

ČASOPIS ZA TEORIJU I PRAKSU OSIGURANJA



TOKOVI OSIGURANJA



**DUNAV
OSIGURANJE**

**BEOGRAD 2017 / BROJ 3
GODINA XXXIII**

ISSN 1451 - 3757, UDK: 368

BEOGRAD 2017 / BROJ 3 / GODINA XXXIII

ISSN 1451 - 3757, UDK: 368



TOKOVI OSIGURANJA

ČASOPIS ZA TEORIJU I PRAKSU OSIGURANJA



BELGRADE 2017/ No. 3/ XXXIII YEAR

ISSN 1451 – 3757, UDK: 368



INSURANCE TRENDS

JOURNAL OF INSURANCE THEORY AND PRACTICE



**DUNAV INSURANCE
COMPANY**



Izdavači

KOMPANIJA „DUNAV OSIGURANJE“ A.D.O.
Beograd, Makedonska 4
INSTITUT ZA UPOREDNO PRAVO
Beograd, Terazije 41

Izdavački savet

mr Mirko Petrović, predsednik Izvršnog odbora Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd
dr Dragica Janković, član Izvršnog odbora Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd
dr Živojin Đurić, direktor Instituta za političke studije
mr Vasilije Domazet, direktor Funkcije za integralne marketinške komunikacije i zadovoljstvo korisnika, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd
dr Jovan Ćirić, sudija Ustavnog suda Republike Srbije
dr Zoran Radović, naučni saradnik, Institut za uporedno pravo u Beogradu
prof. dr Jelena Kočović, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu
dr Slobodan Samardžić, savetnik, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd

Redakcijski odbor

dr Dragica Janković, član Izvršnog odbora Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd
prof. dr Jasna Pak, Univerziteta „Singidunum“ u Beograd
prof. dr Jovan Slavnić, Ekonomski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, počasni predsednik Udruženja za pravo osiguranja Srbije
dr Vladimir Čolović, naučni savetnik, Institut za uporedno pravo u Beogradu
prof. dr Milovan Vidaković, član Naučnog društva Srbije
prof. dr Tatjana Rakonjac Antić, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu
prof. dr Nebojša Žarković, Univerzitet „Džon Nezbit“ u Beogradu
prof. dr Nataša Petrović Tomić, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu
prof. dr Maja Nikolić, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu
dr Vladimir Gajović, direktor Glavne filijale osiguranja transporta i kredita, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd
Ljiljana Lazarević Davidović, šef Odeljenja za informisanje i izdavačku delatnost, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd

Glavni i odgovorni urednik

dr Dragica Janković, član Izvršnog odbora Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd

Redaktor

Ljiljana Lazarević Davidović, šef Odeljenja za informisanje i izdavačku delatnost, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o., Beograd

Lektor

Draško Vuksanović

Prelom teksta

JP Službeni glasnik, Beograd

Sekretar redakcije

Julija Pejaković

Štampa

JP Službeni glasnik, Beograd

Redakcija

Makedonska 4/VI, 11000 Beograd
tel. 011/3221-746
i-mejl: redakcija@dunav.com

Tiraž

500 primeraka

Časopis „Tokovi osiguranja“ nalazi se na listi naučnih časopisa Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije. Uvršćen je u kategoriju M 53 u grupi časopisa za društvene nauke u 2015. i 2016. godini.

Co-publisher

DUNAV INSURANCE COMPANY
Makedonska 4, Belgrade
INSTITUTE OF COMPARATIVE LAW
Terazije 41, Belgrade

Publishing Board

Mirko Petrović, MA, Chairman of the Executive Board of Dunav Insurance Company a.d.o., Belgrade
Dragica Janković, PhD, Member of the Executive Board of Dunav Insurance Company a.d.o., Belgrade
Živojin Đurić, PhD Director of Institute of Political Studies
Vasilije Domazet, MA, Director of the Integrated Marketing Communications and Customer Satisfaction
Function of Dunav Insurance Company a.d.o., Belgrade
Jovan Ćirić, PhD, Judge of Constitutional Court of the Republic of Serbia
Zoran Radović, PhD, Research Associate, Institute of Comparative Law, Belgrade
Professor Jelena Kočović, PhD, Faculty of Economics, University of Belgrade
Slobodan Samardžić, PhD, Advisor, Dunav Insurance Company a.d.o.

