тога, више не постоји обавеза потрошача да осигуравача упозна са информацијама које он није ни тражио, јер је обавеза осигуравача да докаже да је потрошачу поставио изричита питања. Да ли је потрошач испунио обавезу поступања са разумном пажњом оцењује се у светлу свих битних околности везаних за уговор о осигурању (ЗОИППУО, чл. 3, ст. 2), као што су: (а) врста потрошачког уговора о осигурању и његово циљано тржиште, (б) релевантна документација, објављена или ауторизована од стране осигуравача, (ц) колико су питања осигуравача била јасна и одређена, (д) колико је осигуравач јасно истакао важност давања одговора на та питања (или могуће последице неодговарања на постављења питања), у случају неодговарања на питање осигуравача у вези са продужењем или изменом потрошачког уговора о осигурању, и (е) да ли је заступник радио у име и за рачун потрошача или осигуравача.

С обзиром да је ЗОИППУО пребацио обавезу на осигуравача да постави питања која сматра битним за оцену ризика, измењен је и чл. 18, ст. 3 Закона о поморском осигурању у којем су негативним методом побројане врсте информација које осигураник не мора да пријављује осигуравачу.<sup>97</sup> По ЗОИППУО, у обзир се узимају оне карактеристике или околности конкретног потрошача за које је осигуравач знао или требало да зна. Како се истиче у енглеској правној литератури сматра се да осигуравачи имају сазнања о стварима јавног карактера или ноторности за које би се и од уопштено добро информисане особе могло очекивати да је упозната са њима (Јовановић и Славнић, 2015, 158).

---

<sup>97</sup> ЗПО, чл. 18, ст. 3:...(3) У случају непостојања одређеног питања, следеће околности не морају се пријавити осигуравачу:

- (а) Околности које смањују ризик,
- (б) околности које су познате или се претпоставља да је осигуравач упознат са њима. Сматра се да је осигуравач упознат са опште познатим стварима или информацијама, и стварима за које би осигуравач у редовном пословању требало да зна,
- (ц) информације којих се осигуравач одрекао,
- (д) околности које су сувишне за пријављивање због изричитог или прећутног јемства.”

ЗОИППУО у чл. 4, ст. 1 прописује околности у којима осигуравач има право раскида уговора због непријављивања битних чињеница. То су: (1) кршење стандарда разумне пажње и (2) установљење обавезе за осигуравача да докаже да, без кршења обавезе потрошача, он не би закључио уговор или се сагласио са његовом изменом или би то учинио по другачијим условима. Прописане су и последице кршења обавезе потрошача да пријави битне чињенице кроз институт „квалификованог непријављивања”, односно случајевима у којима осигуравач стиче право на раскид уговора.

У чл. 5 ЗОИППУО регулишу се различити нивои кривице за непријављивање битних чињеница и две обориве претпоставке у вези са потрошачем. Тако се „квалификованим непријављивањем” сматра свако које је учињено: (а) намерно или у грубој непажњи или (б) немарно, у лакој непажњи. Први случај „квалификованог непријављивања” које и мора да докаже осигуравач, постоји ако је потрошач „знао да је информација нетачна или искривљена или није пазио да ли је она истинита или искривљена или ако је знао да је околност на коју се односи непријављивање била битна за осигуравача или није пазио да ли је она битна за осигуравача.” Енглески законодавац је прописао и случајеве у којима се могу доказивати овима супротна својства код потрошача. Она се односе на претпоставке: (1) да је потрошач поседовао знање разумног потрошача и (2) да је потрошач знао да је била битна околност за коју је осигуравач поставио јасно и посебно питање.

Када се ради о заштити потрошача од непоштених уговорних клаузула, треба истаћи да је та област регулисана Уредбом Велике Британије о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора из 1999. године. Правна лица у својству осигураника треба да познају осигурање или да ангажују специјалисте за осигурање као што би запослили и рачуновође за вођење књига или адвокате за решавање правних питања и да преко тих лица преговарају о условима адекватног осигуравајућег покрића. Осигураник и осигуравач треба да се ослоне на поштене, уговорене услове осигурања које би прихватио и суд, без тога да Омбудсман у појединачним случајевима одлучује супротно.



### 1.2.8. Стандарди одлучивања Омбудсмана и суда

Незадовољни корисник услуга осигурања има слободу да се у сваком тренутку обрати суду ради остварења својих права које није успео да заштити у поступку пред осигуравачем и Омбудсманом. Са друге стране, чак и корисници услуга осигурања којима је одбијен одшетни захтев, ретко се обраћају судовима после коначне одлуке Омбудсмана (Summer, 2009, 14).

Услед обавезне надлежности Омбудсмана за делатност осигурања, друштва за осигурање имају право да судским путем оспоравају одлуке Омбудсмана.

Претпоставка је да време и трошкови за вођење неког спора имају одвраћајући ефекат у односу на велику опасност од неуспеха због тога што Омбудсман има широко овлашћење да уместо примене закона и подзаконских прописа, правила, смерница и стандарда надзорног органа, кодекса и пословне праксе (DISP, 2016, 3.6.4), своју одлуку заснује на сопственим вредностима правичности и разумности. Одступање од општих правила одшетног права потврђено је у судском спору који је покренуо инвестициони саветник (спор *IFG Financial Services Ltd v FOS Ltd and Mr and Mrs Jenkins (interested parties)*).<sup>98</sup> У наведеном спору инвестициони саветник је обавезан одлуком Омбудсмана да плати део штете која није могла да се предвиди, а коју суд не би досудио у корист корисника финансијске услуге да се поступак водио пред судом. Према ставу који је заузео суд у једном спору, суд се не меша у логику Омбудсмана у вези са тим шта је правично и разумно, осим ако није направио такве грешке у образложењу које његовој одлуци уклањају правну логику, а Омбудсман је овлашћен да примени било који тест по својој жељи ради утврђивања да ли је нешто правично.<sup>99</sup> У другом судском спору (*Garrison Investment Analysis v FOS*<sup>100</sup>), инвестициони саветник је успео у спору пред судом јер је долука Омбудсмана проглашена неоснованом. У конкретном спору Омбудсман је своју одлуку образложио тиме да се правни положај странака враћа у стање које би постојало да инвестициони саветник није погрешио, али је такође утврдио да предметна грешка није била узрок настале штете. Практично, није било узрочне везе између утврђене грешке и досуђене обавезе да се надокнади штета. Одлука омбудсмана је поништена и предмет спора враћен Омбудсману на поновно

<sup>98</sup> [2005] EWHC 1153 (Admin).

<sup>99</sup> *R v FOS Ltd, ex parte Norwich & Peterborough Building Society & David Robert Jones* [2002] EWHC 2379 (Admin).

<sup>100</sup> [2006] EWHC 2466 (Admin).

одлучивање, односно утврђивање адекватне накнаде у светлу закључка у вези са грешком и њеним односом према насталој штети.

Најочигледнији утицај суда види се у случају када Омбудсман прекрши своју надлежност. Тако је у спору *Bunney v Burns Anderson plc*<sup>101</sup> потврђено да одлуку Омбудсмана која премашује лимит од 100.000 фунти није могуће извршити и да се привредно друштво може позвати на ненадлежност током поступка извршења без потребе да се доноси посебна одлука суда.

### а) Рањиви осигураник

Личне околности као што су старост, телесно или ментално здравље, сношење одговорности и догађаји који битно мењају редован живот као што су губитак посла, раскид са партнером или смрт блиског лица може да значи да је та особа у рањивом положају, због чега му је неопходна додатна пажња, али и подршка привредних друштава и њихових услуга које користе (Financial Ombudsman Service, August 2015, 3).

Према дефиницији Агенције за надзор понашања у финансијском сектору **рањиви потрошач** је неко ко је, због својих личних околности, посебно изложен штетним ефектима, посебно када пружалац услуга не поступа са адекватним нивоом пажње (Financial Conduct Authority, 2015, 20). Прописи о заштити потрошача ослањају се на дефиницију просечног или типичног потрошача и онога шта они очекују, разумеју или како се понашају. Потрошачи у рањивим околностима, често не могу да суштински заступају своје интересе и са већом вероватноћом су изложени штети од просечног потрошача. То је област где пружаоци услуга могу да предузимају одговарајуће радње и стварају добре исходе за потрошаче.

Како је већ речено, Омбудсман може да досуди надокнаду штете због стреса или проблема и онда када подносилац приговора није захтевао ту врсту надокнаде штете. Са друге стране, суд може да одлучује само о основаности постављених захтева у складу са законом и не може да досуђује оне врсте надокнаде штета које подносилац тужбе није ни захтевао у тужбеном захтеву. Тако суд не може да обавезе осигуравача да плати надокнаду штете због одуговлачења у ликвидацију одштетног захтева, јер обавеза по полиси осигурања настаје настанком осигураног догађаја који проузрокује

---

<sup>101</sup> [2008] EWCA Civ 642.

штету, а било које кашњење у исплати штете надокнађује се каматом од дана настанка штете до њене исплате, без обзира колико је то дуг временски период.<sup>102</sup> Осим наведеног, у спору *The Italia Express*<sup>103</sup> утврђено је да не постоји право на надокнаду штете због стреса проузрокованог одуговлачењем у ликвидацији одштетног захтева, јер спокој осигураника није специфичан циљ уговора о осигурању. Ако је осигуравач заслужио казну која је строжа од камате, о томе треба да одлучи надлежни надзорни орган.

Омбудсман такође може да својом одлуком обавезе осигуравача да, поред основног одштетног захтева и припадајуће камате (ако је има), плати и посебну надокнаду због веће рањивости осигураника проузроковане лошим квалитетом услуге осигуравача. У спору бр. 127/1<sup>104</sup> на одмору у Шпанији осигураник је због психотичног стања одведен у болницу због, како је болнички доктор рекао, недавне смрти његове мајке и његовог развода. Са друге стране, осигуравач је прибавио мишљење лекара опште праксе осигураника који је навео да осигураник дуже време болује од депресије и одбио је да плати болничке трошкове лечења због здравственог стања које је постојало пре закључења полисе осигурања. Када је осигураник сазнао за одлуку осигуравача, својевољно је напустио болницу и спавао на улици док његова сестра није дошла по њега и одвела га кући у Велику Британију. Омбудсман је сматрао да је осигуравач могао да учини више за осигураника и да је могао да организује његов трансфер у државну болницу и да би тако могло да се избегне да борави на улици. Пошто, по мишљењу Омбудсмана, осигуравач није успео да докаже да је узрок конкретног здравственог стања искључен из покрића, Омбудсман је обавезао осигуравача да осигуранику надокнади трошкове лечења и камату, као и надокнаду у износу од 1.000 фунти због рањивости којој је био изложен због одбијања осигуравача да плати одштетни захтев.

Колико принцип правичности и разумности има одлучујућу улогу у заштити осигураника приликом одлучивања Омбудсмана види се и у области испуњавања уговорних обавеза и пријављивања осигуравачу битних чињеница. Ово се посебно односи на случај када, по оцени осигуравача, долази до погоршања ризика и права осигуравача да сузи осигуравајуће покриће или откаже уговор о осигурању. У спору бр.

---

<sup>102</sup> *Sprung v Royal Insurance (UK) Ltd (1997) CLC 70; Pride Valley Foods Ltd v Independent Insurance Co Ltd [1999] Lloyd's Rep I.R 120; England v Guardian Insurance Ltd, [2000] Lloyd's Rep I.R. 404; Normhurst Ltd v Dornoch Ltd [2005] Lloyd's Rep I.R. 27 и Tonkin v UK Insurance Ltd.*

<sup>103</sup> [1992] 2 Lloyd's Rep 281.

<sup>104</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, August 2015, 4–5.

127/3<sup>105</sup> осигураник је примљен у болницу због лома чланка, те је услед дегенеративних промена морао да буде на болничком лечењу два месеца. Током његовог боравка у болници дошло је до провалне крађе у његовој кући, па је осигураник поставио одштетни захтев осигуравачу за надокнаду штете за украдене ствари. Осигуравач је одбио одштетни захтев са образложењем да је условима осигурања обавеза осигураника била да не сме да оставља празну кућу. Термин „празна кућа” условима осигурања дефинисан је на начин „да у њој не спава уговарач осигурања, чланови његове фамилије или друго овлашћено лице у периоду дужем од 30 дана.” Омбудсман је прихватио одштетни захтев осигураника узимајући у обзир да је боравак осигураника у болници био изненадан, да се није понашао немарно и да је његов син обилазио кућу неколико пута док се он налазио у болници. Омбудсман је сматрао неправичним одбијање осигуравача да исплати тај одштетни захтев, те је обавезао осигуравача га у целости исплати.

У следећем спору бр. 127/9<sup>106</sup> радило се о питању да ли је осигураник пријавио битну чињеницу и да ли је осигуравач имао право да одбије своју обавезу. Осигураник се доселио у кућу на новој сеоској фарми. Његова супруга се разболела и није могла да ради, због чега су дали у закуп неколико помоћних зграда другим лицима како би надокнадили своје приходе. Убрзо пошто су се доселили, пожар је уништио један од амбара и већи део његовог садржаја, укључујући и делове за машине које је ту чувао комшија. Пожар је такође оштетио делове породичне куће. Када је осигураник поставио одштетни захтев, осигуравач га је одбио са тврдњом да осигуравајуће покриће не важи за пословне намене осигураним имовине и да му осигураник није навео да ће се амбар користити у пословне сврхе. Са друге стране осигураник се позвао на то да је осигуравачу посебно напоменуо приликом закључења уговора о осигурању да ће издавати зграде у закуп. Омбудсман је од осигуравача тражио процедуре на основу којих је дошло до продаје предметне полисе осигурања. Из процедура су утврдили да је постојало питање о намени објеката који се осигуравају, али да оно није било постављено осигуранику, нити је снимљен телефонски разговор између осигураника и осигуравача. Са друге стране, осигураник је тврдио да је у телефонском разговору поменуо супругину болест и намеру да изнајмљује објекте на фарми ради допуне прихода. С обзиром да осигуравач није имао записник о телефонском разговору, а да је осигураник био доследан у својим тврдњама, Омбудсман је одлучио да подржи

---

<sup>105</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue August 2015, 6–7.

<sup>106</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue August 2015, 13–14.

одштетни захтев осигураника. Омбудсман је сматрао да се очигледно радило о грешци која је осигуранику проузроковала велики стрес у ионако тешком тренутку за њега, због чега су његова деца и болесна супруга живели у оштећеној кући. Осигураник је такође узео зајам да плати комшији оштећену машину. Узимајући све наведено у обзир, Омбудсман је обавезао осигуравача да плати осигуранику штету у складу са условима и лимитима полисе осигурања, као и 400 фунти надокнаде због проблема који је проузроковала њихова грешка, као и камату на зајам који је осигураник подигао.

У спору бр. 127/11<sup>107</sup> рањивост осигураника се испољила због некавалитетних радова на поправци осигуране штете. Кућа осигуранице је поплављена после низа тешких олуја и обилних падавина, при чему је приземље, а посебно кухиња тешко оштећена. Она је поставила одштетни захтев по полиси осигурања домаћинства. Осигуравач је изашао на лице места, сагласио се са неопходним поправкама и договорио се са извођачем радова. Осигуравач је такође обезбедио алтернативни – привремени смештај за осигураницу и њену шестогодишњу ћерку док трају радови. После неколико недеља осигураница и њена ћерка су се вратили у своју кућу, али је после неколико дана приметила бројне проблеме. Делови кухињског зида нису били обезбеђени, подне облоге нису биле у истом нивоу а и даље се осећао интензиван мирис влаге. Незадовољна квалитетом изведених радова на поправкама, осигураница је контактирала локалну грађевинску фирму чије је услуге користила и раније. Они су сматрали да мирис влаге долази из гипсаних плоча оштећених у поплави а које извођач радова које је ангажовао осигуравач није уклонио. Они су такође открили да цури цев и предложили осигураници да инсталира ваздушне вентиле како би покушала да се реши мириса влаге, али су одбили да изврше било какве додатне радове у кухињи због тога што су сматрали да су претходни радови лоше изведени. Када се обратила осигуравачу, они су одбили било какву додатну помоћ и истакли да је проблем са подним облогама постојао и раније и сматрао да је осигураница оштетила делове кухињског зида инсталирањем ваздушних вентила, а да је цурење цеви настало услед редовног трошења. Трећа грађевинска фирма, коју је ангажовала осигураница, потврдила је да је коришћен погрешан тип гипса на зиду који је такође, погоршао проблем корозије цеви. Осигуравач је сматрао да је испунио све што је било његова обавеза и одбио даље захтеве осигуранице. Осигураница је у том тренутку живела више од годину дана без употребе кухиње и јавила се свом лекару због стреса који је претрпела.

---

<sup>107</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue August 2015, 16–17.

На основу фотографија, Омбудсман је утврдио да радови нису изведени у задовољавајућем квалитету и да су тврдње осигуранице биле оправдане. Осигураница је такође приложила три извештаја независних грађевинских фирми које су потврдиле да је квалитет изведених радова био лош.

Омбудсман је истакао да је осигуравач одговоран за квалитет радова извођача које ангажује, те је на основу свега закључио да осигуравач није поступао правично када је одбио да прихвати одговорност за довођење штете у исправно стање и збрињавање осигуранице и њене ћерке док кухиња није доведена у исправно стање.

Поред обавезивања осигуравача да поправи сва утврђена оштећења, Омбудсман је сматрао да су осигураница и њена ћерка због лоше услуге осигуравача доведене у стање рањивости у дужем временском периоду, те је наложио осигуравачу да исплати осигураници 750 фунти због континуираног поремећаја и стреса који је она трпела.

## б) Опасне активности

Опасне активности осигураника често могу да представљају камен спотицања у вези са ширином осигуравајућег покрића, односно покривеним и искљученим ризицима и очекивањима осигураника. У таквим случајевима спор настаје због одбијања осигуравача да испуни своју обавезу, а проблем се везује за лошу комуникацију продавца осигурања са осигураником на продајном месту када се осигуранику не скрене пажња на посебна, специфична искључења која могу осигуравајуће покриће које закључује да учини бесмисленим, јер не одговара његовим потребама. Посебно се отвара проблем које активности су за осигуравача посебно опасне због којих не пружа осигуравајуће покриће или га пружа уз извесна ограничења. Тако су у спору *Quantum Processing Services Co v Axa Insurance UK Plc*<sup>108</sup> опасне активности биле искључене из покрића, али када је лице које је планирало годишњи одмор пријавило да ће ићи на *скуба* рођење, друштво за осигурање се сагласило да покрије и тај ризик, али му није рекло да покриће не важи за рођење у пећинама или самостално рођење. Апелациони суд је одлучио да је осигураник покривен и у случају рођења у пећини, јер му осигуравач није у условима осигурања навео никаква ограничења у вези са тим шта све може да ради док рони, те је полиса осигурања имала

---

<sup>108</sup> LTL 15/12/2008, [2008] All ER (D) 152 (Dec).

једино смисла ако би се услови осигурања тумачили у датом контексту као да покривају све врсте *скуба* рођења.

### в) Неиспуњена очекивања осигураника

У спору бр. 07/01<sup>109</sup>, осигуравач није објаснио уговарачу осигурања да осигуравајуће покриће важи за индивидуална путовања која трају до 30 дана и да не покрива одштетне захтеве из опасних активности, укључујући и вожњу мотоциклима са преко 125cc. Осигуравачу је требало три недеље да изда полису и пошаље је уговарачу осигурања. Пошто је он у том тренутку био на путу, његови синови пре путовања у САД нису могли да провере да ли полиса осигурања одговара њиховим потребама, јер су хтели да осигуравајуће покриће покрива пут у САД. Месец дана касније један од синова уговарача осигурања отпутовао је у Аустралију, где је претрпео смртоносну саобраћајну незгоду возећи мотоцикл од 600cc. Уговарач осигурања је према осигуравачу поставио одштетни захтев за репатријацију и трошкове сахране и надокнаду од 30.000 фунти због смрти. Осигуравач је објаснио да због наведеног искључења, уговарач осигурања нема покриће. Ипак, прихватио је да није правично продао и издао полису осигурања, ни објаснио услове осигурања, те је прихватио да надокнади трошкове репатријације и сахране као гест добре воље.

Уговарач осигурања је истакао да је он одлучио да закључи полису осигурања за пут у САД и због дужине путовања, на шта је осигуравач одговорио да се он не би позивао на поменуто искључење да се незгода догодила у САД.

Међутим, у време другог путовања (у Аустралију – прим. аут.), уговарач је схватио да полиса осигурања не покрива све врсте опасних активности, због чега је имао могућности да провери да ли полиса осигурања одговара његовим потребама и да захтева проширење или допуну неопходног покрића. Полиса осигурања је истицала убрзо после одласка у Аустралију а уговарач осигурања није проверио услове осигурања и планиране активности сина. У таквим околностима Омбудсман Велике Британије је сматрао да је разумна осигуравачева понуда да надокнади трошкове репатријације и сахране и да нема обавезу да исплати осигурану бенефицију због смрти сина.

---

<sup>109</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, July 2001, 6–7.

Суд може да примени Уредбу Велике Британије о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора из 1999. године ради одређивања да ли је правично искључење одређене опасне активности из покрића. У спору *Bankers Insurance Co v South*<sup>110</sup> суд је одлучио да је искључење незгода „моторизованих пловних објеката” наведено једноставним и разумљивим језиком и да је то искључење представљало суштину предметног путног осигурања, због чега оно није било предмет анализе. Суд је додао да се није радило о неправичном и некоректном искључењу, јер је лице које је планирало годишњи одмор могло да га прочита да је хтело. Ово су логични ставови суда, али Омбудсман може да заузима и сасвим друге ставове који су више у корист потрошача.