Editorial Board

Dragica Janković, PhD, Member of the Executive Board of Dunav Insurance Company a.d.o., Belgrade
Professor Jasna Pak, PhD, Singidunum University, Belgrade
Professor Jovan Slavnić, PhD, Faculty of Economics of the University of Novi Sad, Honorary President
of the Insurance Law Association of Serbia
Vladimir Čolović, PhD, Scientific Advisor, Institute of Comparative Law, Belgrade
Professor Milovan Vidaković, PhD, Member of the Serbian Scientific Society
Professor Tatjana Rakonjac Antić, PhD, Faculty of Economics, University of Belgrade
Professor Nebojša Žarković, PhD, John Naisbitt University, Belgrade
Professor Nataša Petrović Tomić, PhD, Faculty of Law, University of Belgrade
Professor Maja Nikolić, PhD, Faculty of Medicine, University of Niš
Vladimir Gajović, PhD, Director of the Transport and Credit Main Insurance Branch Office, Dunav
Insurance Company a.d.o., Belgrade
Ljiljana Lazarević Davidović, Head of Communications and Publishing Department, Dunav Insurance
Company a.d.o., Belgrade

Editor-in-Chief

Dragica Janković, PhD, Member of the Executive Board of Dunav Insurance Company a.d.o., Belgrade

Senior Editor

Ljiljana Lazarević Davidović, Head of Communications and Publishing Department, Dunav Insurance
Company a.d.o., Belgrade

Language Editor

Draško Vuksanović

Graphic Design

JP Službeni glasnik, Belgrade

Editorial Office Secretary

Julija Pejaković

Print

JP Službeni glasnik, Belgrade

Editorial Office

Makedonska 4/VI, 11000 Belgrade
Phone: +381 11/3221-746
e-mail: redakcija@dunav.com

Circulation

500 copies

The journal Insurance Trends is on the list of periodicals of the Ministry of Education, Science and Technological Development of the Republic of Serbia. It is categorised as M 53, among the social science journals in 2015 and 2016

**ČLANCI, RASPRAVE, ANALIZE, PRIKAZI
– ARTICLES, DISCUSSIONS, ANALYSES, REVIEWS****Dr Jovan Lj. Slavnić**

OBAVEZA OSIGURANIKA DA SARAĐUJE SA OSIGURAVAČEM U UTVRĐIVANJU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA U SAVREMENIM EVROPSKIM PRAVIMA (II DEO).....	7
OBLIGATION OF THE INSURED TO COOPERATE WITH THE INSURER IN ESTABLISHING THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT IN MODERN LAW OF EUROPEAN COUNTRIES (PART II)	39

Dr Milan B. Cerović

REZULTATI OSIGURANJA U SRBIJI U 2016. GODINI.....	72
UNDERWRITING RESULTS IN SERBIA IN 2016	93

Dr Slobodan O. Jovanović

OSIGURANJE OD TROŠKOVA RAZVODA BRAKA.....	114
DIVORCE INSURANCE	128

PRIKAZI SAVETOVANJA – CONFERENCES REVIEWS

SORS OGLEDALE REGIONALNE OSIGURAVAJUĆE PRAKSE, <i>prikaz: Zorana Nikolić Joldić, dipl. filolog</i>	142
REGIONAL INSURANCE PRACTICE MIRRORED IN THE SORS, <i>Review by: Zorana Nikolić Joldić, BA in Philology</i>	147
PRAVO OSIGURANJA NA DVADESETŠESTOM SUSRETU UDRUŽENJA PRAVNIKA U PRIVREDI SRBIJE <i>prikaz: mr Slobodan Iljić</i>	152
INSURANCE LAW AT THE 26 TH CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF BUSINESS LAWYERS OF SERBIA <i>Review by: Slobodan Iljić, LLM</i>	163

PRIKAZ KNJIGE – BOOK REVIEW

KLIMATSKE PROMENE I OSIGURANJE POLJOPRIVREDE, autora <i>prof. dr Vladimira Njegomira, prof. dr Borisa Marovića, prof. dr Radovana Pejanovića, prof. dr Bogdana Kuzmanovića</i> <i>prikaz: dr Gordana Radović</i>	175
CLIMATE CHANGE AND INSURANCE OF AGRICULTURE <i>by Vladimir Njegomir, PhD, Boris Marović, PhD, Radovan Pejanović, PhD, Bogdan Kuzmanović, PhD</i> <i>Review by: Gordana Radović, PhD</i>	178

INOSTRANO OSIGURANJE – FOREIGN THEORY AND PRACTICE

Prikazi inostranih članaka – Reviews of International Articles:

DA LI TAJFUNI PROUZROKUJU METEŽ U CENAMA DEONICA NEŽIVOTNIH OSIGURAVAČA, <i>prikaz: dr Nebojša Žarković</i> DO TYPHOONS CAUSE TURBULENCE IN PROPERTY-LIABILITY INSURERS STOCK PRICES? <i>Review by: Nebojša Žarković, PhD</i>	182
MAKROEKONOMSKO OKRUŽENJE I RAZVOJ DELATNOSTI OSIGURANJA NA PRIMERU ZEMALJA VIŠEGRADSKJE GRUPE, <i>prikaz: mr Miloš Petrović</i> MACROECONOMIC ENVIRONMENT AND INSURANCE INDUSTRY DEVELOPMENT: THE CASE OF VISEGRAD GROUP COUNTRIES, <i>Review by: Miloš Petrović, MA</i>	185

Propisi Evropske unije – EU Regulations

NOVA DIREKTIVA O DISTRIBUCIJI OSIGURANJA, <i>prikaz: dr Zoran Radović</i> NEW INSURANCE DISTRIBUTION DIRECTIVE, <i>Review by: Zoran Radović, PhD</i>	188
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

VESTI IZ SVETA – FOREIGN NEWS..... 191

Izbor i prikaz: Zorana Nikolić Joldić, dipl. filolog
Selection and review by: Zorana Nikolić Joldić, BA in Philology

SUDSKA PRAKSA – COURT PRACTICE 194

PITANJA I ODGOVORI – QUESTIONS AND ANSWERS..... 198

BIBLIOGRAFIJA – BIBLIOGRAPHY 199

Izbor i prikaz: Slađana Andrejić, dipl. filolog
Selection and review by: Slađana Andrejić, BA in Philology

POLITIKA ČASOPISA 202

POLICY 207

UPUTSTVO ZA AUTORE ČLANAKA 212

AUTHOR GUIDELINES..... 217

LISTA RECENZENATA / REFEREES..... 223

UDK: 368.023.3+368.023.1:347.4:321.152:659.23:122

Prof. dr Jovan Lj. Slavnić¹

OBAVEZA OSIGURANIKA DA SARAĐUJE SA OSIGURAVAČEM U UTVRĐIVANJU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA U SAVREMENIM EVROPSKIM PRAVIMA

(II DEO)

PREGLEDNI RAD

Apstrakt

U članku autor na razlikama koje postoje u tokom proteklih šesnaest godina reformisanim izvorima prava kontinentalnih evropskih država koji uređuju ugovor o kopnenom osiguranju u pogledu pre svega načina nastanka i sadržine obaveze osiguranika da sarađuje sa osiguravačem u utvrđivanju nastupanja osiguranog slučaja i obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade, raspravlja više značajnih pitanja koja su od interesa za savremeno regulisanje ove obaveze u budućem Građanskom zakoniku Republike Srbije, čiju je treću verziju radnog teksta objavila Komisija Vlade RS za izradu Građanskog zakonika Republike Srbije 29. maja 2015. godine. Sa tim razlikama u vezi jedno od glavnih pitanja o kome se raspravlja je da li ovu obavezu koja u našem važećem Zakonu o obligacionim odnosima od 1978. godine, odnosno u ugovornom pravu osiguranja Srbije nije regulisana kao zakonska ugovorna obaveza osiguranika, regulisati kao zakonsku ugovornu obavezu, ugovorenu obavezu ili u kom obimu je regulisati kao zakonsku, a u kome kao ugovorenu obavezu, tj. u kom je obimu prepustiti da je reguliše osiguravač u uslovima osiguranja. Zatim, da li ovu obavezu koja postoji u svim vrstama osiguranja regulisati kao jedinstvenu sa obavezom

¹ Profesor Univerziteta u Novom Sadu (u penziji) i počasni predsednik Udruženja za pravo osiguranja Srbije (AIDA Serbia)

I-mejl: lolesl@eunet.rs

Rad je primljen: 12. 12. 2016.