У следећем спору бр. 18/22<sup>111</sup> семеринзи на брегастој осовини су се покварили и дошло је до цурења уља на каиш у кућишту на крају мотора, које је било затворено заптивачем. Осигураник је обавио потребне поправке: парно чишћење компоненти и замену заптивача осовине и семеринга, а затим захтевао од осигураваача надокнаду трошкова поправке. Осигураваач је одбио одштетни захтев са тврдњом да је условима осигурања искључено из покрића „спољно цурење уља.” Он је објаснио да би покрио трошкове поправке да су настали унутрашњим цурењем уља, као што је цурење из поцепане главе заптивке у цилиндар, међутим, не покрива било које цурење ван главног блока мотора, резервоара за уље и главе цилиндра.

Омбудсман је сматрао да је осигураваач тумачио сувише рестриктивно предметно искључење. Омбудсман је сматрао да није било разумно очекивати да уговараач осигурања разуме уско разликовање између различитих врста цурења уља и није се сложио са тврдњом осигураваача да се цурење уља у кућиште због квара на заптивкама сматра „спољним.”

У спору бр. 18/24<sup>112</sup> био је проблематичан начин на који је осигураваач насловио полису осигурања кредита и ширине осигуравајућег покрића. У конкретном случају, осигураник је закључио осигурање ради сопствене заштите у случају немогућности враћања зајма. Његов зајмодавац је закључио полису осигурања „за ризике смрти, радне неспособности и незапослености.” Када је осигураник добио отказ, поставио је одштетни захтев према осигураваачу, који га је одбио тврдњом да је условима осигурања покривена незапосленост само у случају технолошког вишка.

---

<sup>110</sup> [2003] EWHC 380.

<sup>111</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July 2002, 20.

<sup>112</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July 2002, 21.



Условима осигурања појам „незапослен” је био дефинисан као „без посла директно због технолошког вишка или пропасти фирме.” Осигуравач се такође позвао на дефиницију „технолошког вишка”: „запослење прекинуто искључиво због одлуке послодавца да престане или смањи активности за које сте ангажовани.” Осигураник је приговорио да је он постао технолошки вишак јер је примио надокнаду за технолошки вишак, али осигуравач није прихватио његов приговор. Осигуравач је истакао доказ бившег послодавца осигураника по којем је осигураник отпуштен јер је био неспособан да на задовољавајући начин обавља своје обавезе.

Омбудсман је утврдио следеће: Иако је део наслова полисе осигурања садржао речи „ризик незапослености” у опису покрића, услови осигурања нису пружали ту врсту покрића, већ су ограничавали покриће само на незапосленост услед технолошког вишка. Ово ограничење је било уочљиво тек после пажљивог читања услова осигурања, укључујући и одељак са дефиницијама. Омбудсман је такође утврдио да је осигуравач назвао и рекламирао ову врсту осигурања као да оно покрива све узроке незапослености. С обзиром на ову чињеницу, осигуравач је морао да зајмодавцу, који је продавао ове полисе осигурања, прецизира стварни обим покрића са којим ће он упознати потенцијалне уговараче осигурање пре закључења уговора о осигурању. Коначно, да осигураник није изгубио посао својом кривицом.

Услед изнетих разлога, Омбудсман је сматрао да зајмодавац није скренуо пажњу осигуранику на ограничења покрића и прихватио је тврдњу осигураника да му је полиса осигурања продата у стању осигураникове заблуде. Осим тога, Омбудсман је сматрао да није правично да се осигуранику врати само премија, већ и да му се исплати пуна надокнада, јер да је знао да полиса осигурања не покрива све узроке незапослености, он би закључио шире покриће са другим друштвом за осигурање.

У једном другом спору бр. 133/1<sup>113</sup> осигураник је оштетио своје возило сипањем погрешне врсте горива и захтевао је од свог осигуравача каска надокнаду трошкова поправке. Међутим, осигуравач је одбио одштетни захтев тврдњом да полиса осигурања више не покрива ту врсту штете. Омбудсман је замолио осигуравача да му достави информацију коју је послао осигуранику пре продужења полисе осигурања, заједно са свим изменама и допунама у условима осигурања. У пропратном писму достављеном заједно са осталом документацијом стајало је следеће обавештење: „Морате да пажљиво проверите све детаље. Ако су исправни, не морате да предузимате

---

<sup>113</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue May/June 2016, 3–4.

никакве додатне радње.” Како спорно искључење нигде није било напоменуто или истакнуто, а налазило се тек после неколико страна и то као последње од свих искључења, Омбудсман је сматрао да није било разумно очекивати да неко прочита 40 страна да би проверио да ли се осигуравајуће покриће променило. Због тога је Омбудсман одлучио да осигуравач није учинио довољно у датим околностима да упозна осигураника да је његово осигуравајуће покриће сужено за ризик коришћења погрешне врсте горива и наредио је осигуравачу да поступи са тим одштетним захтевом као да поменуто искључење није ни постојало.

У другом спору бр. 133/5 Омбудсман је проширио дефиниције и значење услова осигурања трошкова отказа венчања, тумачећи га у корист осигураника. Будући брачни пар је резервисао идеални хангарски комплекс за своју церемонију венчања и свадбеног славља четрнаест месеци унапред. Неколико месеци касније сазнали су да се променила управа и да се објекат реновира. Када су тражили информације од новог управника о томе шта се дешава са резервацијом, речено им је да важе претходно учињене резервације. Приближавањем датума венчања они су поново посетили објекат и утврдили да се битно разликује од стања у којем је био када су вршили резервацију. Неки од радова нису били завршени, због чега није било могуће подићи шатор који су желели, а да ће велика огледала на зидовима онемогућити фотографисање са вештачким осветљењем. Када су се пожалили управи објекта, они су им отказали резервацију. Када су се обратили осигуравачу са одштетним захтевом, одбијени су са образложењем да се штета надокнађује само у случају настанке штете на објекту „која обухвата али није ограничена само на незгоду, пожар или крађу.” Омбудсман је у конкретном спору сматрао да је наведена дефиниција осигураних ризика нејасна и да зато није било правично да је осигуравач стриктно примени. Омбудсман је чак дао и ширу, речничку дефиницију штете која „представља штету која умањује вредност, корисност или нормално функционисање нечега” и наложио осигуравачу да плати насталу штету.

Други аспект неадекватног поступања осигуравача у горе анализираном спору односило се на то да осигуравач посебно није скренуо пажњу осигураницима да је његова обавеза у случају настанка штете ограничена, што је требало да учини приликом закључења уговора о осигурању.

Омбудсман може да блаже поступа у тумачењу услова осигурања и у случају осигурања пртљага, у којој врсти осигурања је врло мало осигураника упознато са стандардним искључењем изгубљеног или украденог пртљага (на пример, када је

пртљаг остављен у моторном возилу незакључан и без надзора) и да се надокнада врши према стварној вредности, а не новонабавној вредности или по одбитку франшизе (Summer, 2009, 89). У спору бр. 63/8<sup>114</sup> условима осигурања било је прописано да пртљаг мора да се чува „у закључаном смештају” или „у закључаном или покривеном одељку / пртљажнику моторног возила.” У конкретном случају осигураник је путовао Новим Зеландом камперским комбијем те је Омбудсман одлучио да се ради више о возилу а не о смештају и да зато што није имао одељак за пртљаг или пртљажник, у којем личне ствари не би биле видљиве, одштетни захтев није прихватио.

У спору бр. 69/4<sup>115</sup> осигураник је за купљену кожно гарнитуру из три дела закључио уговор о осигурању продужене гаранције за производ. Гарнитура је била поривена гаранцијом произвођача за првих дванаест месеци и четири додатне године продужене гаранције на основу уговора о осигурању од било које случајне штете на материјалу проузроковане „раздвајањем, цепањем, опекотинама, перфорацијом и домаћим љубимцима”, као и „структурне штете” проузроковане одређеним бројем њених посебних карактеристика, укључујући и „сломљене ципзаре.” Мање од годину дана после куповине, осигураник је открио да је оштећена кожна облога на софи и то на месту где се метални део механизма за подешавање трљао о кожно облогу. Произвођач је поправио овај недостатак бесплатно по основу своје гаранције. Исти квар настао је после осам месеци када је истекла произвођачка гаранција, због чега је осигураник поставио одштетни захтев осигуравачу. Осигураник је пријавио да се штета појавила после претходних поправки и да је потребно поправити оквир софе, јер је кожа лоше маркирана а ципзари на наслонима оштећени.

Осигуравач је одбио одштетни захтев са тврдњом да је штета настала због лошег квалитета поправки произвођача, а да уговор о осигурању продужене гаранције не покрива произвођачев „немарни пропуст.”

Омбудсман је анализирао услове осигурања и закључио да су они веома слабо формулисани, јер је постојала велика неизвесност у вези са тим шта је осигуравач желео да покрива и начина на који се примењују различита искључења. Због наведеног, можемо рећи да се одлука Омбудсмана у овом спору поклапа са законом прописаним тумачењем услова уговора у случају нејасних одредби које је саставио осигуравач, те је сматрао да се услови осигурања морају тумачити на начин који је најповољнији за

---

<sup>114</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July/August 2007, 10–11.

<sup>115</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue April/May 2008, 7–8.

уговарача осигурања и његовим разумним очекивањима које је имао приликом закључења уговора о осигурању.

Неиспуњена очекивања осигураника најбоље се огледају у слабом квалитету пружене услуге осигурања приликом поправке и надокнаде штете, због чега осигураник претрпи поново штету. У спору бр. 130/3<sup>116</sup> после тешког оштећења крова током олује, осамдесетогодишња осигураница која је живела сама поставила је одштетни захтев по својој полиси осигурања домаћинства. Током процене штете осигуравач јој је препоручио да договори привремену поправку крова. Касније је осигуравач прихватио и да надокнади штету која је настала у унутрашњости куће, али су одбили део одштетног захтева са тврдњом да је кров био у лошем – неодржаном стању пре олује. Неколико месеци касније, кров осигуранице је поново процурео и проузроковао додатну штету у унутрашњости куће. Она је позвала осигуравача, али је он одбио да јој помогне због тога што је штета проузрокована некавалитетном привременом поправком крова и да је обавеза осигуранице била да спроведе трајну поправку. Међутим, осигуравач није могао да достави било какав доказ да су осигураницу упозорили да она треба да спроведе трајну поправку крова, а с обзиром на њене године и на чињеницу да живи сама, то су требали да учине. Омбудсман је обавезао осигуравача да поправи штету као да се ради о једном одштетном захтеву.

### г) Непоштене клаузуле из услова осигурања

Право Омбудсмана да ограничи дејство искључених ризика и штета представља још једну област у којој дејство одлука Омбудсмана има последице које, по правилу, судови Велике Британије не би прихватили.

Први пример такве једне одлуке коју наводимо у овом раду, настао је у спору бр. 80/1<sup>117</sup> на основу уговора о осигурању кредита. Осигураница је радила за једну велику робну кућу и када је добила кредитну картицу такође је закључила уговор о осигурању кредита. Осигуравајуће покриће покривало је њене месечне рате за случај незапослености услед болести, радне неспособности или технолошког вишка. Некако у исто време када је закључила уговор о кредитној картици и уговор о осигурању, појавили су се коментари у медијима да њен послодавац пролази кроз тежак период, а

<sup>116</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue November/December 2015, 6.

<sup>117</sup> Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue October/November 2009, 4–5.

разочаравајући финансијски резултати и забринутост за његову будућност су оправдавали осигуравајуће покриће у случају технолошког вишка. Међутим, у тренутку закључења уговора о осигурању осигураница није имала ниједан посебан разлог због којег би сматрала да ће изгубити посао.

Неколико недеља касније, послодавац осигуранице је објавио да ће консултовати запослене о могућем губитку радног места у целој компанији. Три месеца касније, осигураници је речено да је њено радно место обухваћено планом технолошког вишка, да би десет недеља касније осигураница била стављена на списак технолошког вишка, после чега јој је престао уговор о раду.

Убрзо потом, осигураница је поставила одштетни захтев по уговору о осигурању кредита у случају незапослености. Њен одштетни захтев је одбијен са образложењем да је условима осигурања искључена незапосленост ако је уговарач „сазнао за било које повећање опасности од незапослености у року од 90 дана после ступања покрића на снагу.”

Стриктним тумачењем предметног искључења, ако би на пример, дошло до неког погоршања економских прилика у Великој Британији током прва три месеца трајања периода осигурања, то би могло да се тумачи као да уговарач осигурања у потпуности губи покриће због незапослености. Даље резоновање Омбудсмана односило се на то да је осигуравач желео да из покрића искључи знање уговарача или околности које су се промениле у првих три месеца периода осигурања, онда је то требало јасно да формулише тако да наведе која промена или промене морају да наступе да би искључење могло да се примени. Међутим, осигуравач то није учинио, нити је уговарача осигурања упозорио на то.

Омбудсман је прихватио да је осигуравач имао потребу да ограничи обим покрића, како би се заштитио од осигураника који закључују уговор о осигурању у тренутку када већ знају да ће вероватно изгубити посао. Међутим, Омбудсман је сматрао да се у конкретном случају радило о сувише широком искључењу које је било непоштено. Због свега наведеног, Омбудсман је обавезао осигуравача да осигураници надокнади насталу штету.

Непоштена клаузула услова осигурања такође је била предмет разматрања и одлучивања Омбудсмана у спору бр. 54/4 поводом неодобравања поврата дела премије у случају отказа полисе осигурања каска од стране уговарача осигурања. Осигураник је приликом закључења уговора о осигурању каска моторног возила платио у целости годишњу премију осигурања. Пет месеци касније, осигураник је одлучио да прода своје

возило јер му више није требало. Међутим, када је вратио полису осигурања осигуравачу, осигуравач је одбио да му врати део премије осигурања са образложењем да се не одобрава поврат премије када полису откаже осигураник после четири или више месеци после ступања осигурања на снагу.

Увидом Омбудсмана у услове осигурања утврђено је да је одредба услова осигурања непоштена због чега је Омбудсман обавезао осигуравача да врати део премије осигуранику уз одбитак разумног износа административних трошкова.

#### **д) Неограничена обавеза пријављивања битних чињеница**

Обавеза осигураника је да пријави битне чињенице приликом закључења уговора о осигурању, као и оне којима се повећава или погоршава ризик током уговореног периода осигурања.

Годишње или дугорочне полисе осигурања постале су веома популарне у Великој Британији од почетка 2000-их, делимично и зато што се продају као „бесплатна” или јефтина бенефиција у вези са текућим рачуном у банци, кредитном картицом или другим финансијским производом (Financial Ombudsman Service, July/August 2007, 11). У наредним споровима које је решавао Омбудсман Велике Британије радило се о клаузулама услова осигурања које су, због своје ширине и неодређености у погледу пријаве битних чињеница, проглашаване несразмерно тешким по осигураника да би оне могле да представљају основ по којем би осигуравач одбио одштетни захтев осигураника.

У спору бр. 64/6<sup>118</sup> осигураник је имао трајну полису осигурања коју му је његова банка обезбедила бесплатно, као једну од бенефиција по његовом текућем рачуну. По условима осигурања, осигуравајуће покриће остаје на снази све док се не угаси текући рачун. У октобру 2006. године осигураник и његова супруга резервисали су крстарење које је требало да почне из Њујорка. Неколико недеља после извршене резервације, осигураник је претрпео привремени губитак вида и био је код лекара специјалисте. Осигураников вид се у потпуности опоравио до тренутку његове консултације са специјалистом, који је посумњао да је осигураник претрпео мањи мождани удар. Због тога је кориговао терапију коју је осигураник узимао од како је, пре

---

<sup>118</sup> Financial Ombudsman Service, Ombudsman News, Issue July/August 2007, 11–12.

четири године, утврђено да има закрчену артерију после срчаног удара. Осигураник није више имао проблема са видом и чинило се да је у добром здравственом стању када су он и супруга започели крстарење. Међутим, неколико дана пре краја одмора, осигураник је претрпео срчани напад.

По повратку кући и стабилизовања здравственог стања, осигураникова супруга је поставила одштетни захтев по полиси путничког осигурања за надокнаду трошкова које су имали због болести осигураника на путовању. На разочарење брачног пара, осигуравач је рекао да не може да прихвати обавезу јер, како је истакао, условима осигурања уговарач је био у обавези да пријави све промене његовог здравственог стања, а осигураник није пријавио губитак вида који се појавио после резервације крстарења. Осигураник је тврдио да су осигуравачу пријавили инфаркт из 2001. године, а да због тога што се осигураник брзо опоравио од привременог губитка вида, он није сматрао да је то било битно уопште да се помиње.

Омбудсман је анализирао услове осигурања на које се позвао осигуравач када је одбио одштетни захтев и начин на који га је тумачио и применио. Осигуравач је навео да због тога што бројни, очигледно мањи здравствени поремећаји или проблеми могу да буду симптоми озбиљних стања, он није практично у могућности да уговарачима осигурања пружи водич у вези са тим колико је битна нека промена здравственог стања да би она требала да му се пријави.

Према ставу Омбудсмана, таква приступ у условима осигурања био је веома тежак за осигураника. Обавеза уговарача осигурања да осигуравача контактира сваки пут када претрпи било какав поремећај здравља представљао је уговорну обавезу коју је осигураник тешко могао да испуни. То је такође значило да уговарачи осигурања никада не могу да буду сигурни у погледу чега тачно имају осигуравајуће покриће.

Зато је Омбудсман сматрао да није правично да осигуравач примењује клаузулу у условима осигурања да би постигао дејство које не би било логично за уговарача осигурања и која би за уговарача предвиђала тешко испуњиве обавезе. Ако одштетни захтеви због промене здравственог стања не би били покривени, онда би корист од покрића била озбиљно ограничена. Због тога је Омбудсман сматрао да осигуравач није имао право да одбије да надокнади трошкове лечења осигураника.

У другом спору бр. 64/7<sup>119</sup> осигураница је патила од ангине коју је, приликом закључења полисе путничког осигурања, пријавила осигуравачу и осигуравач се

---

<sup>119</sup> Financial Ombudsman Service, Ombudsman News, Issue July/August 2007, 12–13.

сагласио да јој пружи покриће и за ангину. Неколико месеци касније, настали су мањи проблеми са нузефектима због дозе лекова које је узимала, због чега је лекар кориговао њену терапију. После неког времена, док је била на одмору на Флориди, осетила је болове у грудима који су имале везе са ангином. После успешног опоравка и повратка кући, поставила је захтев осигуравачу да јој надокнади трошкове лечења, али је осигуравач одбио да исплати трошкове осигураници због тога што није пријавила све промене здравственог стања. Обмудсман је прихватио одштетни захтев осигуранице јер условима осигурања није било дефинисано шта се сматра „променом здравственог стања”, као ни прописана обавеза уговарача осигурања да осигуравачу морају да пријави све промене у терапији.

У спору бр. 64/8<sup>120</sup> осигураник је закључио полису путничког осигурања али му је пре почетка путовања дијагностикован канцер и морао је хитно на операцију. Неколико дана пре почетка путовања, његов лекар је потврдио да може да путује и осигураник је замолио осигуравача да му јави да ли покрива и ризик канцера од којег је оперисан. Осигуравач му се јавио доста касно са обавештењем да отказује осигурање. Ипак, осигуравач је осигуранику понудио да надокнади одштетни захтев уз отказ полисе, ако он у том тренутку откаже свадбено путовање. Осигураник није желео да откаже своје свадбено путовање и зато је провео неколико сати распитујући се код других осигуравача, све док није успео да уговори нову полису осигурања која му је пружила жељено покриће.

Када се вратио са путовања, осигураник је поставио одштетни захтев према свом првобитном осигуравачу који га је одбио. Осигуравач се позвао на клаузулу из услова осигурања која му је давала право да измени услове осигурања ако дође до промене здравственог стања осигураника пре почетка његовог одмора, али после извршене резервације. Као и у спору бр. 64/6 Обмудсман је сматрао да наведена клаузула није правична, јер не пружа осигуранику могућност да тачно зна шта је осигурано. Обмудсман је прихватио његов одштетни захтев и, такође, сматрао да је за осигураника сигурно било стресно сазнање да је осигурање отказано непосредно пре путовања, због чега је био у огромном проблему и чињењу додатног трошка због закључења нове полисе осигурања, па је у његову корист обавезао осигуравача да му надокнади трошак нове полисе осигурања и исплати 200 фунти на име нематеријалне штете.

---

<sup>120</sup> Financial Ombudsman Service, Ombudsman News, Issue July/August 2007, 13–14.



## 1.3. НЕМАЧКА

### 1.3.1. Омбудсман осигурања

За разлику од Велике Британије која има Омбудсмана за финансијске услуге који решава спорове између пружалаца разних финансијских услуга према потрошачима, у Немачкој постоји посебан Омбудсман осигурања основан као независно удружење које пружа потрошачима бесплатне услуге сталног арбитражног органа за спорове са пружаоцима услуга осигурања.<sup>121</sup> Чланови овог удружења су друштва за осигурање и Удружење осигуравача Немачке. Немачки осигуравачи остварују двоструки циљ чланством у Омбудсману осигурања: прво, заштиту потрошача а друго, избегава се да се спорови са клијентима решавају на суду.

У Немачкој је дуги низ година после оснивања Европске економске заједнице надлежни надзорни орган истовремено представљао институцију пред којом су се решавали спорови између осигуравача и осигураника. У немачкој правној теорији се истиче да је стимуланс за развој процедуре омбудсмана у немачком сектору осигурања било оснивање такве институције у банкарству почетком деведесетих година, тачније 1992. године (Gal, 2014, 11).