Rad je prihvaćen: 16. 12. 2016.

osiguranika da osiguravaču kad nastupi osigurani slučaj prijavi nastanak osiguranog slučaja, ili kao samostalnu, odvojenu i nezavisnu od ove. I ukoliko se reguliše kao samostalna da li je i u kom obimu, odnosno značenju je obaveza saradnje osiguranika sa osiguravačem u utvrđivanju nastupanja osiguranog slučaja i obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade jedna pravna celina sa obavezom osiguranika da osiguravaču prijavljuje nastupanje osiguranog slučaja. Kako kreirati ovu obavezu u pogledu njenog dejstva: na zahtev osiguravača ili i bez zahteva osiguravača, dakle, kao zakonsku ili ugovorenu obavezu koja nastaje za osiguranika *ex lege*, odnosno na osnovu određenja u ugovoru. Takođe, raspravlja se pitanje koliko razučena u pogledu elemenata koji čine njenu sadržinu treba da bude zakonom regulisana ova obaveza, te koje detalje sadržine, odnosno elemente treba da obuhvati u značenju skupa određenih dužnosti koje treba da ima osiguranik prema osiguravaču da bi ona odgovarala savremenim potrebama osiguranja u Srbiji. I da li te dužnosti koje čine okvir obaveze saradnje treba ili ne treba zakonom, odnosno ugovorom limitirati. Koja lica u osiguranju treba da budu određena kao njeni obveznici pored osiguranika. Kao i kojim posledicama, koje čine prava osiguravača prema osiguraniku, treba sankcionisati povredu obaveze saradnje, odnosno povredu dužnosti koje tu saradnju čine. I na koji način oblik i stepen krivice osiguranika ispoljen prilikom povrede obaveze saradnje i dužnosti koje je čine treba i na koji način da utiče na vrstu prava koje osiguravaču ima. Od značaja u članku je i rasprava o najprikladnijem terminološkom imenovanju ove obaveze za naše domaće pravo za čije označavanje pravni sistemi evropskih kontinentalnih država koji se u članku ispituju koriste različite nazive ili se ona u njima uopšte ne imenuje.

Ispitivanje rečenih pitanja sprovodi se, s jedne strane, na rešenjima koja su prihvaćena u reformisanim zakonima evropskih država koje su sa stanovišta kopnenog osiguranja, finansija i privrede uopšte u vrhu najrazvijenijih evropskih država i najrazvijenijeg kopnenog ugovornog prava osiguranja (Nemačka, Austrija, Švajcarska i Francuska), a s druge strane, u reformisanim zakonima evropskih država koje su na naznačenom polju blizu ili sasvim na periferiji da bi se ustanovilo koliko oni prate ili zaostaju i na kojim područjima za savremenim regulisanjem u najrazvijenijim državama, odnosno pravima o kopnenom ugovornom pravu osiguranja (Češka, Bugarska, i Rumunija). I na rešenjima koje je doneo međunarodni dokument koji treba da čini osnov za izradu buduće direktive o evropskom (kopnenom) ugovornom pravu osiguranja, koji je donet 1 novembra 2015. godine pod nazivom Principi Evropskog ugovornog prava osiguranja za koji još dok je bio u Nacrtu iz 2007. i 2009. godine vladalo opšte uverenje u evropskoj naučnoj javnosti da je napredan i uravnotežen sistem zaštite osiguranika i osiguravača.

Ključne reči: osiguranik, osiguravač, obaveza, saradnja, davanje obaveštenja, dostavljanje dokumenata, povreda obaveze, posledice.

Švajcarsko pravo. Zakon o ugovoru o osiguranju Švajcarske (dalje: ZUOŠ)² obavezu saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog slučaja, kako je ona označena u Principima, odnosno, obavezu na davanje osiguravaču obaveštenja nakon nastupanja osiguranog slučaja, kako je ona naslovljena u nemačkom pravu i može se tako nasloviti u austrijskom pravu koji je ne imenuje, naziva obavezom dokazivanja odštetnog zahteva. Normirana je u čl. 39. Kao samostalna i nezavisna od obaveze osiguranika da posle nastupanja osiguranog slučaja osiguravaču prijavi nastupanje osiguranog slučaja, koja je regulisana u čl. 38. I, kao i prema Principima, sa obavezom prijavljivanja osiguranog slučaja ne čini pravnu celinu, s obzirom na razlike koje između ove dve obaveze postoje u pogledu načina nastanka, prava osiguravača u slučaju povrede i drugim elementima. Subjekt obaveze je osiguranik, a kada u njenom ispunjenju u ime osiguranika istupa njegov zastupnik onda je subjekt i zastupnik osiguranika. To je decidno predviđeno u odredbi čl. 40 ZUOŠ koja sankcioniše jednu posebnu povredu obaveze dokazivanja odštetnog zahteva podnošenjem lažnog odštetnog zahteva. Za razliku od ranije ispitivanih pravnih izvora u kojima se zastupnik osiguranika, odnosno zastupnik ugovarača osiguranja ne pominje već se podrazumeva da može da istupa u izvršenju obaveze saradnje, odnosno ispunjenju obaveze na davanje obaveštenja u ime osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja. S obzirom na njegova, u zakonu koji reguliše ugovor o osiguranju, pretpostavljena ovlašćenja koja ima u zaključenju i ispunjenju ugovora o osiguranju ili na osnovu ovlašćenja koje je dobio punomoćjem koje mu je dao osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja. Treće lice kome pripada pravo na naknadu osiguranja, za razliku od svih ranije razmotrenih pravnih izvora, nije prema ZUOŠ dužno da dokazuje odštetni zahtev.