Са закашњењем од девет година, Удружење осигуравача Немачке покренуло је иницијативу за оснивање омбудсмана осигурања и основало га 11. априла 2001. године. Омбудсман осигурања почео је са радом у октобру исте године са више од 95% приватних друштава за осигурање у својству чланова (укупно 290 друштава за животна и неживотна осигурања закључно са фебруаром 2016. године<sup>122</sup>). У складу са чл. 3, ст. 2 Статута Омбудсмана сви чланови Удружења осигуравача Немачке могу да постану чланови Омбудсмана једностраном изјавом о приступању у писменом облику. Чланство престаје ако престане чланство у Удружењу осигуравача Немачке или оставком која се мора у писменој форми упутити Управном одбору шест месеци пре истека фискалне године. Треба имати у виду да је, за разлику од Велике Британије, чланство друштава за осигурање и друштава за посредовање у Омбудсману добровољно (Gal, 2014, 13).

---

<sup>121</sup> “Versicherungsbundmann e. V.” Поред наведеног Омбудсмана, у Немачкој је исте 2001. године почео са радом и Омбудсман за приватно здравствено осигурање и осигурање неге (*Ombudsmann Private Kranke- und Pflegeversicherung*) који има специјалну надлежност само за спорове из области здравственог осигурања, док Омбудсман осигурања решава спорове из свих осталих врста осигурања, те зато има далеко већи значај.

<sup>122</sup> Доступно на: <http://www.versicherungsbundmann.de/Ressourcen/PDF/mitgliederliste.pdf>, 28. 6. 2016.

Битно је нагласити да су чланови Омбудсмана дужни да упознају – обавесте своје клијенте приликом закључења уговора о осигурању или слања уговорне документације да је друштво за осигурање члан Омбудсмана и да постоји могућност решавања спорова у поступку пред Омбудсманом осигурања (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 5, ст. 3).

Друштва за осигурање – чланови помажу Омбудсмана плаћањем годишње чланарине чија висина зависи од њиховог бруто премијског прихода. Поред тога, друштва за осигурање плаћају фиксну провизију за сваки спор у којем је прихваћен приговор као и онда, када после анализе омбудсмана, приговор прогласи неоснованим. Чланови Омбудсмана прихватају процесна правила, посебно у погледу трајања поступка и доношења одлуке ради заштите потрошача од застаре њиховог одштетног захтева.

Финансирање рада Омбудсмана, за разлику од редовних судова, врши се на два начина: Прво, сва друштва за осигурање су дужна да плате годишњи допринос на основу Плана пословања Управног одбора (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 16, ст. 2). Појединачни износ доприноса израчунава се на основу бруто премијског прихода сваког друштва за осигурање појединачно, а коначан допринос се израчунава по истеку фискалне године. По истеку фискалне године непотрошени допринос представља потраживање друштва за осигурање, осим ако Скупштина не одлучи другачије (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 16, ст. 3). Друго, сваки основани приговор активира паушал по појединачном спору који утврђује директор Омбудсмана, по правилу једном годишње. У 2015. години паушал је износио 102 евра за решене спорове одлуком или препоруком и 68 евра за све друге начине окончања спорова (Versicherungsbundmann, 2015, 98).

### *1.3.2. Органи управљања Омбудсмана*

Органи Омбудсмана су Управни одбор и Скупштина. Статутом је предвиђен и Саветодавни одбор али, као што ћемо видети у каснијем излагању, ради се пре свега о некој врсти комисије која својим саветима, препорукама и ставовима утиче на одлучивање и рад органа Омбудсмана, али има и неке функције које су карактеристичне за Надзорни одбор.

## а) Скупштина

Највиши орган управљања Омбудсманом је Скупштина коју чине сви чланови. Чланови Скупштине имају по један глас без обзира на величину друштва за осигурање или његов годишњи премијски приход (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 10, ст. 2). Надлежности Скупштине односе се на:

- (а) именоване Управног одбора,
- (б) именоване Омбудсмана на предлог Саветодавног одбора,
- (ц) усвајање Извештаја Управног одбора за протеклу фискалну годину,
- (д) усвајање Извештаја Омбудсмана,
- (е) усвајање Завршног рачуна и усвајање оставки чланова Управног одбора,
- (ф) именоване ревизора,
- (г) усвајање Плана пословања,
- (х) одлучивање о висини коначног годишњег доприноса,
- (и) измене и допуне Статута,
- (ј) измене и допуне Правила поступка Омбудсмана осигурања уз сагласност Саветодавног одбора,
- (к) коначна одлука о искључењу члана,
- (л) наредбе о годишњем доприносу и паушалу.

Одлуке се доносе простом већином присутних чланова, док је за измене и допуне Статута и Правила поступка Омбудсмана осигурања, именоване Омбудсмана и искључење члана неопходно три четвртине гласове присутних чланова (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 10, ст. 2 и 3).

Скупштина се одржава једном годишње, ако је неопходно ради заштите интереса Омбудсмана, ванредну Скупштину сазива Управни одбор или на писмени образложени захтев једне петине чланова.

С обзиром на чињеницу да је оснивач Омбудсмана Удружење осигуравача Немачке и да друштва за осигурање и друштва за посредовање преко Скупштине могу да утичу на избор или смену Омбудсмана, измене и допуне Статута и Правила поступка Омбудсмана осигурања, поставља се питање неутралности поступка пред Омбудсманом.

## **б) Управни одбор**

Управни одбор управља свим питањима Удружења, ако Статутом нису у надлежности Скупштине, Саветодавног одбора или генералног директора. Управни одбор је надлежан за сва питања рада Омбудсмана, ако она Статутом нису пренесена на неки други орган. Управни одбор обавља следеће послове:

- (а) заступа Омбудсмана,
- (б) предлаже кандидата за избор Омбудсмана,
- (ц) регулише послове Омбудсмана, уколико они нису регулисани одлуком Скупштине или Саветодавног одбора,
- (д) смењује Омбудсмана на основу одлуке Саветодавног одбора,
- е) припрема и сазива Скупштину,
- (ф) извршава одлуке Скупштине,
- (г) усваја План пословања,
- (х) бира и смењује једног или више извршних директора, задужених за надзор управљања,
- (и) одлучује о путним трошковима.

Скупштина бира чланове Управног одбора на период од четири године. Управни одбор се састоји од пет до највише једанаест чланова.<sup>123</sup> Чланови Управног одбора обављају своју функцију на добровољној основи за друштво за осигурање чији га орган бира на ту функцију на одређено време. Председник Управног одбора бира чланове из друштва за осигурање који су чланови Омбудсмана осигурања. Два члана Управног одбора заступају Омбудсмана према трећим лицима.

Чланове Управног одбора бира Скупштина на мандат од четири године, уз могућност поновног избора на функцију. У тренутку избора за члана Управног одбора предложени кандидат мора бити запослен у институцији која је члан Омбудсмана.

## **в) Саветодавни одбор**

Саветодавни одбор Омбудсмана осигурања је суштински независан и неутралан орган Омбудсмана. Он има велики утицај и већински је састављен од представника институција и организација, највећим делом ван делатности осигурања. Саветодавни

---

<sup>123</sup> На дан 1. јул 2016. године, Управни одбор немачког Омбудсмана је имао осам чланова.

одбор има важну улогу у обезбеђивању да Омбудсман обавља своју функцију без притисака од стране друштава за осигурање и да поступак остане коректан и уравнотежен, те је, самим тим, он гарант независности Омбудсмана и успешности поступка у очима јавности (Gal, 2014, 16).

Његове надлежности таксативно су прописане Статутом у чл. 12, ст. 5, тако што овај орган:

- (а) одлучује у именовану и смени које врши Омбудсман,
- (б) одлучује о изменама Правила поступка Омбудсмана осигурања,
- (ц) даје мишљење на именовање директора, предлог закона, пружа саветодавну помоћ,
- (д) разматра Извештај Омбудсмана,
- (е) предлаже унапређења за рад Омбудсмана и Правила поступка Омбудсмана осигурања, као и дневни ред Скупштине,
- (ф) саветује и помаже Омбудсману у питањима односа са јавношћу (на пример, интернет страна, публикације, рекламе).

Састанци Саветодавног одбора одржавају се најмање једном годишње и одлуке доноси простом већином присутних чланова, осим у случајевима наведеним у Статуту.

У складу са чл. 12, ст. 1 Статута Омбудсмана осигурања<sup>124</sup>, Саветодавни одбор се састоји од седам представника (председник и шест чланова које бира Скупштина из редова чланова Омбудсмана осигурања, тј. представника друштава за осигурање), седам представника удружења потрошача (четири представника Удружења организација потрошача, два представника организације *Stiftung Warentest*, један представник Федерације осигураника), два представника из органа надлежног за надзор осигурања, три представника науке, два представника посредника у осигурању и до осам чланова националне Скупштине у својству представника јавности. Оно што се може закључити из оваквог састава Саветодавног одбора је то да утицај друштава за осигурање над његовим радом и одлучивањем није снажан.

Мандат чланова Саветодавног одбора је пет година са могућношћу реизбора. Чланове бира Скупштина, с тим да представнике науке касније бирају чланови постојећег Саветодавног одбора двотрећинском већином чланова Одбора, остале чланове бирају њихове институције и политичке странке.

---

<sup>124</sup> Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V. Stand 26. November 2014.

Утицај Саветодавног одбора се може видети кроз његова права на учешће у одлучивању, иако је његова најважнија функција саветовање. У обављању својих послова Саветодавни одбор даје огроман допринос независности Омбудсмана и успостављању ефикасног и коректног поступка решавања приговора.

Треба имати у виду да су овлашћења и састав Саветодавног одбора у највећој мери формулисана ради сталне провере утицаја друштава за осигурање и њиховог представничког органа – Скупштине. Намера уравнотежености утицаја, како се тврди у немачкој теорији, може се видети из подељених овлашћења у погледу избора Омбудсмана (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, Избор Омбудсмана – чл. 13, ст. 1<sup>125</sup>) и измена и допуна Правила поступка Омбудсмана осигурања (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 11, ст. 1, тач. /j), јер да је Статутом прописана искључива надлежност Скупштине за поменута питања, друштва за осигурање би могла да манипулишу Правилима поступка у своју корист (Gal, 2014, 17).

### г) Омбудсман

Централну институцију у организацији Омбудсмана осигурања, и његов једини *raison d'être*, представља Омбудсман, тј. лице коме је поверено решавање спорова између друштава за осигурање и његових клијената.

Имајући у виду да рад институције Омбудсмана финансирају друштва за осигурање и, због тога, могућег неповерења јавности у тај механизам решавања потрошачких спорова, неопходно је водити рачуна о изградњи поверења између Омбудсмана и потрошача и о томе да Омбудсман буде лице од интегритета, добре репутације и високе стручности. Тако су чл. 14 Статута прописана својства које мора да има лице које се бира за Омбудсмана. Прво, Омбудсман мора да има неопходне квалификације, стручност и искуство за обављање тих послова, што значи да мора да има вештине судије (у Немачкој то значи да Омбудсман мора да има диплому Правног факултета, да је успешно положио приправнички испит */Referendariat/* и други државни испит – Gal, 2014, 18) и да има велико искуство у вези са осигурањем.<sup>126</sup> Друго, да има

---

<sup>125</sup> Према наведеној одредби Статута Омбудсмана бира Скупштина трочетвртинском већином на предлог Управног одбора и претходне одлуке о именовању од стране Саветодавног одбора донете простом већином присутних чланова.

<sup>126</sup> На основу чл. 214, ст. 2 немачког Закона о уговору о осигурању из 2008. године, немачко Савезно министарство правде може, у договору са Савезним министарством финансија, Савезним министарством

пребивалиште на територији Немачке. Треће, Омбудсман не може да буде лице које је радило као брокер у осигурању или консултант у претходне три године пре запослења у друштву за осигурање. Четврто, током мандата на функцији Омбудсмана, он мора да замрзне своју функцију у друштву за осигурање, као и да се уздржава од обављања било којих других послова који могу да утичу на његову непристрасност. Са друге стране, Омбудсман може да пише академске радове и обавља предавања, под условом да то не утиче на непристрасност функције коју обавља.

Омбудсман је назвисан орган и обавезан да непристрасно поступа у свом одлучивању, поступку и управљању у складу са Правилима поступка. Зато он није обавезан да поступа и извршава инструкције или одлуке било које друге институције или организације. Господин Гинтер Хирш, Омбудсман, у свом обраћању поводом десетогодишњице рада ове институције, изјавио је „... да функција Омбудсмана постоји првенствено ради остваривања правде, а не ради борбе за права, јер Омбудсман треба да обезбеди равноправност странака” и да је „Омбудсман осигурања, као модел за ефикасну заштиту потрошача данас (је) постигао то да се корисник услуге осигурања у односу на осигуравача више не осећа као „Давид против Голијата” (Stillert, 2011, 1604).

Разрешење Омбудсмана са функције могуће је у случајевима очигледне грубе непажње у извршавању обавеза или уговора.

#### **д) Арбитражни одбор**

Омбудсман ће подстицати решавање спорова у одређеним случајевима путем предлога на помирење, применом умерених принципа и уз давање логичног објашњења правног стања.

С обзиром да је у 2015. години укупан број приговора износио 20.827 (4,7% више него у 2014. када је било укупно 19.897 приговора) и да је то највећи број приговора од почетка рада Омбудсмана 2001. године (Versicherungsombudsmann, 2015, 100), рад Омбудсмана у великој мери зависи од помоћног особља организованог у Арбитражном одбору.

---

за привреду и технологију и Савезним министарством за исхрану, пољопривреду и заштиту потрошача, да призна приватноправно организовану може да призна приватноправно организовану установу као установу вансудског решавања спорова, ако је у погледу својих одговора и предлога или одлука независна и не подлеже инструкцијама трећих организација, а може да испуни задатке у организационом и стручном смислу.

Арбитражни одбор има више од четрдесет запослених који обављају послове омбудсмана. Запослени у Арбитражном одбору су дужни да извршавају налоге Омбудсмана. Омбудсман лично решава спорове већег значаја или сложеније спорове (Gal, 2014, 21), док се решавање осталих спорова одвија у Услужном центру омбудсмана осигурања. Дванаест специјалиста осигурања примају и обрађују приговоре, у контакту су са подносиоцима приговора и помажу им у формулисању приговора и прилагању информација и докумената битних за одлучивање. Осим тога, у Дирекцији за правне послове ради више од петнаест специјализованих правника који помажу Омбудсману у вези са правним статусом приговора. Они проверавају приговоре, обављају правну кореспонденцију, анализирају начине решавања спора и одлучују у договору са Омбудсманом, у његово име о основаности приговора.

Арбитражни одбор може да врши своја овлашћења провере и потврђивања основаности приговора у складу са чл. 15а Уводног закона за Законик о парничном поступку. Према наведеној одредби савезне државе могу прописати да је подношење тужбе могуће једино после окончања свих покушаја мирног решења спора од стране органа који признаје Регионална правосудна администрација у финансијским споровима пред судом поводом одштетних захтева који у новцу или стварима не прелази износ од 750 евра. Осим тога, подносилац приговора мора да Омбудсману приложи потврду органа о неуспешном покушају постизања мирног решења спора. Према чл. 214 немачког Закона о уговору о осигурању немачко Савезно министарство правде може, у договору са Савезним министарством финансија, Савезним министарством за привреду и технологију и Савезним министарством за исхрану, пољопривреду и заштиту потрошача, да призна приватноправно организовану установу као установу за решавање вансудских спорова из уговора о осигурању који су закључени са потрошачима у смислу чл. 13 Грађанског законика<sup>127</sup> и између посредника осигурања или саветника за осигурање и осигураника у вези са посредовањем у закључењу уговора о осигурању.

---

<sup>127</sup> „Појам потрошач подразумева сва физичка лица која ступају у неки правни однос у сврхе које су претежно ван његове трговачке, пословне или професионалне делатности.” Доследна примена ове дефиниције довела је до бројних неодумица у погледу надлежности Омбудсмана о чему ће више речи бити у наредним излагањима.



### 1.3.3. Надлежност Омбудсмана

Омбудсман је надлежан да решава велики број различитих спорова, иако не за све могуће спорове који могу настати између уговарача осигурања (или осигураника или корисника осигурања – прим. аут.) и осигуравача или посредника у осигурању. Важно је имати у виду да надлежност није ексклузивна, јер странака која је покренула спор пред Омбудсманом може у сваком тренутку да поднесе тужбу суду или другом арбитражном органу ако он постоји у датој савезној држави. Дужност омбудсмана је да током целог поступка води рачуна о својој надлежности да решава спор (Статут Удружења Омбудсмана осигурања, 2014, чл. 5, ст. 1).

Критеријуми по којима се одређује надлежност Омбудсмана одређени су статусно и према природи правног односа. Тако се потрошачи могу обратити Омбудсману са жалбом и захтевом да решава спор једино ако је тужени члан Омбудсмана<sup>128</sup> и под условом да се ради о: (1) сопственом уговорном праву по уговору о осигурању или уговору који је у блиској економској вези са уговором о осигурању, (2) сопственом уговорном праву по уговору о кредиту са обезбеђењем или (3) ако се ради о одштетним захтевима из односа посредовања или извршавања тог уговора против осигуравача.

Термин „сопствено уговорно право” се показало доста проблематичним у вези са лицима на које је пренесено право из осигурања, као и осигураницима по уговору о осигурању за рачун другог, јер по одредби чл. 45, ст. 1 немачког Закона о уговору о осигурању само уговарач осигурања може у своје име располагати правима која припадају осигураном лицу из уговора о осигурању. Зато је у пракси прихваћено да горе наведена лица пуноважно могу остварити надокнаду из осигурања само ако поседују полису осигурања или су добили сагласност уговарача осигурања (Gal, 2014, 25).

Омбудсман решава приговор само ако је подносилац приговора прво поставио одштетни захтев осигуравачу и ако га осигуравач у року од шест недеља није одговорио или га није коначно прихватио. Приговор се може односити или на то да је његов подносилац незадовољан одговором – одлуком осигуравача или да жели да

---

<sup>128</sup> Приговор потрошача мора бити поднет против друштва за осигурање које је члан Омбудсмана осигурања, с тим да се под термином „друштво за осигурање” подразумевају и сви други организационо-правни облици делатности осигурања, посебно друштва за управљање пензијским фондовима. Од 2007. године, Омбудсман је надлежан и за спорове између посредника у осигурању (агената и брокера) и саветника у осигурању и уговарача осигурања.

Омбудсман донесе одлуку коју осигуравач није донео у року од шест недеља. Ако није испуњен наведени услов, Омбудсман обавештава подносиоца приговора о разлогу због чега не може да покрене поступак.

Поступак пред Омбудсманом не може да се покреће:

- (а) за приговоре чија вредност премашује 100.000 евра, при чему се за утврђивање вредности спора примењују принципи Законика о парничном поступку, односно узима се у обзир изложени део од укупне вредности приговора,
- (б) за приговоре по основу осигурања болничког лечења, неге или осигурања кредита,
- (ц) за приговоре чији се предмет користи у методама актуарских калкулација или формулама,
- (д) за одштетне захтеве трећег лица у вези са осигураном накнадом,
- (е) ако се о предмету приговора очекује одлука суда, арбитраже, арбитражне институције или надзорног органа осигурања или ако је приговор поднет током поступка пред Омбудсманом.
- (ф) ако је суд, арбитража или орган мирења донео одлуку о жалби; исто важи и у случају спора који је решен вансудским поравнањем или поводом приговора који је одбијен због немогућности да успе у одређеном правном поступку,
- (г) ако је подносилац приговора покренуо кривични поступак (или га је покренуо после подношења приговора), изузев када се кривични поступак покреће да се не би оптеретило осигуравајуће покриће,<sup>129</sup>
- (х) ако је приговор очигледно неоснован и нема шанси на успех,
- (и) ако је одштетни захтев застарео, а тужени се позвао на застарелост потраживања.

Искључење надлежности Омбудсмана под тач. (д) за одштетне захтеве трећег лица у вези са осигураном накнадом ствара дилему да ли се под потрошачем које је физичко лице и закључује уговор о осигурању ван своје трговачке, привредне или професионалне делатности подразумева само уговарач осигурања, што би значило да су саосигураник, корисник надокнаде из осигурања или лице на које је пренесена

---

<sup>129</sup> Разлог за ово искључење из надлежности види се у томе што је функција Омбудсмана да производи ефекат мирења странака, што неће бити могуће када се у спор укључују други државни органи (Gal, 2014, 32).

полиса (цесионар) искључени из могућности покретања спора пред Омбудсманом. Међутим, на основу преамбуле<sup>130</sup> Правила поступка Омбудсмана осигурања, произлази да и та лица, могу покренути поступак пред Омбудсманом ако поседују пуноважну полису осигурања (Gal, 2014, 23). Осим наведеног, полазећи од чињенице да је Омбудсман основало Удружење осигуравача Немачке као сопствени сервис за решавање спорова између његових чланова – друштава за осигурање и њихових клијената, трећа оштећена лица која, по основу грађанске одговорности осигураника, имају директан одштетни захтев према осигуравачу, не могу покретати спор пред Омбудсманом (Gal, 2014, 25).

Друго, дефиниција потрошача из Грађанског законика искључује све непотрошачке организације и институције, што се аутоматским преузимањем у Правила поступка Омбудсмана осигурања приликом његовог оснивања, сматрало грешком (Gal, 2014, 23). Због тога је у чл. 2, ст. 1, подст. (1) прописано да Омбудсман *може* да решава приговоре и других лица која се налазе у сличној ситуацији као и потрошачи. Ради се о малим предузећима и предузетницима за које се може сматрати да се налазе у слабијем уговарачком положају и да зато треба да уживају могућност заштите Омбудсмана. Ипак, Омбудсман има дискреционо право да одлучи да ли ће прихватити приговор тих лица или их одбити и упутити на суд. За основне критеријуме приликом оцене Омбудсмана да ли ће прихватити или одбити да разматра одштетни захтев поменутих лица, Статут је прописао делатност (врста, величина и опремљеност), врсту уговора о осигурању и врсту одштетног захтева.