Dokazivanje odštetnog zahteva je u švajcarskom pravu izraz koji se koristi kao sinonim za dokazivanje osiguranog slučaja. A pojmovi šteta i posledica štete kao sinonim za naknadu osiguranja i posledicu osiguranog slučaja. ZUOŠ obavezu osiguranika da osiguravaču posle nastupanja osiguranog slučaja dokaže odštetni zahtev normira u dva zakonska člana. Na nivou subjektivne docnje, odnosno krivice za docnju kao oblik povrede ove obaveze, koja je inače, videćemo, univerzalno prihvaćena u švajcarskom pravu kao oblik odgovornosti za povredu neizvršenjem ili kašnjenjem u izvršenju zakonskih i ugovornih obaveza ugovarača osiguranja ili osiguranika i za primenu bilo koje ugovorene sankcije za slučaj njihove povrede. To je predviđeno u čl. 45, st. 1 ovog zakona. U ovom članu, st. 3 je radi bolje zaštite interesa ugovarača osiguranja i osiguranika koji nisu krivi za neizvršenje ili kašnjenje u ispunjenju (samo) ugovorom preuzetih obaveza, tj. u slučaju njihove objektivne docnje, određeno da ugovarač osiguranja i osiguranik pravo priznato uslovima osiguranja (na isplatu štete - prim. aut.) mogu da očuvaju ako odmah (posle pada u docnju - prim. aut.) preduzmu

² Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, *Etat* le 1er janvier 2011, FF 1904, 267 (švajcarski Zakon o ugovoru o osiguranju od 2. aprila 1908, reformisan stupio na snagu 1. januara 2011).

izvršenje obaveze sa kojom se kasnilo. U suprotnom, osiguravač može da uskrati da osiguraniku isplati štetu, kao kad je kriv za neizvršenje ili kašnjenje.

U prvom od dva zakonska člana u kojima se uređuje razmatrana obaveza, čl. 39, koji nosi naslov „Dokazivanje odštetnog zahteva“, ZUOŠ propisuje način nastanka i sadržinu obaveze dokazivanja odštetnog zahteva u delu koji se odnosi na dužnost osiguranika da osiguravaču dostavi informacije o činjenicama na osnovu kojih on može da utvrdi okolnosti pod kojima je nastupila šteta ili da proceni posledice štete, (navedeni) cilj dostavljanja tih informacija, način kako ova obaveza nastaje u pogledu dužnosti osiguranika da osiguravaču dostavi dokaze za utvrđivanja činjenica pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete, način kako nastaje pravo osiguravača da zbog docnje u dostavljanju informacija i dokumenta/dokaza odbije/uskrati da osiguraniku isplati štetu, te u vezi sa nastupanjem docnje način kako se utvrđuje rok u kome se informacije i dokazi moraju dostaviti osiguravaču i trenutak od kada počinje da teče rok za njihovo dostavljanje. I dužnost osiguravača da osiguranika upozori na posledice docnje u dostavljanju informacija i dokumenata. U smislu ovog člana, smatra se da docnja u dokazivanju odštetnog zahteva nastupa kad osiguranik nije izvršio obavezu dostavljanja informacija i/ili dokaza ili je kasnio u njihovim dostavljanjima osiguravaču.