#### *1.3.4. Поступак пред Омбудсманом*

Поступак пред Омбудсманом се одвија у неколико следећих фаза: покретање поступка, разматрање дозвољености приговора и самог поступка.

Поступак пред Омбудсманом почиње обраћањем Омбудсману усменим, писменим или било којим другим погодним путем или средством комуникације. Омбудсман је дужан да потврди пријем приговора и његовог подносиоца обавести о општим условима даљег тока поступка. Подносилац приговора је дужан да Омбудсману достави јасан и опредељен захтев, обавести га о свим битним околностима

---

<sup>130</sup> Омбудсман осигурања је независна агенција немачке индустрије осигурања која решава спорове у вези са уговорима о осигурању.

и чињеницама и достави сву неопходну документацију. Ако је потребно, Услужни центар Омбудсмана помаже подносиоцу приговора да јасно презентује чињенице да би могао да поднесе релевантан приговор, а по потреби такође може да контактира туженог ради разјашњења чињеница. Ако све наведене мере нису довољне да се утврди јасан и прецизан приговор, који има шансе на успех, подносилац приговора се обавештава да у таквим условима не може водити поступак и да се поступак обуставља.

По пријему приговора, Омбудсман, којег заступа Услужни центар, прво разматра да ли је приговор дозвољен. Ако приговор није дозвољен, приговор се одбија. Ако се утврди дозвољеност покретања поступка пред Омбудсманом, Услужни центар доставља приговор друштву за осигурање које је тужено на разматрање, на који је он дужан да одговори у року од месец дана. Поменути рок се може продужити за још један месец, а о свему се обавештава потрошач. По правилу, став осигуравача се доставља потрошачу. Ако осигуравач не одговори на достављени приговор, Омбудсман је овлашћен да покрене поступак на основу тврдњи и документације коју је приложио потрошач, под условом да је приговор очигледно основан. Период од месец дана утврђен је да би осигуравач још једном размотрио своју одлуку о одштетном захтеву или приговору и, евентуално, прихватио захтеве потрошача. Ако осигуравач одлучи да прихвати само део одштетног захтева, поставља се питање да ли се поступак пред Омбудсманом може завршити. Ако подносилац приговора одлучи да прихвати одлуку осигуравача и да повуче приговор, поступак се завршава. У супротном, поступак пред Омбудсманом се води за спорни део. У пракси око 20% свих основаних приговора решавају се тако што осигуравач, накнадно, прихвати одштетни захтев (Gal, 2014, 37).

После провере дозвољености приговора, Услужни центар доставља приговор Дирекцији за правне послове која контактира све странке и покушава да припреми спор за доношење одлуке. Од лица задуженог за конкретан предмет се очекује да провери могућност мирног решења и помаже странкама да га постигну.

Ако се не постигне мирно решење спора, овлашћено лице доноси одлуку у име Омбудсмана, на основу овлашћења по Статуту и Правилима поступка и уз надзор самог Омбудсмана. Ради обезбеђења да се одлуке доносе у складу са његовим ставовима, Омбудсман је донео смернице за запослене у Дирекцији за правне послове, дао овлашћење одређеним лицима за одређене врсте спорова и ближе утврдио која питања се морају доставити њему на одлучивање (Gal, 2014, 38).

У поступку доношења одлуке, Омбудсман је дужан да утврди чињенично стање по службеној дужности (Правила поступка Омбудсмана осигурања, 2013, чл. 7, ст. 2).

То значи да Омбудсман има проактивну улогу у поступку која, делимично, одступа од општег правила парничног поступа, по којем је обавеза странака да доставе доказе, докажу своје тврдње и захтеве. Омбудсман је овлашћен да од странака захтева достављање одређених докумената, али и да покрене истрагу.

Ипак, постоје и извесна ограничења у поступању Омбудсмана. Иако Омбудсман има слободу приликом одлуке које ће доказе узети уз обзир и бити му основа за одлуку, он мора да користи само писмене доказе (Правила поступка Омбудсмана осигурања, 2013, чл. 7, ст. 6). Зато Омбудсман није овлашћен да као доказна средства прихвати увиђај, усмена мишљења вештака и сведока. Са друге стране, он може да као доказ прихвати писмене изјаве сведока или странака у спору, као и писмени налаз вештака. Такође, Омбудсман је овлашћен и да у случају контрадикторних налаза вештака које су приложиле странке у спору тражи вештачење трећег, независног вештака или да прихвати налаз вештака једне или друге стране као релевантан (Gal, 2014, 39).

Током поступка, Омбудсман води рачуна о својој надлежности по службеној дужности. Тако се Омбудсман може прогласити ненадлежним у следећим случајевима:

1. ако током поступка постане очигледно да би разматрање огромне писмене документације преоптеретило капацитете Омбудсмана и његовог особља,
2. ако се приговор односи на одлучивање о неком правном питању или се по неком питању чека одлука суда,
3. ако се околности спора односе на специфична питања као што је пореско право или примену страног права,
4. ако тужени захтева да се Омбудсман прогласи ненадлежним због тога што се ради о правном питању од фундаменталног значаја у типичном „модел” спору, у којем случају је тужени дужан да подносиоцу приговора надокнади све судске и адвокатске трошкове суда у првом степену чак и ако тужени успе у судском спору,
5. ако постоји алтернативни начин решавања спора који представља погодан метод који није употребљен пре покретања поступка пред Омбудсманом.

### 1.3.5. Акт Омбудсмана

Пошто утврди чињенице случаја и ако поступак већ није раније прекинуо осигуравач прихватањем одштетног захтева у целости вансудским поравнањем или ако је оштећена странка повукла приговор, Омбудсман лично или неко од његових овлашћених лица из Дирекције за правне послове доноси одлуку. С обзиром на огроман број спорова, очекује се да Омбудсман реши основане приговоре у просеку за четири месеца (Gal, 2014, 39).

За разлику од Омбудсмана Велике Британије који није обавезан да примењује прописе, већ да поступа према сопственом осећању правичности (*aequo et bono*), немачки Омбудсман је дужан да доношење одлука заснива на закону. Ако постоје општи принципи осигурања, инвестиционе и продајне праксе (политика конкуренције), који утичу на делатност осигурања и управљање пословањем осигуравача, Омбудсман је у обавези да и те околности узме у обзир приликом одлучивања. Немачки Омбудсман никада не може да донесе одлуку као израз добре воље (*Kullanzenscheidung*), „али може неформално препоручити осигуравачу да би његово прихватање одштетног захтева клијента могло да представља гест добре воље” (Gal, 2014, 40).

Са друге стране, Омбудсман је дужан да примењује бројна правила из Грађанског законика. Тако је он дужан да утврђује да ли је тужени поступао у свему у складу са принципом савесности и поштења, узимајући у обзир уобичајену праксу (немачки Грађански законик, 1898/2015, чл. 242), као и да приликом одлучивања проверава да ли је нека клаузула из услова осигурања супротна принципу савесности и поштења и да ли се њом намећу неоправдано тешке обавезе за другу уговорну страну (немачки Грађански законик, 1898/2015, чл. 307).<sup>131</sup>

Акт Омбудсмана може бити у форми одлуке или препоруке, у зависности од висине новчаног износа спора. Ако вредност спора не премашује 10.000 евра, Омбудсман доноси **обавезујућу одлуку** (Правила поступка Омбудсмана осигурања, 2013, чл. 10, ст. 3). Треба имати у виду да је око 90% спорова испод горе наведене вредности (Gal, 2014, 40). Одлука се доноси у писменој форми са образложењем без одлагања се доставља странкама. Ако одлуком Омбудсмана није усвојен неки део

---

<sup>131</sup> Према чл. 307, ст. 2, у случају сумње, претпоставља се да уговорна одредба уводи неоправдано тешке обавезе ако: 1. није у складу са основним принципима императивне одредбе закона, или 2. ограничава основна права или обавезе својствене природе конкретног уговора у таквом обиму да је угрожено постизање сврхе уговора.

одштетног захтева, Омбудсман је дужан да објасни разумљивим језиком разлог(е) због кој(ег)их није успео у спору пред Омбудсманом.

Одлука Омбудсмана осигурања има обавезујуће дејство према туженом осигуравачу и уговарачу осигурања (Правила поступка Омбудсмана осигурања, 2013, чл. 11). Одлуком којом Омбудсман прихвата одштетни захтев подносиоца приговора такође се обухвата и припадајућа законска камата у складу са чл. 288 немачког Грађанског законика<sup>132</sup>, као и процесна камата од тренутка подношења приговора Омбудсману па све до дана пресуђења (Правила поступка Омбудсмана осигурања, 2013, чл. 13). Одлуком Омбудсмана може се утврдити да уговарач осигурања није дужан да осигуравачу врати одређени износ бенефиција које је добио од њега. Таква одлука би била обавезујућа и за осигуравача који не би имао право да потражује ту врсту надокнаде у судском поступку од уговарача осигурања. Ако би осигуравач и покренуо поступак пред судом ради повраћаја износа бенефиција које су досуђене уговарачу осигурања одлуком Омбудсмана, уговарач осигурања би се могао пред судом позвати на одлуку Омбудсмана (Gal, 2014, 42).

Омбудсман својом одлуком може да прихвати и само део одштетног захтева уговарача осигурања, у којем случају он има право да се за преостали део обрати суду. Самим покретањем судског поступка, не уклања се обавезујуће дејство одлуке Омбудсмана за признати део одштетног захтева, те осигуравач нема право да одбије да испуни тај део одштетног захтева. Омбудсмановом одлуком може да буде прихваћен само део одштетног захтева уговарача осигурања и због тога што он премашује износ од 10.000 евра за који он, према Правилима поступка Омбудсмана осигурања, нема надлежност.

У споровима чија је вредност већа од 10.000 евра а једнака или мања од 100.000 евра Омбудсман осигурања доноси **необавезујућу препоруку**. Препорука мора да садржи све оно што и одлука Омбудсмана: она мора бити дата у писменом облику, мора да садржи образложење и мора се послати свим странкама у поступку. Међутим, у случају доношења препоруке подносилац приговора и осигуравач нису обавезани

---

<sup>132</sup> Чл. 288 – Затезна камата:

- (1) На сваки новчани дуг зарачунава се камата све до испуњења. Годишња затезна каматна стопа је пет процената изнад основне каматне стопе.
- (2) У случају правних односа у којима потрошач није уговорна страна, каматна стопа за плаћања износи осам процената изнад основне каматне стопе.
- (3) Поверилац може да захтева вишу камату по другом правном основу.
- (4) Остваривање надокнаде друге врсте штете није искључено.

њеном садржином и имају потпуну слободу да се користе свим правним средствима да би остварили своја права.

Када се ради о препоруци Омбудсмана, чини се да се ради о прилично неефикасном средству заштите корисника услуга осигурања. Ако је циљ заштита корисника услуга осигурања, институција Омбудсмана осигурања би требало да прихвата или да одбија одштетне захтеве а не да издаје необавезујуће препоруке само због тога што конкретна врста спора премашује одређену вредност. Како се истиче у немачкој правној теорији, препоруке су се показале веома ефикасним средством, али које свакако зависе од убедљивости Омбудсмана и спремности осигуравача да решавају спорове уместо да их одуговлаче дуго времена (Gal, 2014, 43). Ипак, у Немачкој вероватно и због тога што се ради о институцији коју су основали осигуравачи, готово сви осигуравачи усклађују своје поступке према датим препорукама (Gal, 2014, 43).

Омбудсман осигурања има право да објављује одабране одлуке и препоруке на својој интернет страни, уз уклањање личних података. Тиме се упоставља транспарентност у вези са његовим поступком, извештајима, одлукама, али и успоставља јавност рада и боља информисаност заинтересованих лица о једном од начина институционалне заштите права потрошача.

#### **а) Примери примене закона кроз акт Омбудсмана**

1. Раскид уговора о осигурању због подмукле преваре, чл. 22 Закона о уговору о осигурању и чл. 123, ст. 1 Грађанског законика – терет доказивања<sup>133</sup>

Сентенце:

1. Осигураник преваром обмањује осигуравача, ако намерно погрешно или непотпуно одговори на питања осигуравача са намером да утиче на његову одлуку о прихватању понуде за закључење уговора о осигурању.

---

<sup>133</sup> Empfehlung des Ombudsmanns vom 14.6.2005, Aktenzeichen: 1521/2004-S, Versicherungssparte: Berufsunfähigkeit. Доступно на: [http://www.versicherungsbudsmann.de/Navigationsbaum/Entscheidungen/Empfehlung\\_1521\\_2004\\_S.html](http://www.versicherungsbudsmann.de/Navigationsbaum/Entscheidungen/Empfehlung_1521_2004_S.html), 15. 1. 2016.



2. Унутрашња чињеница преваре може се утврђивати из екстерних чињеница.
3. Обавеза је осигуравача да докаже постојање екстерних чињеница ако жели да користи своје право да поништи уговор због подмукле преваре.
4. Скривање мање суштинских поремећаја здравља приликом навођења тешких болести не ограничава се само на обичну злобу.

#### Из образложења:

Подносилац жалбе оспорава изјаву о раскиду уговора од стране осигуравача због подмукле преваре и лажног представљања битних чињеница.

Подносилац жалбе је осигураник из уговора о ризико осигурању живота, укључујући професионално инвалидско осигурање које је закључено од 1. априла 2002. године. Осигураник је његов син, који је похађао школу наведену у уговору и имао је осамнаест година. У јулу 2003. године, доживео је тешку саобраћајну несрећу. Подносилац жалбе је поднео одштетни захтев осигуравачу. Тужени осигуравач је изјавио да раскида уговор због подмукле преваре и лажног представљања чињеница.

Приликом подношења понуде за закључење уговора о осигурању од 15. марта 2002. године, подносилац жалбе је одговорио са „да” на питања бр. 3 до 6 упитника на формулару.

Питања су била:

„3. Да ли патите или сте у последњој деценији патили од болести тумора, срца или кардиоваскуларних проблема, проблема респираторних, дигестивних, уринарног и репродуктивних органа, мозга или кичмене мождине, нерава или психе (на пример, депресија), мускулоскелетних проблема (на пример, кичма, зглобови), кожа, очи, уши, метаболички поремећаји или алергије? Да ли сте се у протеклој деценији саветовали или лечили због дејства алкохола или дрога?

4. Да ли сте имали операцију у последњих пет година, или сте се лечили због незгоде?

5. Да ли сте у последних пет година узимали или примали седатив, аналгетик или неки други лек?

6. Да ли сте у протеклих пет година имали консултације или прегледе од стране медицинског радника (на пример, лекари, психолози) у болници или у дому здравља?”

Подносилац жалбе допунио је потврдне одговоре на постављена питања информацијом о једној безначајној операцији слепог црева у јануару 2002. године, оперативном одстрањењу стомачне цисте у јулу 1996. године (без налаза, оздравио без последица, без симптома) као и гастроинтестиналној инфекцији 8. марта 2002. (последике излечио).

Лекар специјалиста који је најбоље информисан о његовом здравственом стању, обавестио је породичног лекара о лечењу подносиоца жалбе.

Према документима које је осигураник доставио он није запослен и није способан да похађа школу.

Подносилац жалбе наводи да је његов син консултовао кућног лекара због лакших обољења или „адолесцентских болести.”

Осигуравач је негирао постојање мањих болести. У писму којим раскида уговор о осигурању од 11. децембра 2003. године, осигуравач оправдано оспорава „преварно ускраћивање одговара на питања о болести, поремећајима и симптомима, као и медицинским третманима” кроз „прикривање масовних, претходно постојећих обољења”, на основу чега је подносилац жалбе тражио надокнаду из осигурања на коју нема право.

Жалба осигураника је прихваћена.

Уговором о осигурању не престаје право осигуравача да га оспорава у складу са чл. 22 Закона о уговору о осигурању<sup>134</sup>, чл. 123, ст. 1<sup>135</sup> и чл. 142 ст. 1<sup>136</sup> немачког Грађанског законика. Међутим, недостаје постојање штетне последице по осигуравача. Осигуравач није био у стању да докаже да му је причињена штета.

Према чл. 22 Закона о уговору о осигурању, осигуравач има право да оспори уговор о осигурању због подмукле преваре и лажног представљања битних чињеница.

„Уговарач наводи осигуравача подмуклом преваром да закључи уговор о осигурању ако намерно да нетачне или непотпуне одговоре на питања осигуравача у понуди осигураника за осигурање и тиме свесно утиче на одлуку осигуравача о

---

<sup>134</sup> Чл. 22 – Подмукла превара (немачког Закона о уговору о осигурању):

Претходним одредбама се не искључује право осигуравача да затева поништење уговора због подмукле преваре.

<sup>135</sup> Чл. 123, ст. 1 – Ништавост због преваре или принуде (немачког Грађанског законика):

(1) Лице које је преваром или принудом наведено да да сагласност, може да поништи своју изјаву воље.

<sup>136</sup> Чл. 142, ст. 1 – Последице раскида уговора (немачког Грађанског законика):

(1) Ако ништав правни посао буде раскинут, сматра се као да је раскинут од тренутка његовог закључења.

прихватању понуде за закључење уговора о осигурању” (OLG Saarbrücken, VersR 1996, 488; NVersZ 2001, 350; NJW-RR 2005, 334).

Као и у овом случају, одавно је потврђено да је потребно да је уговарач непотпуно обавестио осигуравача о својим здравственим проблемима, али и да је код осигураника постојала свест да жели да утиче на одлуку осигуравача о прихватању понуде. Због тога што постоји неколико разлога због којих осигураници дају објективно нетачне или непотпуне информације у понуди за осигурање, неопходно је да се докаже постојање стварне намере осигураника да превари осигуравача. Осигуравач сноси терет доказивања овог субјективног елемента, јер се позива на постојање спорног разлога.

Природа, обим и значај нетачних или непотпуних информација може указивати на унутрашње процесе нарочито ако се ради о тешким, хроничним или скривеним болестима.

Да подносилац приговора првом приликом није поменуо осигуравачу на пример, скривени тумор на тестисима, намера преваре би могла да буде доказана. Ако се ово претпоставља да је главни разлог, изјава осигуравача о раскиду уговора би била основана. Током жалбеног поступка утврђено је међутим, да је осигураник оболео само од цисте. Ова околност је такође потпуно и истинито наведена у понуди за закључење уговора о осигурању. Остали докази осигуравача у прилог права на раскид уговора о осигурању нису били довољни разлози за одбијање обавезе осигуравача.

За медицинског лаика гастритис, бронхитис, грудни бол и несаница су тривијални здравствени проблеми, посебно ако не доведу до испољавања болести. Дакле, право осигуравача да се позива на тајанствене околности ради остварења права у вези са губитком или подмуклом преваром је искључено.

Чак ни непријављена лекарска посета у јануару 2002. године, која је уследила око два месеца пре лечења несанице, није показатељ несавесности. То је зато што је узрок било које професионалне повреде или инвалидитета осигураника у саобраћајној незгоди који не може бити разлог за жалбу. Стога осигуравач није успео да пружи доказе преварног понашања осигураника.

Висина одштетног захтева је изнад 5.000 евра. Сходно томе, на основу чл. 3 Правилника о осигурању омбудсмана, у складу са чл. 10 ст. 3 Омбудсман издаје необавезујућу препоруку. Осигуравачу је Омбудсман препоручио да престане са позивањем на превару и да испуни обавезу у складу са закљученим уговором о осигурању.

Из наведене препоруке немачког Омбудсмана јасно произлази примена законских општих начела уговорног права и посебних правила прописа о уговору о осигурању. Позивом на одлуку Врховног суда Савезне немачке државе Сарланд (*Saarländisches Oberlandesgericht*), немачки Омбудсман је потврдио, да приликом свог одлучивања, такође води и о судској пракси највиших судских инстанци. Такав начин поступања Омбудсмана је гаранција највише правне сигурности, јер су све заинтересоване стране упознате са тим да ће се о њиховим правима одлучивати у складу са уставом и законом и устаљеном судском праксом.

## 2. Право на продужење грејс периода које је одобрио осигуравач<sup>137</sup>

### Сентенца:

Обавештење којим је осигуравач дао сагласност за продужење грејс периода који је тражио уговарач осигурања, осигуравач не може поништити ако се грешка може приписати његовој описној информацији у припремној фази. Опасност од добре покривености објашњењима у припреми сопствене декларације у принципу сноси уговорна страна чија је документација.

### Из образложења:

Тужено друштво за осигурање је дужно да продужи период одлагања пензијског осигурања са полисе осигурања број XXX до 31. децембра 2017. године.

Подносилац жалбе закључио је са друштвом за осигурање уговор о пензијском осигурању почев од 1. јануара 2002. године у складу са Законом о потврђивању уговора о пензионисању и основним пензијама (*Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz*). То је Ристер пензија по којој је као почетак плаћања био утврђен 1. јануар 2015. године.

У лето 2014. године осигураник је тражио да буде професионално активан и после достизања законски прописаних година за старосну пензију, због чега је захтевао продужење грејс периода. Од осигуравача је примио писмо 13. августа 2014. године

---

<sup>137</sup> Entscheidung des Ombudsmanns vom 23.09.2015, Aktenzeichen: 5257/2015, Versicherungssparte: Rentenversicherung. Доступно на: [http://www.versicherungombudsmann.de/Navigationsbaum/Entscheidungen/Entscheidung\\_5257-2015-K.html](http://www.versicherungombudsmann.de/Navigationsbaum/Entscheidungen/Entscheidung_5257-2015-K.html), 15. 1. 2016.

следећег садржаја: „Ми смо продужили ступање на снагу уговора по вашој жељи за још три године. Нови датум ступања на снагу пензије је 1. јануар 2018. године. Ако пензионисање ступа на снагу пре овог датума, обавезни сте да нам то јавите.”

Крајем децембра 2014. године, подносилац жалбе је послао чек на износ од 117,30 евра ради уплате првог квартала 2015. године. На овом чеку је почетком јануара 2015. године је неко у туженом друштву за осигурање руком записао службену белешку: „уговор са потврдом од 13. 8. са важношћу до краја 2017. године, стога је прва уплата од 1. 1. 2018!” У писму од 31. јануара 2015. године, осигуравач је навео да, у складу са општим условима осигурања, продужење рока није могуће и због тога ово није наведено у писму од 13. августа 2014. Почетком фебруара 2015. године осигуравач је резервисао 20 евра у виду доприноса за јануар 2015. године. Овај износ је и даље пуноважан.

Подносилац жалбе сматра да осигуравач треба да испуни своју обавезу из писма од 13. августа 2014. године и продужи грејс период.

Осигуравач одбија да то учини.

Осигуравач тврди, прво да је осигураник из уговорне документације разумео да одлазак у пензију не може да се помера за касније. На страни 5 полисе осигурања може се наћи, поред осталих одредби, упозорење: „Ово осигурање нема датум истека током фазе мировања.” На страни 13 полисе осигурања наведене су тарифе по којима ће уговарач добијати пензију најраније у доби од 60 година означен и наредних година (не примењују се прописи који су важили у тренутку када је уговор био важећи), најкасније до 1. јануара према чл. 35, ст. 1 Закона о социјалном осигурању, Део VI<sup>138</sup>. Тачан почетак исплате пензија (почетак рата) уговарачу осигурања треба да се одређује у складу са његовом полисом осигурања. На страни 26 полисе осигурања одштампан је чл. 35 Закона о социјалном осигурању, Део VI. Затим да осигураници имају право на старосну пензију када наврше 65 година живота и сачекају истек општег причекног рока.

Друго, осигуравач полази од претпоставке да је своју изјаву од 13. августа 2014. године пуноважно оспорио. На питање како је тачно дошло до слања погрешног обавештења, осигуравач је истакао да се многе његове тарифе за одлазак у пензију осигураника могу прилагођавати према сваком појединцу посебно. Због тога је његова

---

<sup>138</sup> Члан 35 – Основна пензија (немачког Закона о социјалном осигурању):

Осигураник стиче право на редовну пензију, када

1. достигне старосну границу за одлазак у пензију и
2. протекне општи причекни период. Основна старосна граница стиче се са 65 година живота.

помоћница погрешно претпоставила да је у овом случају могуће продужење. Такође, да писмо од 13. августа 2014. године није аутоматски послато, већ појединачно.

Осигуравач се позвао на грешку у садржају, у смислу чл. 119, ст. 1 Грађанског законика<sup>139</sup>, пре него што је оспорио право. Иако је спољна слика намере у складу са изјављеном вољом, изјаве имају мању вредност у односу на постојање заблуде о циљу и правном дејству садржаја његове изјаве, јер је потврђено продужење грејс периода преко 65 година живота. Осим тога, године живота морају да буду предвиђене Пословним планом и пријављене Савезној агенцији за финансијски надзор.

По мишљењу осигуравача, он је благовремено поништио своју изјаву писмом од 31. јануара 2015. Пријем платних чекова на којима је руком записана белешка о продужењу потврђеног уговора био је само још један разлог да поништи своју изјаву. Тек када је 21. јануара 2015. године приметио да се технички не може изменити уговор и одложити одлазак у пензију тек од 1. јануара 2018, приступљено је правној провери. Чим је утврђено да је дата погрешна информација, одмах је осигуранику послато писмено обавештење о поништењу дате изјаве.

У сваком случају, од осигуравача се није могло очекивати да изврши измену уговора. Нити је у тој Ристер тарифи технички програм за продужење грејс периода доступан, нити смо смели да нарушимо Пословни план, јер би то било у супротности са дозволом добијеном од Агенције за финансијски надзор, навео је осигуравач. У том смислу, осигуравач се позвао на пресуду Управног суда, Франкфурт на Мајни од 8. маја 2003. године, бр. 1 Е 2241/02. У то време је надзорни орган одбио осигуравача због непостојања предметне уговорне клаузуле, после чега је плаћање пензија могло да се одложи најкасније до 1. јануара следеће године у складу са чл. 35, ст. 1, Део VI Закона о социјалном осигурању.

Жалба је основана.

Захтев осигураника за промену уговореног периода је потврђен, тако да је садржина уговора пуноважно измењена.

Осигураник је имао право да се поузда у изјаве осигуравача из писма од 13. августа 2014. године. Након пажљиве анализе услова уговора није утврђено да осигуравач није осигуранику потврдио продужење грејс периода на дан 31. децембра

---

<sup>139</sup> Чл. 119 Ништавост грешке (немачког Грађанског законика):

(1) Лице које, приликом давања изјаве о својој намери, погрешно у вези са њеним садржајем или није намеравало да уопште да изјаву са таквим садржајем, има право да поништи изјаву ако се може претпоставити да не би дао предметну изјаву да је знао стварно стање и да је поседовао исправно разумевање околности случаја.

2014. године. Као датум почетка исплате пензије у полиси осигурања је наведен датум 1. јануара 2015. године. Осигураник је управо овај тренутак желео да помери. Као што осигуравач тврди, то је могуће са разним другим његовим тарифама. Тачно је да је у полиси осигурања било истакнуто обавештење да нема рока важења у тој врсти осигурања. Шта се подразумева под фразом „тренутак истека уговора”, није објашњено на страни 5. Тек на 14. страни полисе осигурања је објашњено да се под тренутком истека уговора подразумева додатни грејс период. Да би осигураник могао да утврди обим бенефиција од осигуравача у одредбама тарифе о последњем могућем почетку пензије и сазнао да је у питању 65 година старости за осигурање, осигураник би морао да споји информације са 13. и 26. стране полисе осигурања. Поништење дате изјаве је сувишно само ако је грешка у изјави за њеног примаоца била очигледна. На основу тога, осигураник је заиста имао приступ овим информацијама, али разбацане информације у уговорној документацији не могу да се прихвате.

Зато, осигуравач не може да поништи своју изјаву из писма од 13. августа 2014.

Из саопштења осигуравача, произлази да се ради о грешци у садржају изјаве у смислу чл. 119, ст. 1 Грађанског законика. Грешка у садржају спољних чињеница у изјави одражава вољу њеног даваоца, али таква претпоставка је погрешна у вези са значењем и обимом дејства изјаве. Грешка у вези са садржајем постоји ако не производи жељене ефекте, већ суштински другачије правне последице. Насупрот томе, чл. 119, ст. 1 Грађанског законика не важи ако посао, осим жељених дејстава, производи непризната и нежељена споредна дејства (Palandt / Ellenberger, 73. Auflage, § 119 Randnummer 11 und 15). Правна последица изјаве од 13. августа 2014. године је да се одлаже период ступања на снагу пензије за три године и да исплата прве пензије не почиње пре 1. јануара 2018. године. Чињеница да таква промена уговора о осигурању у Пословном плану за ову тарифу није предвиђена, само представља споредно дејство.

Дакле, као што је осигуравач описао грешку, грешка је начињена у припремној фази уговарања. У одлуци Вишег суда у Франкфурту на Мајни од 9. фебруара 1996, бр. 24 У 118/94, објављеној у часопису *Versicherungsrecht* 1996. године на стр. 1353, осигуравач је у свом допунском изјашњењу од 30. јула 2015. године, пред поступајућим судом, навео да правни систем може посматрати поништење воље и предметно објашњење као један од изузетака у интересу правне сигурности. Како наводи осигуравач, суд је одлучио да приступи фактичком поправљању, не упуштајући се у оцену различитих аргумената. Зато је, по општем правилу, сврстао грешке једне уговорне стране у остале случајеве „опроста” као правно ирелевантне, посебно, ако су

грешке у припреми изјаве о намерама настале зато што уговорна страна није сама изразила своју вољу. Опасност од добре припреме изјаве треба, уколико се она не налази у уско дефинисаним условима осигурања или у случају грешке у вези са њеним садржајем, да сноси конкретна уговорна страна.

Ако осигуравач одлучи да прихвати захтев подносиоца жалбе за продужењем грејс периода на његов писмени захтев, без провере те могућности на основу уговорне документације и ако је могућа жељена промена споразума у складу са условима осигурања и Пословним планом, осигураник има потврду „црно на бело” о прихватању свог захтева и осигуравач у том случају не може да накнадно захтева поништење такве изјаве.

Према принципу савесности и поштења, у свим случајевима је неприхватљиво да осигуравач прво прихвати да спроводи захтев за изменом уговора а затим да захтева његову измену.

Управни суд из Франкфурта на Мајни је навео да је осигуравач из цитиране пресуде закључио да је оптужени надзорни орган морао да дâ сагласност на приватне уговоре о пензијском осигурању. Дозвола унапред не предвиђа да се уговором обезбеђује најновије могуће пензије почев од 1. јануара у складу са чл. 35, ст. 1 Закона о социјалном осигурању у одређено време следеће године. Према чл. 1, ст. 2 Закона о потврђивању уговора о пензионисању и основним пензијама само се забрањује да пензија почне да се исплаћује пре него што се достигну прописане године старости. У поступку пред Омбудсманом се од осигуравача не захтева да мења своју тарифу или услове осигурања.

Закон важи за изузетне случајеве и примењује се на појединачне уговоре који нису обухваћени Пословним планом. Ово се може десити, на пример, ако осигуравач не ради исправно па се појаве одступања између понуде за осигурање и полисе осигурања (чл. 5 Закона о уговору о осигурању<sup>140</sup>). У таквим случајевима, може бити повређен чл.

---

<sup>140</sup> Члан 5 – Измењена полиса осигурања (немачког Закона о уговору о осигурању):

- (1) Ако садржина полисе осигурања одступа од понуде осигураника или од постигнутог споразума између осигуравача и осигураника, одступања се сматрају важећим ако су испуњене претпоставке из ст. 2 и ако осигураник није изјавио приговор у писменој форми у року од месец дана од пријема полисе осигурања.
- (2) Осигуравач је дужан да приликом предаје полисе осигурања упозори осигураника да ће се одступања у полиси сматрати важећим, ако осигураник у року од месец дана од пријема полисе осигурања не стави приговор у писменој форми. На сваку измену (одступање) и њене правне последице осигураник мора бити упозорен на уочљивом месту у полиси осигурања.
- (3) Ако осигуравач не испуни обавезе из ст. 2, сматра се да је закључен уговор према оној садржини коју је предложио осигураник.
- (4) Ништав је споразум којим се осигураник одриче права да оспорава уговор због заблуде.



11, ст. 2 Закона о надзору осигурања<sup>141</sup> којим је прописан принцип једнаког третмана. У случају кршења чл. 11 Закона о надзору осигурања надлежни надзорни орган је овлашћен да интервенише. У том случају примењују се правила приватног права, али она немјау директно правно дејство.

Конкретно, кршење чл. 11 Закона о надзору осигурањау представља случај када осигуравач не поништи релевантне уговоре о осигурању (Prölss, VAG, 12. Auflage, § 11 Randnummer 19). Неуспешно поништавање за потребе правне сигурности и потребе да се заштити приоритет интереса осигураника у односу на Пословни план, мора бити у складу са чл. 5 Закона о уговору о осигурању.

Пошто осигуравач сматра да је онемогућен да измени уговор путем писма од 13. августа 2014. године, упркос проблемима у комуникацији које је истакао, донета је одлука на његов трошак.

Одлука је обавезујућа за осигуравача у складу са чл. 10, ст. 3 у вези са чл. 11, ст. 1 Правила поступка Омбудсмана осигурања, јер је вредност спора мања од 10.000,00 евра. Одлучујућа је три и по пута увећана вредност пензије који се добија због продужења грејс период од три године. Од 1. јануара 2015. године, годишња пензија би износила 469,20 евра (прецртани чек на износ од 117,30 евра од јануара до марта 2015. године). Предвиђено је да се износ пензије не повећава плаћањем месечних доприноса у износу од 20 евра (дуг од 3. фебруара 2015.) за још три године у износу који премашује износ од 10.000,00 евра.

\* \* \*

На основу спроведене анализе институције Омбудсмана у Великој Британији и Немачкој, имајући у виду високу специјализованост ове институције за делатност осигурања, сматрамо да би је требало увести и у домаћи систем заштите корисника услуге осигурања. Омбудсман треба да буде личност, којег би за ту функцију требало да препоручују највише функције у раду у Врховном, Апелационом и / или Касационом

---

<sup>141</sup> Члан 11 – Израчунавање премије у осигурању живота; равноправан третман (немачког Закона о надзору осигурања):

- (1) Премија у осигурању живота мора да се обрачунава на основу логичних актуарских претпоставки и да буде довољна да би друштво за осигурање могло да испуни све своје обавезе, а посебно да формира адекватне математичке резерве за појединачне уговоре о осигурању. У том смислу, финансијско стање друштва за осигурање може се узети у обзир, без укључивања редовних и трајних доприноса из других извора, осим премије осигурања.
- (2) Исти принципи морају да се примењују приликом обрачуна премије и бенефиција на сва лица.

суду, а његови помоћници да буду стручњаци за право осигурања. Чланство у Омбудсману би требало да буде обавезно за све субјекте чије пословање, по принципу обавезности, подлеже надзору Народне банке Србије.

## ЗАКЉУЧАК

Историјски развој институционалне заштите лица слабијег економског положаја приликом закључивања трговачких уговора може се уочити и пратити од настанка писма и првих древних држава. У њима су владари у својству законодавца размишљали о проблему заштите тржишта, купаца роба и услуга и заштите слабијих у свакодневним пословима које су закључивали са трговцима.

Појам „потрошач” у науци и у пракси данас се користи у различитим значењима. У зависности од околности случаја, појам „потрошач” се користи као синоним да би се означио статус који неко лице има у конкретном правном односу, ван правног односа или у датој пословној трансакцији, као на пример: купац, закупац, путник, клијент, корисник (услуга осигурања), уговарач, асигнатар, прималац лизинга итд. Са друге стране, дефиниција наведеног појма у Комунитарном праву убрзо је показала ограничење у примени јер се концентрисала на лице које је уговарач. Због тога та дефиниција не разликује могућност да се и неко лице које се бави комерцијалном или другом делатношћу може појавити као уговарач који у склопу своје делатности уговара набавку роба или услуга за потребе трећих лица, крајњих корисника тих роба или услуга. У области осигурања, ова дефиниција је потпуно обесмишљена чињеницом да се велики број уговора о осигурању закључује у склопу обављања неке професионалне или трговачке делатности, те се као потрошачи услуга осигурања јављају физичка лица која обављају одређену професију и привредна друштва која ради обављања делатности закључују одређене уговоре о осигурању (о осигурању имовине и одговорности, незгоде запослених итд.) који не морају да имају статус равноправне уговорне стране у односу на осигуравача. Осим тога, личност уговарача осигурања не мора увек да се поклапа са личношћу осигураника, што ће бити случај приликом закључења уговора о осигурању за рачун другог лица или код осигурања од грађанско-правне одговорности где се трећа оштећена лица појављују као лица која имају одштетни захтев према осигуравачу. Овим је потврђена прва хипотеза по којој дефиниција појма „потрошач” није адекватна за област осигурања, јер не обухвата сва заинтересована лица која се могу појавити као корисници услуге осигурања.

Масовна продаја стандардизованих производа и комбинованих финансијских услуга (банкаосигурање, осигурање и инвестирање) доводи до успостављања снажнијег уговарачког положаја пружаоца услуга у односу на клијента. То је законодавца навело

да клијенту призна додатна права ради заштите равнотеже између уговорних страна. Тако се показало веома важним одредити који клијент и под којим околностима се налази у слабијем преговарачком положају у поређењу са другом страном, у обиму због којег му је потребно признати додатна права ради избегавања ситуација у којима опште, традиционално право предвиђа слабију заштиту.

Циљ надзора осигурања у ЕУ јесте заштита уговарача осигурања и осигураника. Међутим, критеријуми у вези са тим ко је јача страна у уговору када се ради о примени правила о великим ризицима, важе само за уговарача осигурања.

Приступ примењен у националним законима о уговору о осигурању држава чланица ЕУ у вези са применом принципа заштите слабије стране у уговорним односима, разликује се од приступа из прописа о потрошачима. Правило је да сви уговарачи и остала лица када се ради о масовној продаји, морају да уживају додатну заштиту кроз принудна правила уведена законима о уговору о осигурању, под условом да не спадају у изузетке по основу дефиниције великих ризика.

Правила о заштити потрошача услуга осигурања налазе се у бројним прописима општег и посебног карактера, те је на тај начин постигнута солидна основа за спречавање настанка штете по потрошача услуга осигурања. И поред тога, чини се да установљени правни оквир заштите корисника услуга осигурања није свеобухватан, јер се у Закону о осигурању регулише давање информација уговарачу осигурања, док се информисање осигураног лица, корисника надокнаде из осигурања или трећих оштећених лица не регулише. Тиме је потврђена друга хипотеза по којој обавеза осигуравача на информисање уговарача осигурања није гаранција потпуне заштите интереса свих корисника услуге осигурања. Са друге стране, похвално је што је у нашем праву осигурања, поред друштва за осигурање, проширен круг субјеката који имају обавезу да информишу уговарача осигурања и на друштва за посредовање и друштва за заступање у осигурању.

На основу увида у ставове заузете у теорији, немогуће је полазити од претпоставке „добре воље” и моралности осигуравача у погледу заштите интереса лица које закључује уговор о осигурању и када осигуравач намерава да уведе нове производе осигурања на тржиште. Облици испољавања, по корисника услуге осигурања, штетне праксе осигуравача најбоље се уочавају у формулисању услова осигурања којима се осигуранику установљавају претерано тешке уговорне обавезе или се он неоправдано и супротно сврси уговора о осигурању, лишава осигуравајућег покрића.

Пракса осигуравача испољава свој неправичан и неасавестан карактер када осигуравач, супротно осигураниковим логичним очекивањима због начина рекламирања производа осигурања и информација на којима је засновао одлуку да закључи уговор о осигурању баш од одређеног осигуравача, одбије да испуни своју обавезу позивањем на неодређене и претерано широке дефиниције искључених ризика из осигуравајућег покрића.

У зависности од сопственог образовања, старосне доби и информисаности, уговарачи осигурања не морају да буду посебно мотивисани да се упуштају и оцену адекватности производа осигурања према сопственим потребама и очекивањима, ризичности закључења конкретног уговора о осигурању са одређеним осигуравачем у погледу одрживости његове финансијске снаге и солидности и неретко се одлучују на закључење уговора о осигурању искључиво руковођени ниским премијама или високим каматним стопама код осигурања живота са штедном компонентом. Ипак, нереално је очекивати од уговарача осигурања, који по правилу немају осећај, знање и искуство у вези са ризицима осигурања и који се суочавају са огромном асиметријом у информацијама о производима осигурања, услугама осигуравача и његовом финансијском стању, да буду адекватно пажљиви и дисциплиновани да би могли да заштите своје интересе. Са друге стране, и осигуравач мора да има право на информације о осигуранику и ризику за који се тражи осигуравајуће покриће, а посебно када је неопходно истражити узрок штете и извршити њену процену и ликвидацију.

Успостављање и изградња поверења између осигуравача и корисника услуге осигурања требало би да буде један од основа стратегије у остваривању пословних циљева друштва за осигурање. Коректним и правичним односом према осигураницима у свим фазама трајања осигурања, друштво за осигурање ће успети да задржи осигуранике у свом портфељу ако су они задовољни комуникацијом, ефикасношћу и нивоом услуге тог осигуравача. Осим тога, позитивно искуство осигураника са одређеним осигуравачем најбоља је препорука и за друге да са њим закључују осигурање. Таквим односом према осигураницима осигуравач ће, сасвим сигурно, повећати број код њега осигураних лица и успешно се борити са конкуренцијом. Због тога се потврђује и трећа хипотеза да заштита права корисника услуга осигурања не треба да буде сама себи циљ, већ један од механизма за остварење пословних циљева друштва за осигурање.

У горе наведеном смислу, потпуно супротно делује пасивност делатности осигурања у Републици Србији у погледу недоношења пословног кодекса који би

важио за све врсте осигурања, а не само за обавезна осигурања од одговорности у саобраћају. Ово због тога што се принципи и препоруке Кодекса пословне етике и Кодекса корпоративног управљања, као недовољно прилагођених специјалној природи и специфичности односа из осигурања, показују као сувише уопштени и недовољно адекватни за заштиту корисника услуга у осигурању. Зато сматрамо да је неопходно да Удружење осигуравача усвоји кодекс пословне етике и за остале гране осигурања.

Општа начела и правила уговорног права као што су савесност и поштење, пажња доброг привредника, правила о тумачењу нејасних одредби уговора и друге, за заштиту потрошача у односу осигурања, такође имају релативно ограничен значај управо због чињенице да уговарач осигурања није једино лице које може имати право на надокнаду од осигуравача.

Несумњиви интерес осигураника у складу са принципима правичности и сразмерности уговорних обавеза према природи и сврси уговора о осигурању требало би да буде један од главних принципа у спровођењу заштите корисника услуге осигурања. Због тога је коришћење релативно принудних норми које су подложне различитом тумачењу у примени и одлучивању судова, а које могу довести до различитих исхода, неопходно напустити приликом правног нормирања заштите корисника услуге осигурања.

У упоредном праву постоји тенденција да се ограничава право осигуравача да раскине уговор због неиспуњења неку од прописаних или уговорених обавеза. У том смислу је у нашем праву осигурања, још од Закона о облигационим односима, установљено правило о апсолутној ништавости одредби уговора које предвиђају губитак права на накнаду или своту осигурања, ако осигураник после наступања осигураног случаја не изврши неку од прописаних или уговорених обавеза.

Опште уговорно право, као ни секторска уговорна права, па ни право о уговору о осигурању, до данас, нису уједначени у ЕУ. Стање у овој области је такво да се прописи о уговору о осигурању између држава чланица и даље у великој мери разликују и да су осигуравачи онемогућени да понуде производе осигурања у једном облику у свим државама чланицама ове интеграције већ да морају да их прилагођавају правном оквиру сваке државе чланице ЕУ у којој продају своје производе.

Питање да ли је неопходно регулисати садржину услова осигурања у ситуацији када, по правилу, сви правни системи регулишу обавезну садржину полисе осигурања, и даље ће остати дилема. Са једне стране, регулисање обавезне садржине услова осигурања би требало да допринесе бољој заштити уговарача осигурања, док са друге

стране се чини да регулисање садржине услова осигурања и обавезне садржина уговора о осигурању представља, на неки начин, дуплирање – преклапање правних норми о истом предмету регулисања.

Радни текст Грађанског законика концизно регулише садржину општих и посебних услова осигурања који су битни за очување и остваривања права корисника услуге осигурања, али је истовремено предлагач сматрао потребним да надлежном надзорном органу омогући да према својој процени прошири или смањи списак обавезних састојака општих услова осигурања зависно од врсте осигурања и својства уговорних страна. Сматрамо да је поменуто овлашћење надзорног органа непримерено за Грађански законик и да би тако нешто пре требало да буде предмет регулисања прописа о надзору осигурања. Осим тога, ни сам предлагач није био сигуран у квалитет поменуте одредбе и њену свеобухватност и трајност када је предвидео поменуто овлашћење надзорног органа. Са друге стране, сматрамо да је поменута одредба сасвим коректна и да, у основи, задовољава интерес заштите уговарача осигурања.

Примена принципа сразмерности у вези са смањењем ризика омогућава осигуравачу дискреционо право да не пристане на смањење премије, у којем случају уговарач осигурања може раскинути уговор. Међутим, наведено решење нашег уговорног права осигурања из ЗОО и Радног текста ГЗ, које је преузето из француског уговорног права осигурања, није прихватљиво из два разлога: оно делује нелогично јер ако је ризик смањен, по принципу сразмерности, смањује се и премија, док са друге стране баш због дискреционог права осигуравача да не прихвати смањење премије производи неоправдано тешке последице по осигураника који остаје без осигуравајућег покрића.

Принцип сразмерности у уговорима о осигурању живота садржан је у корист осигураника у случају нетачног пријављивања мање година живота осигураника од стварних, као и у корист и корисника осигурања у случају поделе осигуранике користи између више корисника.

Посебно прописивање основних начела поступања у делатности осигурања у Закону којим се регулише статус ове делатности потпуно је непотребно с обзиром да су исти регулисани Законом о облигационим односима, као основним прописом који регулише уговорне односе у осигурању. Таквим (декларативним) одредбама Закона о осигурању није постигнута већа заштита корисника услуге осигурања, јер се, у складу са одредбама ЗОО, корисник услуге осигурања у судском или другом одговарајућем поступку може позивати на повреду ових начела пословања од стране субјеката који су

вршили услуге осигурања у конкретном уговорном односу, при чему је обавеза доказивања извршене повреде на кориснику услуге осигурања.

Сматрамо да би било боље да се заштита корисника услуга осигурања регулише (посебним) Законом о заштити корисника услуга осигурања или, на свеобухватан начин и делотворније, Законом о осигурању.

Међутим, и после ступања на снагу Закона о осигурању, уочене су одређене празнине које се одражавају у неким овлашћењима надзорног органа дискреционе природе, а не овлашћења јасно прописана законом или подзаконским актом применом принципа сразмерности сврхе, метода, постављеног циља и задовољења јавног интереса. Посебно је проблематична одредба наведеног Закона по којем је искључена могућност вођења спора пуне судске јурисдикције Управног суда о питањима која су у надлежности Народне банке Србије. Тиме су овлашћења надзорног органа постављена изнад, рекли бисмо суштинске, контроле од стране судске власти која би требало да буде гарант права и слобода у највишем степену одлучивања у складу са Уставом и законима.

Доношење Смернице НБС о доступности података и информација финансијској јавности и о транспарентности на тржишту осигурања из 2007. године било је изнуђено, јер у Републици Србији нису постојали законски акти којима би се уређивала обавезна садржина и друга, у Смерници наведена питања, која треба да испуњавају општи услови осигурања ради заштите уговарача осигурања, осигураника и корисника осигурања, обавеза предуговорног информисања осигураника и друга питања која су предмет регулисања Смернице. Та питања по Уставу Републике Србије из 2006. године уређују се, као област облигационих односа, искључиво законом (Устав Републике Србије, чл. 97, ст. 1. тачка 7 и чл. 99, ст. 1 тач. 7).

Установљење обавезе за осигуравача на саопштавање предуговорних информација потрошачу и одређених информација у току трајања уговора о осигурању је следећи део стратегије Европске економске заједнице (данас ЕУ) пројектоване у циљу успостављања вишег нивоа заштите потрошача на унутрашњем тржишту у два Програма Европске економске заједнице за заштиту потрошача и информациону политику према потрошачима. У праву осигурања Европске уније, до доношења Директиве о солвентности II из 2009. године, постојале су две директиве које су обавезивале државе чланице да пропишу да се одређене информације утврђене у тим директивама морају саопштити уговарачима осигурања. У првој се прописивала ова обавеза за осигураваче живота, а у другој за осигураваче неживотних осигурања.



Директивом о посредовању у осигурању ова обавеза је посебно била прописана за посреднике осигурања.

Наш Закон о облигационим односима, који је у својим члановима 897 до 965 регулисао област уговора о осигурању имовине и одговорности (копнено осигурање) и осигурању лица, није антиципирао ни једно од решења права осигурања ЕУ која уређују обавезу осигуравача да саопшти уговарачу осигурања, нити су тај сегмент регулисали неки други закони све до доношења Закона о осигурању у децембру 2014. године. На основу релевантних одредби тог закона, обавеза друштва за осигурање на давање одређених информација постала је обавеза надзорно-регулаторног, а не уговорног карактера, за чије кршење је прописана новчана казна.

С обзиром на непостојање списка неправичних клаузула у условима осигурања, сматрамо да је законодавац могао на пример, у Закону о осигурању да пропише одређени број забрана у вези са тим шта општи услови осигурања не смеју да садрже. То је могло да се учини имајући у виду релевантну судску праксу и теоријске ставове правне науке, али је законодавац остао претежно на оном минимуму који је прописан директивама ЕУ у вези са обавезом информисања уговарача осигурања. Дobar пример како би се овај сегмент заштите интереса осигураника могао регулисати је бугарски Законик о осигурању који у једној од две одредбе императивном одредбом прописује да се општим условима осигурања не могу предвидети такви услови и обавезе осигураника, укључујући оне који се примењују на настанак осигураног случаја, ако се разумно може претпоставити да они нису битни за смањење опасности настанка осигураног случаја или за доказивање наступелог осигураног случаја, као и за оне за чију се примену може претпоставити да је законски или фактички немогућа.

За разлику од ЗОО, Законом о осигурању и Радним текстом Грађанског законика по први пут се регулише обавеза информисања осигураника уопште, а посебно код колективних осигурања. Ово сматрамо квалитативним унапређењем заштите свих корисника услуге осигурања. Међутим, Закон о осигурању није обавезу информисања уговарача осигурања у потпуности прилагодио специфичностима појединих врста осигурања где је интерес осигураника веома осетљив. Са једне стране, регулише се обавеза давања информација у осигурању живота, али не и у области здравственог осигурања и осигурања од незгоде. Посебан проблем информисања осигураника и осигураних лица код колективних осигурања, где су ова лица у потпуности искључена из преговарања о условима осигурања, сматрамо да је само делимично решен Законом о осигурању, јер се односи само на осигурање живота. Релевантна одредба Радног

текста Грађанског законика о обавези информисања осигураника код колективних осигурања, иако важи за све врсте осигурања, сматрамо да је превише уопштена и да не води рачуна о специфичностима различитих врста осигурања.

У праву осигурања Србије обавеза информисања потрошача приликом телефонске продаје и контакта са потрошачима регулисана је одредбама Закона о заштити потрошача о закључењу уговора на даљину, за област осигурања рекли бисмо, уопштен начин. Зато Радни текст Грађанског законика детаљно регулише закључење уговора о осигурању између одсутних страна.

У Радном тексту Грађанског законика није прецизно регулисана обавеза осигуравача које информација прво треба да пружи приликом првог телефонског контакта са уговарачима осигурања, а то је да осигуравач наведе свој назив и пословну сврху контакта одмах на почетку сваког телефонског разговора. Сматрамо да би на тај начин, ефикасним и брзим давањем основне и јасне информације о сврси телефонског позива била убрзана комуникација између странака и уговарачу осигурања пружена могућност да одлучи да ли ће прихватити даљи разговор са осигуравачем.

У случају кршења обавезе информисања, уговарач осигурања би морао да докаже узрочну везу између кршења обавезе и настале штете, као и њене висине. Овакво решење извесно не доприноси на најбољи начин заштити интереса осигураника, јер се ефективна заштита постиже тек покретањем судског спора за надокнаду штете, што неминовно подразумева додатне трошкове и проблеме за осигураника у вези са доказивањем узрочно-последичне везе између кршења обавезе осигуравача и тиме наведеног осигураника на одређено понашање због којег је он претрпео штету. Зато сматрамо да је алтернативно решавање спора у мирном поступку посредовањем или у одговарајућем поступку пред независном институцијом (Омбудсманом) далеко боље решење за клијента осигуравача или посредника у осигурању.

Област у којој постоји простор за унапређење заштите уговарача осигурања односи се на установљење образаца са стандардизованим обрасцима информација о производима осигурања. Сматрамо да би се таквим обрасцима потрошачима омогућило да лакше упоређују производе осигурања различитих осигуравача ако друштва за осигурање на стандардизован начин приказују основне информације на исти начин.

Наш надзорно-регулаторни оквир не регулише статус, услугу и одговорност саветника у осигурању, али ни не забрањује могућност ангажовања посебног саветника мимо заступника или посредника у осигурању. У сваком случају, правила Закона о осигурању представљају унапређење заштите потрошача услуга посредника у

осигурању, јер су посебним правилима регулисани потенцијални сукоб интереса посредника према уговарачу и питање пријављивања увећане провизије.

Осигуравачи су традиционални примењивали различите методе да подстакну независне агенте и посреднике у осигурању да пласирају ризике код својих друштава за осигурање, укључујући и додатне провизије. Зато постоји унутрашњи потенцијални сукоб интереса између законске обавезе брокера и агената према њиховим клијентима и природе и обима њихових награда, које осигуравачи одређују и плаћају.

Из наведених разлога јасно је да савесно поступање и законом уведена обавеза пријављивања такве врсте провизије уговарачу осигурања који је ангажовао посредника да прибави понуде за осигурање има за циљ заштиту интереса потрошача услуга посредника. Са друге стране, јасно је да посредник у осигурању који је уговорио такву врсту провизије неће информисати уговарача осигурања о томе, јер би у противном уговарач осигурања имао *carte blanche* за отказивање налога за посредовање и / или одштетни захтев од посредника, који би у том случају трпео и мере које би му изрекао надлежни надзорно-регулаторни орган. Зато се код примене наведене одредбе намеће проблем како ће уговарач осигурања моћи да докаже незаконито поступање посредника који му је прећутао да је за себе уговорио неубичајено високу провизију. Друго, незаконито поступање могао би да утврди надзорни орган у контроли пословања посредника, али се поставља питање колико временски дуго после закључења и извршења уговора о посредовању ако нема приговора на поступање посредника.

На основу поређења садржине информација са којима посредник у осигурању има обавезу да пружи уговарачу осигурања у српском и немачком праву, уочљиво је да поред информација које су обавезне у српском праву, да је немачки законодавац посебну пажњу посветио информацијама које су битне за успостављање и одржавање комуникације уговарача осигурања према посреднику. У те обавезе информисања спада и обавеза посредника да осигураника обавести о свом телефонском броју и / или интернет адреси, као и о адреси арбитражног органа пред којим се решавају спорови.

Приликом закључења формуларних уговора разлика у уговорној снази може довести до правне и стварне неједнакости уговорних страна, посебно приликом закључења потрошачких уговора. Добра пракса осигурања захтева да постоје стандардне дефиниције услова и термина у оквиру општих услова везаних за полису, с тим да оне морају бити јасне и недвосмислене. Општи и посебни услови морају бити сачињени тако да буду јасни и прецизни, кохерентни и транспарентни, лако разумљиви, да су сачињени у доброј вери у смислу праведног регулисања односа уговорних страна,

и да не укључују неке друге услове или документа који нису уговарачу осигурања предати приликом закључења уговора.

Поштујући принцип транспарентности, друштва за осигурање би требало да наброје сва битна и неуобичајена искључења посебних случајева који нису обухваћени полисом. Навођење случајева које не обухвата полиса треба да буде јасно, недвосмислено и да не доводи у заблуду осигураника, односно клијента. Такође, транспарентни и поштени услови осигурања треба да приликом коришћења техничких термина, узимају у обзир да ли ће клијент разумети њихово значење (да ли је њихово коришћење неопходно, да ли су сва објашњења дата на српском језику, да ли су сви технички термини јасно дефинисани и објашњени).

Иако је циљ доношења директива ЕУ био уједначавање националних прописа и праксе у области изградe унутрашњег тржишта, парадоксално звучи да разумевање националних судова држава чланица у вези са неком неправичном уговорном одредбом може да се разликује од дефиниције из релевантне Директиве о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора. Са друге стране, државе чланице нису уопште или нису доследно и у потпуности спровеле неке од правила и принципа Директиве о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора.

На основу увида у законска решења савезних америчких држава Тексас и Калифорнија, сматрамо да би се поједини примери неправичних поступака и праксе у осигурању могли такође регулисати и у домаћем правном систему по угледу на релевантне одредбе прописа о осигурању поменутих савезних америчких држава.

На основу анализираних правила о поступању друштва за осигурање по приговору корисника услуге осигурања, сматрамо да се у циљу заштите интереса кориснику услуге осигурања мора, изричито, обезбедити двостепеност поступка код друштва за осигурање. Ово зато што очигледно постоји сувише широк простор за друштва за осигурање у погледу начина поступања, због чега је могуће да о приговору одлучује појединац (председник Извршног одбора) који није учествовао у доношењу одлуке у првом степену. Зато сматрамо да другостепени орган у друштву за осигурање који одлучује о приговору уговарача осигурања треба да буде колективни орган у форми посебне комисије.

Са друге стране, треба истаћи да се пристајањем на алтернативни начин решења спора (потписивањем изјаве о прихватању одлуке алтернативног органа за решење спора као коначне), губи могућност да се води редовни судски поступак. Ради се о

грубој повреди права корисника услуге осигурања на судску заштиту његових права и интереса, због чега би то право требало изричито напоменути у принудним прописима.

С обзиром на изузетно велика овлашћења НБС у односу на друштва за осигурање, друштва за посредовање и друштва за заступање (новчане казне, одузимање дозволе за рад итд.), овај поступак је јако ефикасан је се субјекти надзора, на основу досадашњег искуства, понашају много кооперативније него када НБС не би била укључена као орган алтернативног решавања спорова у осигурању. Са друге стране, било би корисно омогућити и друге алтернативне видове решавања спорова између пружалаца и корисника услуга осигурања као што је арбитража која се у Србији не користи.

Када се ради о вансудском (алтернативном) решавању спорова из односа осигурања, треба рећи да је наш регулаторно-правни систем недовољно транспарентан што се види из начина на који је регулисан начин решавања приговора корисника услуга пред надлежним органом – Народном банком Србије. Тако на пример из Одлуке о начину заштите права и интереса корисника услуга осигурања, није јасно какав акт доноси Народна банка Србије када решава предмет спора, до које монетарне вредности решава спорове између пружалаца услуга осигурања и са осигурањем повезаних услуга или таква граница не постоји, по којим правилима се разматра приговор клијента пружаоца услуге осигурања – да ли у складу са законом, ставовима судске праксе и правне теорије осигурања или по слободном уверењу о правичности, савесности и поштењу уговорних страна и разумних очекивања клијента, у којим случајевима НБС неће разматрати приговор, питање надлежности итд. Имајућу у виду да је главни Омбудсман у Великој Британији особа из индустрије осигурања са положеним адвокатским испитом, а у Немачкој да је председник и главни Омбудсман особа која је дуго година била председник разних немачких судова и више година државни правобранилац, поставља се питање са којим степеном квалификованости за право осигурања се решавају спорови пред Центром за заштиту и едукацију корисника финансијских услуга Народне банке Србије. Осим тога, на интернет страни те институције, за разлику од институција Омбудсмана Велике Британије и Немачке, није могуће видети професионалне биографије лица која управљају радом наведеног Центра. Из наведених разлога, сматрамо да је могуће да се постојећим начином институционалне заштите потрошача услуге осигурања пред надзорним органом, не обезбеђује највиши ниво њихове правне заштите.

За разлику од Омбудсмана Велике Британије у којем систему су сва друштва за осигурање дужна да спорове вансудски решавају пред Омбудсманом, у Немачкој је чланство у Омбудсману добровољно.

У начину поступања Омбудсмана за финансијске услуге Велике Британије и Омбудсмана осигурања Немачке уочене су одређене мане. Основна мана Омбудсмана Велике Британије је да у свом поступању ова институција није обавезна да примењује законе, већ да поступа по осећају правичности и разумних очекивања уговорних страна. То може да доведе до исхода који се разликују од законских решења или судских прецедената, односно непредвидивости и неуједначености у одлучивању. Са друге стране, немачки Омбудсман осигурања, у складу са традицијом континенталних правних система, поступа према посебним правилима уговорног права осигурања из Закона о уговору о осигурању, општим правилима и начелима Грађанског законика и других закона, ставовима судске праксе и правне теорије.

На основу спроведене анализе институције Омбудсмана у Великој Британији и Немачкој, имајући у виду високу специјализованост ове институције за делатност осигурања, сматрамо да би је требало увести и у домаћи систем заштите корисника услуге осигурања. Омбудсман треба да буде личност, чија професионална каријера у раду у Врховном, Апелационом и / или Касационом суду, а његови помоћници стручњаци за право осигурања. Чланство у Омбудсману би требало да буде обавезно за све субјекте чије пословање, по принципу обавезности, подлеже надзору Народне банке Србије.

Коначно, можемо рећи да су учињени почетни кораци у погледу заштите корисника услуга осигурања у Србији, али је неопходно допунити постојећи институционални оквир и доследно примењивати већ донета правила законских и подзаконских аката и пословне етике, посебно правила Закона о заштити података о личности.

## ЛИТЕРАТУРА

### I – КЊИГЕ И ЧЛАНЦИ

1. Aldrich, H. E. & Marsden, P. V. (2000). "Complex organizations" in: *Encyclopedia of Sociology*, (Second Edition, Vol. 1, 392–400). Edgar F. Borgatta and Rhonda J. V. Montgomery (Eds). New York: Macmillan Reference USA.
2. Alpha consumer. *The Rice University Neologisms Database*. Houston: Rice University. Доступно на: <http://neologisms.rice.edu/index.php?a=term&d=1&t=3590>, 12. 3. 2015.
3. Baram, M. (2008). "Who's winning now? Gramm slammed by economists." *ABC News Internet Ventures*. Доступно на: <http://abcnews.go.com/print?id=5835269>, 5. 6. 2015.
4. Borselli, A. (2012). „Cognosceat emptor: O обавези осигуравача на давање информација потенцијалном осигуранику у Европи”, *Ревија за право осигурања*, 11(2), 45–54.
5. Borselli, A. (2011). „Некоректни услови у уговорима о осигурању”, *Ревија за право осигурања*, 10(2), 29–35.
6. Vec, M. (2009). "Consumer Protection (Medieval and Post-Medieval Roman Law)", in: Katz, S. N. (Ed.), *The Oxford International Encyclopedia of Legal History (ELH)*, Vol. II (169–173). New York: Oxford University Press.
7. Вилус, Ј. (1976). *Општи услови формуларних уговора*. Београд: Савремена администрација.
8. *White Paper: Financial Services Policy 2005-2010*, The European Commission, COM (2005) 629, 1. 12. 2005. Доступно на: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0629&rid=1>, 5. 4. 2015.
9. Wilberforce R., Alan C., Neil, E. (1966). *The Law of Restrictive Practices and Monopolies*, 2nd edition. London: Sweet and Maxwell.
10. Wolf, M. J. (1999). *The Entertainment Economy – How Mega-Media Forces are Transforming Our Lives*. New York: Random House.
11. Gal, J. (2014). "The German Insurance Ombudsman System". *Alternative Dispute Resolution Systems Regarding Private Insurance* (9–44). Istanbul: Sigorta Hukuku Türk Derneği.

12. Галић Димитријевић, Р. (2006). „Улога НБС у заштити потрошача”, *Ревуја за право осигурања*, 5(1–2), 47–49.
13. *Guidelines on the application of Council Directive 2004/113/EC to insurance in light of the Test-Achats ruling*, Communication from the European Commission of 22 December 2011, С(2011)9497, („Смернице у вези са применом Директиве Савета 2004/113/ЕЦ на осигурање у светлу пресуде у спору *Test-Achats* – Смернице”). Доступно на: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/com\\_2011\\_9497\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/com_2011_9497_en.pdf), 2. 4. 2015.
14. Davis, M. (2015). “History of the U.S. Federal Trade Commission.” Oakland, California: Investopedia. Доступно на: <http://www.investopedia.com/articles/financial-theory/10/the-us-federal-trade-commission.asp>, 9. 5. 2015.
15. Драшкић, М. (1995). „Коментар уз чл. 33”, у *Коментар Закона о облигационим односима*. Главни редактор проф. др Слободан Перовић. Београд: Савремена администрација.
16. Ebers, M. (2008a). “The notion of ‘consumer’” in: Schulte-Nölke, H., Twigg-Flesner, C. and Ebers, M. (Eds.) *Consumer Law Compendium – Comparative Analysis* (713–731), Bielefeld: Universität Bielefeld.
17. Ebers, M. (2008b). “Unfair Contract Terms Directive (93/13)” in: Schulte-Nölke, H., Twigg-Flesner, C. and Ebers, M. (Eds.) *Consumer Law Compendium – Comparative Analysis* (341–437), Bielefeld: Universität Bielefeld.
18. *Effective approaches to support the implementation of the remaining G20/OECD high-level principles on financial consumer protection*, OECD, Directorate for financial and enterprise affairs, Committee on financial markets, G20/OECD Task force on financial consumer protection, September 9, 2014, Paris.
19. EIOPA’s Initial Overview of Key Consumer Trends in the EU, 1 February 2012 (EIOPA-CCPFI-11/029) in Annexes to the Impact Assessment Accompanying the proposal for revision of the Insurance Mediation Directive by European Commission Staff Working Paper, available at: [http://ec.europa.eu/finance/insurance/docs/consumers/mediation/20120703-impact-assessment\\_annex\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/finance/insurance/docs/consumers/mediation/20120703-impact-assessment_annex_en.pdf), 2. 3. 2016.
20. *Ending Abusive Clauses in Consumer Contracts*, Final Report of the Project Presented to Industry Canada’s Office of Consumer Affairs, Union des Consommateurs, 2011. Доступно на:



- [http://uniondesconsommateurs.ca/docu/protec\\_conso/EndAbusiveClauses.pdf](http://uniondesconsommateurs.ca/docu/protec_conso/EndAbusiveClauses.pdf),  
15.7.2015.
21. *Encyclopedia Judaica*. (2008). "Consumer Protection Laws", The Gale Group. [http://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/judaica/ejud\\_0002\\_0005\\_0\\_04595.html](http://www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/judaica/ejud_0002_0005_0_04595.html), 6. 3. 2015.
  22. *Executive summary of the impact assessment accompanying the document Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on Insurance Mediation*, Commission staff working document („Сумарни преглед оцене утицаја Предлога Директиве Скупштине Европе и Савета о посредовању у осигурању”), European Commission, Strasbourg, 3.7.2012, SWD(2012) 192 final.
  23. Иванчевић, К. (2008). „Заштита потрошача кроз законске одредбе које се односе на уговор о осигурању”, у: Славнић, Ј. Шулејић, П. и Пак, Ј. (уредници), *Европски пут” права осигурања Србије посебно уговора о осигурању* (369–391). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
  24. Иванчевић, К. (2009). „О неправедним уговорним одредбама услова осигурања у праву ЕУ и Србије”, у: Славнић, Ј. и Јовановић, С. (уредници), *Интеграција (права) осигурања Србије у европски (ЕУ) систем осигурања* 398–417. Београд: Удружење за право осигурања Србије.
  25. Јовановић, М. (2010). „Заштита личних података и осигурање”, *Ревизија за право осигурања*, 9(4), 59–63.
  26. Јовановић, С. (2007а). *Право осигурања*. Нови Сад: Универзитет Привредна академија.
  27. Јовановић, С. (2007б). „Улога посредника и заступника осигурања у закључивању, извршавању и продужењу уговора о осигурању и природи и садржини уговора које они закључују са клијентима у праву Велике Британије и српском праву”, у: *Посредници и заступници осигурања у праву ЕУ и српском праву* (73–95). Београд: Intermex.
  28. Јовановић, С. (2009). „Право осигураваача на информацију и правила о заштити података о личности”, у: Славнић, Ј. и Јовановић, С. (уредници), *Интеграција (права) осигурања Србије у европски (ЕУ) систем осигурања* (380–397). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
  29. Јовановић, С. (2012). Аристотелови постулати друштвеног уређења као узор за модерну организацију државе. *Право – теорија и пракса*, 29(7–9), 71–84.

30. Јовановић, С. (2013а). "Socially responsible behavior as the paradigm of insurance ethics uncertainty", *Versicherungsgeschichte Österreichs – Ethik – Nachhaltigkeit – Versicherung* (169–185), (Историја осигурања Аустрије – Зборник), Band XI. Београд – Wien: Троник дизајн.
31. Јовановић, С. (2013б). „Грађанскоправни аспекти превара у праву осигурања Републике Србије и европском праву”, *Европско законодавство*, 12(43–44), 67–82.
32. Јовановић, С. (2013в). „Регулисање уговора о приватном колективном осигурању у европском праву”, *Европска ревија за право осигурања*, 12(2), 8–16.
33. Јовановић, С. и Славнић, Ј. (2015). „Реформа права осигурања у Енглеској и новине у вези са пријавом битних информација осигуравачу, пре закључења потрошачких уговора о осигурању”, *Европско законодавство*, XIII(54), 153–166.
34. Јовановић, С. (2015). *Историја правних институција*. Нови Сад: Правни факултет за привреду и правосуђе.
35. Јовановић, С. (2016). Специјални случајеви у којима повећање осигураног ризика не ослобађа осигуравача од обавезе. *Европско законодавство*, XV(55), 116–123.
36. Kochenburger, P. (2012). „Значај језика у регулисању услова полисе осигурања”, у: Славнић, Ј. и Јовановић, С. (уредници), *Изазови усклађивања права осигурања Србије са европским (ЕУ) правом осигурања* (161–172). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
37. Kochenburger, P. Zhiyan Li, R. Marano, P. (2010). „Сукоб интереса брокера осигурања – Актуелно стање у САД, Кини и изгледи за правно регулисање у ЕУ”, *Ревиија за право осигурања*, 9(1), 8–20.
38. Костренчић, М. (1949). „Винодолски закон.” *Хисторијски зборник*, 2(1–4), 131–152.
39. Лабудовић, Ј. (2008). „Клаузуле у уговорима о осигурању живота које штите осигуранике”, у: Славнић, Ј. Шулејић, П. и Пак, Ј. (уредници), *„Европски пут” права осигурања Србије посебно уговора о осигурању* (353–368). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
40. Марано, П. (2013). „Прекограничне активности посредника у осигурању у нацрту Директиве о посредовању II – Корак ка јединственом тржишту осигурања или корак ка Директиви о посредовању III?” у: Марано, П. Јовановић, С. и Лабудовић Станковић, Ј. (уредници) у *Право осигурања Србије у транзицији ка европском (ЕУ) праву осигурања* (213–222). Београд: Удружење за право осигурања Србије.

41. Market investigation into payment protection insurance. The Competition Commission's Final Report of 29 January 2009. Доступно на: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402141250/http://www.competition-commission.org.uk/assets/competitioncommission/docs/pdf/non-inquiry/rep\\_pub/reports/2009/fulltext/542.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402141250/http://www.competition-commission.org.uk/assets/competitioncommission/docs/pdf/non-inquiry/rep_pub/reports/2009/fulltext/542.pdf), 20. 12. 2015.
42. Macey, J., Miller, G. (1993). "The McCarran-Ferguson Act of 1945: Reconceiving the Federal Role in Insurance Regulation." *New York University Law Review*, 68(13), (13–88).
43. Машкин, Н. А. (1987). *Историја старог Рима*, шесто издање. Београд: Научна књига.
44. Маровић, Б. и Јовановић, С. (2004). *Реосигурање*. Нови Сад: ДДОР Нови Сад.
45. Mendelowitz, M. (2014). Resolving Consumer Insurance Complaints in the UK – The Financial Ombudsman Service. *Alternative Dispute Resolution Systems Regarding Private Insurance* (66–76). Istanbul: Sigorta Hukuku Türk Derneği.
46. Merlin, W. F. (2005). "Unfair Claims Practices – A First Party Perspective." Доступно на: <http://merlinlawgroup.com/sites/merlinlawgroup/resources/unfair-claims-practices.pdf>, 3. 8. 2015.
47. Младеновић, А. (2016). Пренос портфеља друштва за осигурање и заштита уговарача осигурања. Јовановић, С., Славнић, Ј. и Марано, П. (уредници) у: *Реформе и нови изазови у праву осигурања* (316–324). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
48. Мркшић, Д. (2004). „Нови видови осигурања – Добровољно пензијско осигурање и допунско здравствено осигурање”, у: Славнић, Ј. и Шуледић, П. (уредници), *Привреда и право осигурања у транзицији* (205–210). Београд: Удружење за право осигурања Србије и Црне Горе.
49. Николић, Д. и Ђорђевић, А. (2013). *Законски текстови старог и средњег века*, 4. допуњено издање. Ниш: Правни факултет, Центар за публикације (Београд: Службени гласник).
50. OECD. (2012). *Global Insurance Market Trends*. Paris: Financial Affairs Division, Directorate for Financial and Enterprise Affairs OECD.
51. Пак, Ј. (2004). „Правна заштита корисника услуга осигурања”, у: Славнић, Ј. и Шуледић, П. (уредници). *Привреда и право осигурања у транзицији* (187–204). Београд: Удружење за право осигурања Србије и Црне Горе.

52. Пак, Ј. (2010). „Уговори о колективном осигурању имовине и лица”, у: Славнић, Ј. Јовановић, С. (уредници). *Европске (ЕУ) реформе у праву осигурања Србије* (221–235). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
53. Павић, Д. (1986). *Поморско осигурање*, књига прва. Загреб: Croatia.
54. Pelgrin, T. (2008). „Промена природе индустрије реосигурања – позив на етичко поступање”, *Ревуја за право осигурања*, 7(3), 13–19.
55. Перовић, С. (2006). Слобода уређивања обвезних односа и јавни поредак, *Зборник ПФЗ*, 56 (посебни број), 401–424.
56. Петровић, Н. (2014). „Неправичне клаузуле и Принципи европског уговорног права осигурања”, *Европска ревија за право осигурања*, (*HeinOnline*), 13(2), 44–51.
57. Петровић Томић, Н. (2015). *Заштита потрошача услуга осигурања*. Београд: Правни факултет Универзитета у Београду.
58. Потрошња. (1986). у: *Мала Енциклопедија Просвета*, четврто издање, том 3 (62). Београд: Просвета.
59. Prasad, A. R. (2008). “Historical Evolution of Consumer Protection and Law in India”, *Journal of Texas Consumer Law*, 11(3), 132–136.
60. Project Group “Restatement of European Insurance Contract Law”, Common Frame of Reference, Chapter III, Section IX, *Insurance Contract*, Status 1 August 2009, (Општи референтни оквир за уговор о осигурању – ПЕУПО”) *established by Prof. Dr. Fritz Reichert-Facilides (†), LL.M. Chairman: Prof. Dr. Helmut Heiss, LL.M., University of Zurich*, Residence and Bureau of the Group: University of Innsbruck, Institute of Civil Law. Доступно на: <http://www.restatement.info/>, 15. 8. 2014.
61. *Reinheitsgebot*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Reinheitsgebot>, 6. 3. 2015.
62. Рорбах, В. (2007а). „Социјално осигурање и приватно здравствено осигурање”, *Ревуја за право осигурања*, 6(1–2), 11–14.
63. Рорбах, В. (2007б). „Нови хоризонти приватног здравственог осигурања”, у: Славнић, Ј., Шулејић, П. и Јовановић, С. (уредници), *Усклађивање осигурања Србије са системом осигурања Европске уније* (207–223). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
64. Рорбах, В. (2012). „Сигурност и права пацијената у огледалу осигурања лица”, у: Славнић, Ј. и Јовановић, С. (уредници), *Изазови усклађивања права осигурања Србије са европским (ЕУ) правом осигурања* (119–132). Београд: Удружење за право осигурања Србије.

65. Рокас, Ј. (2013). „Принципи Европског уговорног права осигурања као напредан и уравнотежен систем заштите уговарача осигурања”, *Ревивија за право осигурања*, 12(1), 32–36.
66. Самарцић, С. (2009). *Пожарно осигурање у систему неживотног осигурања*. Београд: Желнид.
67. Сасерат-Алберти, Н. (2013). „Нове тенденције у заштити потрошача у Европи и Немачкој”, у: Марано, П. Јовановић, С. и Лабудовић Станковић, Ј. (уредници). *Право осигурања Србије у транзицији ка европском (ЕУ) праву осигурања* (127–140). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
68. Славнић, Ј. (2010). „Уговор о добровољном здравственом осигурању као предмет законског регулисања”, у: Славнић, Ј. и Јовановић, С. (уредници), *Европске (ЕУ) реформе у праву осигурања Србије* (188–220). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
69. Славнић, Ј. (2012). „Предлог тема за јавну расправу о решењима која нису прихваћена у Преднацрту Грађанског законика Републике Србије у односу на уговор о осигурању”, *Ревивија за право осигурања*, 11(1), 27–37.
70. Славнић, Ј. (2013). „Заступник и посредник осигурања у закону који регулише уговор о осигурању – Прилог расправи о решењима која се односе на уговор о осигурању у Преднацрту Грађанског законика Србије”, у: Марано, П. Јовановић, С. и Лабудовић Станковић, Ј. (уредници). *Право осигурања Србије у транзицији ка европском (ЕУ) праву осигурања* (267–289). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
71. Славнић, Ј. и Јовановић, С. (2008а). „Садржина уговора о осигурању у Нацрту општег референтног оквира за европско уговорно право осигурања и законима држава чланица Европске уније”, *Ревивија за право осигурања*, 7(1–2), 19–36.
72. Славнић, Ј. и Јовановић, С. (2008б). „Обавеза давања предуговорних информација и информација после закључења уговора о осигурању потрошачима услуга осигурања према директивама ЕУ и законима држава чланица”, *Ревивија за право осигурања*, 7(3), 26–51.
73. Славнић, Љ. (2008). *Историја правних институција*. Нови Сад: Правни факултет за привреду и правосуђе.
74. Спасић, И. (2004). „Место допунског и приватног здравственог осигурања у упоредном праву и предлози за реформу здравственог осигурања у Србији”, *Ревивија за право осигурања*, 3(1–2), 1–13.

75. Stillert. S. (2011). “Versicherungsombudsmann: Zur Nachahmung empfohlen”, *Versicherungswirtschaft*, Heft 21, 1. November 2011, 1604.
76. Стојановић, Д. (1995). „Коментар уз чл. 12”, у: *Коментар Закона о облигационим односима*. Главни редактор проф. др Слободан Перовић. Београд: Савремена администрација.
77. Summer, J. P. (2009). *Insurance Law And The Financial Ombudsman Service*, Thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Southampton: University of Southampton, Faculty of law, arts & social sciences.
78. Schulte-Nölke, H., Twigg-Flesner C., Ebers. M. (2008). *EC Consumer Law Compendium – Comparative Analysis*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
79. Tarasiuk-Flodrowska, A. (2014). „Клаузуле злоупотребе у потрошачким уговорима и уговору о осигурању – Најновији трендови у Европи”, *Европска ревија за право осигурања*, (*HeinOnline*), 13(1). 21–28.
80. Teixeira Brandão, M. J. (2011). „Принцип савесности, несавршеност тржишта и морални ризик у осигурању пољопривреде”, *Ревиија за право осигурања*, 10(4). 24–29.
81. Тодоровић Симеонидис, М. (2011). „Неопходност регулисања инвестиционих полиса и пакета малопродајних инвестиционих производа – са акцентом на тренутна решења и дискусије у Европској унији”, у: Славнић, Ј. и Пак, Ј. (уредници). *Промене у праву осигурања Србије у оквиру европског (ЕУ развоја права осигурања* (47–58). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
82. Тодоровић Симеонидис, М. (2014). „Именовани уговори у неживотном осигурању – посебан осврт на решења у грчком уговорном праву осигурања”, у: Јовановић, С., Марано, П. и Жарковић, Н. (уредници). *Модерно право осигурања: текућа питања и трендови* (256–271). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
83. *Treaty Establishing the European Economic Community* („Уговор о оснивању Европске економске заједнице”) of 25 March 1957.
84. *Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related Acts*, *Official Journal of the European Communities*, C 340, 10. 11. 1997, 1–144.
85. *Treaty of Nice amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts*, signed at Nice („Уговор из Нице којим се мења Уговор о Европској унији, Уговори о оснивању Европских

- заједница и других повезаних аката – Уговор из Нице”) 26 February 2001, *Official Journal of the European Communities*, 2001/C 80/01, 10. 3. 2001, 1–87.
86. Third Consumer Trends Report, 2 December 2014, доступно на: [https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/EIOPA-BoS-14-207-Third\\_Consumer\\_Trends\\_Report.pdf](https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/EIOPA-BoS-14-207-Third_Consumer_Trends_Report.pdf), 3. 6. 2016.
87. Thomson, S., Mossialos, E. (2006). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy, *LSE Health Working Papers*, 4. London: London School of Economics and Political Science.
88. Узелац, О. (2016). „Одређивање појмова ‚потрошач‘ и ‚корисник услуге осигурања‘ и разлози за законску заштиту интереса корисника услуга осигурања”, *Култура полиса*, 13(29), 621–633.
89. Узелац, О. (2016). „Општа и посебна правила о заштити интереса корисника услуге осигурања у српском и упоредном праву”, *Европска ревија за право осигурања (ErichPlus / HeinOnline)*, 15(1), 43–52.
90. Узелац, О. (2016). „Неправичне уговорне одредбе као метод институционалне заштите слабије уговорне стране”, у: Јовановић, С. Славнић, Ј. и Марано, П. (уредници). *Реформе и нови изазови у праву осигурања* (367–380). Београд: Удружење за право осигурања Србије.
91. Hájková, K. (2003). “History of Consumer Rights Protection”, *Česká obchodní inspekce*. Доступно на: <http://www.coi.cz/en/about-ctia/history-of-consumer-rights-protection/>, 4. 3. 2015.
92. Harrison, R. M. (1981). “The Emperor Zeno’s Real Name”, *Byzantinische Zeitschrift* 74(1), 27–28.
93. Clarke, M. (1997). *The Law of Insurance Contracts*. London, Hong Kong: LLP.
94. Cole, N. L. “A Sociological Definition of Consumerism.” Доступно на: [http://sociology.about.com/od/C\\_Index/fl/Consumerism.htm](http://sociology.about.com/od/C_Index/fl/Consumerism.htm), 15. 12. 2015.
95. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Sector Inquiry under Article 17 of Regulation (EC) No 1/2003 on business insurance (Final Report), 25.9.2007, COM(2007) 556 final.
96. *Completing the Internal Market, White Paper from the Commission to the European Council*, COM (85) 310 final, 14. 6. 1985. Доступно на: [http://europa.eu/documents/comm/white\\_papers/pdf/com1985\\_0310\\_f\\_en.pdf](http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com1985_0310_f_en.pdf), 5. 4. 2015.

97. Consolidated version of the Treaty establishing the European Community (Nice consolidated version 2002) („Уговор из Нице”), *Official Journal of the European Communities*, C 325, 24. 12. 2002, 33–184.
98. *Consumer Protection Aspects of Financial Services – Study* (2014), European Parliament, IP/A/IMCO/ST/2013-07. Brussels: European Union.
99. Consumer. *Collins English Dictionary – Complete & Unabridged 10th Edition*. Glasgow: William Collins Sons & Co. Ltd. Доступно на: <http://dictionary.reference.com/browse/consumer>, 12. 3. 2015.
100. Consumer society. *Oxford English Dictionary*. Oxford: Oxford University Press. Доступно на: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/consumer-society>, 12. 3. 2105.
101. Consumer society. *Cambridge Advanced Learners Dictionary & Thesaurus*. Cambridge: Cambridge University Press. Доступно на: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/consumer-society>, 12. 3. 2015.
102. Шерард, Ф. (1972). *Византија*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства Србије.
103. Шолак, З. (2011). „Неповољна селекција, морални хазард и тржишна неефикасност”, *Ревија за право осигурање*, 10(2). 53–58.
104. Шулејић, П. (1995а). „Коментар уз члан 901”, у *Коментар Закона о облигационим односима*. Главни редактор проф. др Слободан Перовић. Београд: Савремена администрација.
105. Шулејић, П. (1995б). „Коментар уз члан 945”, у *Коментар Закона о облигационим односима*. Главни редактор проф. др Слободан Перовић. Београд: Савремена администрација.
106. Шулејић, П. (2005). *Право осигурања*. Београд: Досије.
107. Шулејић, П. (2013). „Уговор о колективном осигурању у Преднацрту Грађанског законика Републике Србије”, у: Јовановић, С. Лабудовић Станковић, Ј. и Марано, П (уредници), *Право осигурања Србије у транзицији ка европском (ЕУ) праву осигурања* (251–266). Београд: Удружење за право осигурања Србије.



## II – ЗАКОНИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ И ОСТАЛИ ПРОПИСИ

1. Закон о заштити података о личности, *Службени гласник РС*, бр. 97/2008 и 107/2012.
2. Закон о заштити потрошача, *Службени лист СРЈ*, бр. 37/2002.
3. Закон о заштити потрошача, *Службени гласник РС*, бр. 79/2005.
4. Закон о заштити потрошача, *Службени гласник РС*, бр. 62/2014.
5. Закон о заштити конкуренције, *Службени гласник Републике Србије*, бр. 51/2009 и 92/2013.
6. Закон о обавезном осигурању у саобраћају, *Службени гласник РС*, бр. 51/2009, 78/2011, 101/2011, 93/2012 и и 7/2013 – Одлука УС.
7. Закон о облигационим односима, *Службени лист СФРЈ*, бр. 29/78, 39/85, 45/89 – одлука УСЈ и 57/89, *Службени лист СРЈ*, бр. 31/93 (ЗОО) и *Службени лист СЦГ*, бр. 1/2003 – Уставна повеља.
8. Закон о осигурању, *Службени гласник РС*, бр. 55/2004, 70/2004, 61/2005, 101/2007, 107/2009, 99/2011, 119/2012 и 116/2013 (ЗО).
9. Закон о осигурању, *Службени гласник РС*, бр. 139/2014 (ЗО).
10. Кодекс у пословима обавезног осигурања, бр. 12/01-19/3, Удружење осигуравача Србије, Београд, 10.10.2012.
11. Кодекс корпоративног управљања, *Службени гласник РС*, бр. 99/2012.
12. Кодекс пословне етике, *Службени гласник РС*, бр. 1/2006.
13. Радни текст Грађанског законика Републике Србије, друга књига – Облигациони односи (РТГЗ), *Влада Републике Србије, Комисија за израду Грађанског законика*, Београд, 29. 5. 2015.

### III – СТРАНИ ЗАКОНИ

1. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das durch Artikel 16 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1042) geändert worden ist (немачки Грађански законик).
2. Bylaws of the National Association of Insurance Commissioners adopted 1999, amended November 2002, June 2003, March 2004, December 2004, March 2009, September 2009, October 2011 (Статут Националног удружења органа за надзор осигурања САД). Доступно на: [http://www.naic.org/documents/members\\_bylaws.pdf](http://www.naic.org/documents/members_bylaws.pdf), 9. 7. 2015.
3. Wet van 28 september 2006, houdende regels met betrekking tot de financiële markten en het toezicht daarop (Wet op het financieel toezicht), *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 2006, 475 (холандски Закон о финансијском надзору).
4. Võlaõigusseaduses, *Riigi Teataja*, I 2001, 81, 487; *RT I* 2009, 18, 108; *RT I* 2008, 59, 330; *RT I* 2008, 54, 304; *RT I* 2007, 56, 375; *RT I* 2005, 61, 473; *RT I* 2005, 39, 308; *RT I* 2004, 90, 616; *RT I* 2004, 87, 593; *RT I* 2004, 75, 522; *RT I* 2004, 37, 255; *RT I* 2004, 13, 86; *RT I* 2003, 78, 523; *RT I* 2002, 53, 336 (естонски Закон о облигационим односима).
5. VVG-Informationspflichtenverordnung vom 18. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3004), die zuletzt durch Artikel 2 Absatz 50 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist (немачка Уредба о обавези информисања код уговора о осигурању).
6. Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), (немачки Закон о уговору о осигурању).
7. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. August 2014 (BGBl. I S. 1330) geändert worden ist) (немачки Закон о надзору друштава за осигурање).
8. Décret n° 2006-1091 du 30 août 2006 relatif à l'intermédiation en assurance et modifiant le code des assurances (partie réglementaire) (француски Декрет Државног савета бр. 2006-1091 од 30. августа 2006. године о посредовању у осигурању и измени Законика о осигурању).

9. Draudimo ĮSTATYMAS, Valstybės žinios: 2003-10-08, Nr. 94-4246, Valstybės žinios: 2004-08-03 Nr.120-4434, Valstybės žinios: 2004-10-26 Nr.156-5688, Valstybės žinios: 2005-02-08 Nr.18-571, Valstybės žinios: 2005-11-03 Nr.130-4664, Valstybės žinios: 2006-07-18 Nr.78-3059, Valstybės žinios: 2006-08-08 Nr.87-3409, Valstybės žinios: 2007-06-02 Nr.61-2342, Valstybės žinios: 2007-12-01 Nr.125-5092, Valstybės žinios: 2008-11-15 Nr.131-5039, Valstybės žinios: 2009-04-04 Nr.38-1439, Valstybės žinios: 2009-12-28 Nr.154-6956, Valstybės žinios: 2010-11-23 Nr.137-6993, Valstybės žinios: 2011-12-01 Nr.145-6816, Valstybės žinios: 2012-11-03 Nr.127-6385, Valstybės žinios: 2013-05-07 Nr.46-2247 (литвански Закон о осигурању).
10. Decreto-Lei n.º 72/2008 de 16 de Abril (Regime Jurídico do Contrato de Seguro), *Diário da República*, 1.ª série — N.º 75 — 16 de Abril de 2008 (португалски Закон о уговору о осигурању).
11. 2003. évi LX. törvény a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről (2003. VII. 15.) (мађарски Закон о друштвима за осигурање и делатности осигурања).
12. Zákon ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, zákon č. 89/2012 *Sbírky zákonů ČR*. No. 89/2012 Coll. (чешки Грађански законик).
13. Закон о осигурању, *Народне новине РХ*, бр. 151/05, 87/08, 82/09 и 54/13 (хрватски закон о осигурању).
14. II Codice Civile Italiano, *Gazzetta Ufficiale*, n. 79 del 4 aprile 1942 (италијански Грађански законик).
15. Кодекс за застраховането, Обн. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.105 от 29 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.30 от 11 Април 2006г., изм. ДВ. бр.33 от 21 Април 2006г., изм. ДВ. бр.34 от 25 Април 2006г., изм. ДВ. бр.54 от 4 Јули 2006г., изм. ДВ. бр.59 от 21 Јули 2006г., изм. ДВ. бр.82 от 10 Октомври 2006г., изм. ДВ. бр.105 от 22 Декември 2006г., изм. ДВ. бр.48 от 15 Јуни 2007г., изм. ДВ. бр.97 от 23 Ноември 2007г., изм. ДВ. бр.100 от 30 Ноември 2007г., изм. ДВ. бр.109 от 20 Декември 2007г., изм. ДВ. бр.67 от 29 Јули 2008г., изм. ДВ. бр.69 от 5 Август 2008г., изм. ДВ. бр.24 от 31 Март 2009г., изм. ДВ. бр.41 от 2 Јуни 2009г., изм. ДВ. бр.19 от 9 Март 2010г., изм. ДВ. бр.41 от 1 Јуни 2010г., изм. ДВ. бр.43 от 8 Јуни 2010г., изм. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г., изм. ДВ. бр.100 от 21 Декември 2010г., изм. ДВ. бр.51 от 5 Јули 2011г., изм. ДВ. бр.60 от 5 Август 2011г., изм. ДВ. бр.77 от 4 Октомври 2011г., изм. и доп. ДВ. бр.21 от 13 Март 2012г., изм. и доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012г., изм. ДВ. бр.77 от 9 Октомври 2012г., изм. и доп. ДВ. бр.20 от 28 Фебруари 2013г. (бугарски Законик о осигурању).

16. Кривични законик, *Службени гласник РС*, бр. 85/2005, 88/2005, 107/2005, 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013 и 108/2014.
17. Lag om försäkringsavtal, 1994/543, 1998/82, 1999/93, 2001/968, 2003/496, 2005/30, 2009/142, 2009/1184, 2010/426, 2013/33, (фински Закон о уговору о осигурању).
18. Lege privind Codul civil, *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Anul 177 (XXI) – Nr. 511/24.VII.2009 (румунски Грађански законик).
19. Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, *Boletín Oficial del Estado* de 17 de Octubre de 1980, 15/May/1997, 24/Nov/2002, 6/Nov/2003, 1/Sep/2004, 12/Oct/2007 (шпански Закон о уговору о осигурању).
20. Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (Etat le 1er janvier 2011), FF 1904 I 267 (швајцарски Закон о уговору о осигурању).
21. Lov 1989-06-16 nr 69: Lov om forsikringsavtaler (forsikringsavtaleloven), 1989-06-16 nr 70, 1992-11-27 nr 111, 2005-06-10 nr 44, 2008-06-27 nr 65, 2009-06-19 nr 77, (норвешки Закон о уговору о осигурању).
22. The Unfair Terms in Consumer Contracts Regulations 1999 No. 2083 (Уредба Велике Британије о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора из 1999).
23. Устав Републике Србије, *Службени гласник РС*, бр. 83/2006 и 98/2006.
24. Försäkringsavtalslag (SFS-nummer: 2005:104, 2005: 954, 2006:357, 2006:464, 2007:123, 2010:1292, 2010:2069, 2011:12), (шведски Закон о уговору о осигурању).
25. Codice delle assicurazioni private, *Decreto legislativo 7 settembre 2005*, n. 209 (италијански Законик о приватном осигурању).
26. Code de la consommation 1978, version consolidée au 22 août 2015 (француски Законик о потрошачима).
27. Code des assurances 1930, version consolidée au 17 mai 2015 (француски Законик о осигурању).
28. Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012 (C. 6) 8th March 2012 (енглески Закон о обавези информисања и презентацијама у потрошачком осигурању).

### III – ДИРЕКТИВЕ, УРЕДБЕ И РЕЗОЛУЦИЈЕ ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ

1. First Council Directive of 24 July 1973 on the coordination of laws, Regulations and administrative provisions relating to the taking-up and pursuit of the business of direct insurance other than life assurance (73/239/ЕЕС) („Прва директива Савета од 24. јула 1973. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа у вези са оснивањем и обављањем делатности директног осигурања, изузев осигурања живота – Прва директива о осигурању неживота”), *Official Journal of the European Communities*, L 228, 16. 8. 1973, 3–19.
2. Council Resolution of 14 April 1975 on a preliminary programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy („Резолуција Савета од 14. априла 1975. године о прелиминарном програму ЕЕЗ у вези са политиком информисања и заштитом потрошача”), *Official Journal of the European Communities*, C 92, 25. 4. 1975, 1–16.
3. First Council Directive 79/267/ЕЕС of 5 March 1979 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to the taking up and pursuit of the business of direct life assurance („Прва директива Савета 79/267/ЕЕЦ од 5. марта 1979. године о уједначавању закона, подзаконских у управних прописа у вези са оснивањем и обављањем делатности директног осигурања живота – Прва директива о осигурању живота”), *Official Journal of the European Communities*, L 63, 13. 3. 1979, 1–18.
4. Opinion of the Economic and Social Committee on the proposal for a Council Directive on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to legal expenses insurance („Мишљење Економског и социјалног комитета о предлогу Директиве Савета о уједначавању закона, подзаконских у управних прописа у вези са осигурањем трошкова правне заштите”), *Official Journal of the European Communities*, No C 348, 31.12.1980, 22–25.
5. Council Resolution of 19 May 1981 on a second programme of the European Economic Community for a consumer protection and information policy („Резолуција Савета од 19. маја 1981. године о другом програму ЕЕЗ у вези са политиком информисања и заштитом потрошача”), *Official Journal of the European Communities*, C 133, 3. 6. 1981, 1–12.
6. Council Directive of 25 July 1985 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning liability for defective

- products („Директива Савета од 25. јула 1985. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа држава чланица о одговорности за дефектне производе”), *Official Journal of the European Communities*, L 210, 7. 8. 1985, 29–33.
7. Council Directive of 20 December 1985 to protect the consumer in respect of contracts negotiated away from business premises („Директива Савета од 20. децембра 1985. године о заштити потрошача у вези са уговорима који се закључују ван пословних просторија”), *Official Journal of the European Communities*, L 372, 31. 12. 1985, 31–33.
  8. Council Directive 87/344/EEC of 22 June 1987 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to legal expenses insurance („Директива Савета 87/344/ЕЕЦ од 22. јуна 1987. године о уједначавању закона, подзаконских аката и управних прописа у вези са осигурањем трошкова правне заштите – Директива о осигурању трошкова правне заштите”), *Official Journal of the European Communities*, L 185, 4. 7. 1987, 77–80.
  9. Second Council Directive of 22 June 1988 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 73/239/EEC (88/357/EEC) („Друга директива Савета од 22. јуна 1988. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа у вези са директним осигурањем, изузев осигурања живота ради ефикасног вршења права слободе пружања услуга којом се допуњује Директива 73/239/ЕЕЦ – Друга директива о осигурању неживота”), *Official Journal of the European Communities*, L 172, 4. 7. 1988, 1–14.
  10. Council Directive of 8 November 1990 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance, laying down provisions to facilitate the effective exercise of freedom to provide services and amending Directive 79/267/EEC („Директива Савета од 8. новембра 1990. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа у вези са директним осигурањем живота, којом се прописује одребе за ефикасно вршење права слободе пружања услуга и мења Директива 79/267/ЕЕЦ – Друга директива о осигурању живота”), *Official Journal of the European Communities*, L 330, 29. 11. 1990, 50–61.
  11. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC (third non-life insurance Directive)

- („Директива Савета 92/49/ЕЕЦ од 18. јуна 1992. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа у вези са директним осигурањем, изузев осигурања живота којом се мењају Директиве 73/239/ЕЕЦ и 88/357/ЕЕЦ – Трећа директива о осигурању неживота”), *Official Journal of the European Communities*, L 228, 11. 8. 1992, 1–23.
12. Council Directive 92/96/EEC of 10 November 1992 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct life assurance and amending Directives 79/267/EEC and 90/619/EEC (third life assurance Directive) („Директива Савета 92/96/ЕЕЦ од 10. новембра 1992. године о уједначавању закона, подзаконских и управних прописа у вези са директним осигурањем живота, којом се мењају Директиве 79/267/ЕЕЦ и 90/619/ЕЕЦ – Трећа директива о осигурању живота”), *Official Journal of the European Communities*, L 360, 9. 12. 1992, 1–27.
  13. Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts („Директива Савета 93/13/ЕЕЦ од 5. априла 1993. године о неправичним уговорним одредбама потрошачких уговора”), *Official Journal of the European Communities*, L 95, 21. 4. 1993, 29–34.
  14. Directive 2000/31/EC of the European Parliament and of the Council of 8 June 2000 on certain legal aspects of information society services, in particular electronic commerce, in the Internal Market (Directive on electronic commerce) („Директива 2000/31/ЕЦ Скупштине Европе и Савета од 8. јуна 2000. године о извесним правним аспектима услуга информатичког друштва, посебно о електронској трговини на унутрашњем тржишту – Директива о електронској трговини”), *Official Journal of the European Communities*, L 178, 17. 7. 2000, 1–16.
  15. Council Regulation (EC) No 1/2003 of 16 December 2002 on the implementation of the rules on competition laid down in Articles 81 and 82 of the Treaty, *Official Journal of the European Communities*, L 1, 4. 1. 2003.
  16. Directive 2002/65/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 concerning the distance marketing of consumer financial services and amending Council Directive 90/619/EEC and Directives 97/7/EC and 98/27/EC („Директива 2002/65/ЕЦ Скупштине Европе и Савета од 23. септембра 2002. године у вези са дистанционим маркетингом финансијских потрошачких услуга којом се допуњује Директива Савета 90/619/ЕЕЦ, Директиве 97/7/ЕЦ и 98/27/ЕЦ”), *Official Journal of the European Communities*, L 271, 9. 10. 2002, 16–24.

17. Directive 2002/83/EC of the European Parliament and of the Council of 5 November 2002 concerning life assurance („Директива 2002/83/ЕЦ Скупштине Европе и Савета од 5. новембра 2002. године о осигурању живота – Директива о осигурању живота 2002”), *Official Journal of the European Communities*, L 345, 19. 2. 2002, 1–51.
18. Directive 2002/92/EC of the European Parliament and of the Council of 9 December 2002 on insurance mediation („Директива 2002/92/ЕЦ Скупштине Европе и Савета од 9. децембра 2002. године о посредовању у осигурању – Директива о посредовању у осигурању”), *Official Journal of the European Communities*, L 9, 15. 1. 2003, 3–10.
19. Commission Regulation (EC) No 358/2003 of 27 February 2003 on the application of Article 81(3) of the Treaty to certain categories of agreements, decisions and concerted practices in the insurance sector („Уредба Комисије бр. 358/2003 од 27. фебруара 2003. године о примени чл. 81, ст. 3 Уговора о одређеним врстама уговра, одлукама и устаљеној пракси у сектору осигурања”), *Official Journal of the European Union*, L 053, 28.2.2003, 8–16.
20. Council Directive 2004/113/EC implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services („Директива Савета 2004/113/ЕЦ о примени принципа равноправног третмана мушкараца и жена у приступу и пружању роби и услугама”), *Official Journal of the European Union*, L 373/37, 21.12.2004, 37–43.
21. Directive 2005/29/EC of the European Parliament and of the Council of 11 May 2005 concerning unfair business-to-consumer commercial practices in the internal market and amending Council Directive 84/450/EEC, Directives 97/7/EC, 98/27/EC and 2002/65/EC of the European Parliament and of the Council and Regulation (EC) No 2006/2004 of the European Parliament and of the Council (‘Unfair Commercial Practices Directive’) („Директива 2005/29/ЕЦ Скупштине Европе и Савета од 11. маја 2005. године о неправичној трговачкој пракси правних лица према потрошачима на унутрашњем тржишту којом се допуњује Директива Савета 84/450/ЕЕЦ, Директиве 97/7/ЕЦ, 98/27/ЕЦ и 2002/65/ЕЦ Скупштине Европе и Савета и Уредба (ЕЦ) бр. 2006/2004 Скупштине Европе и Савета – Директива о неправичној трговачкој пракси привредних друштава према потрошачима”), *Official Journal of the European Union*, L 149, 11. 6. 2005, 22–39.



22. Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II) („Директива о солвентности II”), *Official Journal of the European Union*, L 335, 17. 12. 2009, 1–155.
23. Directive 2011/83/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on consumer rights, amending Council Directive 93/13/EEC and Directive 1999/44/EC of the European Parliament and of the Council and repealing Council Directive 85/577/EEC and Directive 97/7/EC of the European Parliament and of the Council („Директива о правима потрошача”), *Official Journal of the European Union*, L 304, 22. 11. 2011, 64–88.
24. Directive (EU) 2016/97 of the European Parliament and of the Council of 20 January 2016 on insurance distribution (recast) („Директива о продаји осигурања”), *Official Journal of the European Union*, L 26, 2.2.2016, 19–59.

IV – ПРЕСУДЕ ЕВРОПСКОГ СУДА ПРАВДЕ И МИШЉЕЊА ЈАВНОГ  
ПРАВОБРАНИОЦА ЕУ

1. Judgment of the Court, C-361/89, 14 March 1991, доступно на: [http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:ae5cf365-b0a5-42c6-a656-5431acc966d.0002.06/DOC\\_1&format=PDF](http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:ae5cf365-b0a5-42c6-a656-5431acc966d.0002.06/DOC_1&format=PDF), 3. 3. 2015.
2. Judgment of the Court, C-541/99 and C-542/99, 22 November 2001, доступно на: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61999CJ0541:EN:PDF>, 3. 3. 2015.
3. ECJ 10 May 2001 C-144/99 *Commission of the European Communities v Kingdom of the Netherlands*, ECR [2001] I-03541. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=46355&pageIndex=0&doclang=en&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=874219>, 7. 3. 2015.
4. ECJ 22 November 2001, C-541/99 and 542/99 – *Cape Snc v Idealservice Srl; Idealservice MNRE Sas v. OMAI Srl* ECR [2001] I-09049. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=46869&pageIndex=0&doclang=en&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=847170>, 7. 3. 2015.
5. Opinion of Advocate General Mischo – Joined Cases C-541/99 and C-542/99, delivered on 14 June 2001. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=46434&pageIndex=0&doclang=en&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=847170>, 1. 12. 2015.
6. ECJ 5 July 2002, *Commission v. Kingdom of Sweden*, C-478/99, ECR 2002 I-041047. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=47323&pageIndex=0&doclang=en&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=875395>, 7. 3. 2015.
7. ECJ 1 April 2004, Case C-237/02 *Freiburger Kommunalbauten GmbH Baugesellschaft & Co KG ./. Ludger Hofstetter und Ulrike Hofstetter*, [2004] ECR I-02403, доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?docid=49062&doclang=EN>, 7. 3. 2015.
8. ECJ 1 March 2011, Case C-236/09 – *Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL and Others v Conseil des ministres*. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=en&num=C-236/09#>, 7. 4. 2015.

9. Judgment of the Court (Third Chamber), C-96/14 Jean-Claude Van Hove v CNP Assurances SA, 23 April 2015. Доступно на: <http://curia.europa.eu/juris/celex.jsf?celex=62014CJ0096&lang1=en&type=TXT&ancre> =, 25. 6. 2016.

*На енглеском језику*

1. Financial Ombudsman Service annual report and accounts for the year ended 31 March 2015.
2. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue May/June 2016.
3. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, August 2015.
4. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue November/December 2015.
5. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue October/November 2009.
6. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue April/May 2008.
7. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue September/October 2007.
8. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July/August 2007.
9. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July 2002.
10. Financial Ombudsman Service, *Ombudsman News*, Issue July 2001.
11. Financial Conduct Authority, *Occasional Paper No. 8: Consumer Vulnerability*, February 2015.
12. Financial Conduct Authority's Handbook of rules and guidance, Dispute resolution: Complaints (DISP), Release 5, 1 April 2016.
13. Prudential sourcebook for Mortgage and Home Finance Firms, and Insurance Intermediaries, Chapter 4, Capital resources, Release 5, 1 April 2016.
14. Insurance Contract Law Issues, Paper 3: Intermediaries and Pre-contract Information, Law Commission and Scottish Law Commission, March 2007.

*На немачком језику*

1. Satzung des Vereins Versicherungsombudsmann e. V. Stand 26. November 2014 (Статут Удружења Омбудсмана осигурања).
2. Versicherungsombudsmann e.V., Jahresbericht 2015.
3. Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) Stand: 21. November 2013 (Правила поступка Омбудсмана осигурања).