U drugom članu, čl. 40, koji nosi naslov „Lažni odštetni zahtev“, normira se jedan poseban slučaj povrede obaveze dokazivanja, koji se, takođe, smatra docnjom i sankcioniše na poseban način, različit od osnovnog oblika povrede obaveze dokazivanja iz čl. 39. On je po svojoj prirodi pokušaj ili dovršeni čin jednog oblika prevare osiguranika učinjen na štetu osiguravača radi toga da ostvari pravo na odštetu iz nastalog osiguranog slučaja onda kada bi obaveza osiguravača na isplatu naknade bila isključena ili bi bila manja nego što ju je osiguranik prijavljenim činjenicama predstavio osiguravaču. U odredbi ovog člana definišu se radnje koje se smatraju prevarnim prilikom izvršenja obaveze dokazivanja odštetnog zahteva, odnosno smatraju radnjama podnošenja lažnog odštetnog zahteva, određuje cilj na koji je upravljen umišljaj ili u građansko-pravnom smislu rečeno namera osiguranika prilikom prevarne, odnosno lažne prijave informacija iz kojih osiguravač ne može da utvrdi stvarne okolnosti pod kojima je došlo do štete ili koliki je obim nastale štete i propisuje da osiguravač prema osiguraniku, ali ne i trećem licu kada ono izvodi pravo iz ugovora o osiguranju, nije vezan ugovorom o osiguranju. Lažni odštetni zahtev i ova sankcija zbog njegovog podnošenja osiguravaču, pored drugih koje ćemo kasnije razmotriti, čine jednu specifičnost ZUOŠ nepoznatu u ranije razmotrenim izvorima prava koji regulišu ugovor o osiguranju.

Pravo osiguravača da kada mu je podnet lažni odštetni zahtev smatra da nije vezan ugovorom je jedna *sui generis* sankcija kao što je i sankcija gubitka prava iz osiguranja, koja je kao i ova svojstvena ugovornom pravu osiguranja. Dakle, ne

i građanskom pravu izvan prava o ugovoru o osiguranju. Razlikuje se od sankcije gubitka prava osiguranika jer kod ove sankcije osiguranik je lišen osnovnog prava iz ugovora o osiguranju - prava na naknadu iz osiguranja, a da pri tome u potpunosti ostaju njegove obaveze prema osiguravaču, kao što su obaveza na plaćanje nedospelih i budućih premija, obaveza obaveštavanja osiguravača o povećanju ili smanjenju rizika, obaveze prijave i dokazivanje sledećih osiguranih slučajeva i druge. Kao što ostaje i obaveza osiguravača da osiguraniku plati naknadu osiguranja za sledeće nastale osigurane slučajeve. Gubitak prava iz osiguranja, dakle, odnosi se na pravo iz jednog određenog nastalog osiguranog slučaja iz koga osiguranik nema pravo na naknadu osiguranja, a ugovor o osiguranju nastavlja svoje dejstvo. Pravo osiguravača da smatra da nije vezan ugovorom nije ni ništavost ugovora, jer do ništavosti ugovora dolazi iz uzroka koji su postojali u trenutku zaključenja ugovora. Ništavost dejstvuje retroaktivno i zato se smatra da kod ništavosti ugovora o osiguranju osiguravač rizik nije nikada prihvatio da osigura. Razlozi kod podnošenja lažnog odštetnog zahteva za nastupanje prava osiguravača da smatra da ugovorom nije vezan nastaju, međutim, u momentu povrede ugovora od strane osiguranika pošto je osigurani slučaj nastao i obaveza osiguravača na isplatu naknade je aktivirana premda još nije utvrđena. Dakle, nastaju naknadno. U momentu podnošenja lažnog odštetnog zahteva. Pravo osiguravača da smatra da nije više vezan ugovorom je sankcija koja se ne može izjednačiti ni sa raskidom ugovora, s obzirom da raskidom ugovora o osiguranju svaka ugovorna strana je dužna da vrati ono što je na osnovu zaključenog ugovora primila od druge strane (restitucija davanja ugovornih strana), što ovde nije slučaj. Ugovorna strana koja je kriva za raskid, dužna je da drugoj nadoknadi štetu pričinjenu zbog raskida ugovora. Kad osiguravač nije vezan ugovorom zadržava plaćene premije, ali nema pravo i na buduće. Oslobođen je svih daljih obaveza bez prava na naknadu štete prema osiguravaču, jer je ugovor prestao da postoji na taj, poseban način i u jednom specifičnom slučaju povrede obaveze na dokazivanja odštetnog zahteva.

U ranije razmatranim pravnim izvorima, podnošenje lažnih informacija osiguravaču koje da su bile istinite bile bi od značaja za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade ne smatra se posebnim oblikom povrede obaveze saradnje, odnosno obaveze na davanje obaveštenja osiguravaču posle nastanka osiguranog slučaja. Ono nije izdvojeno u poseban član, odnosno paragraf zakona i za taj slučaj u tim pravnim izvorima nije propisana posebna sankcija. U njima se podnošenje lažnog odštetnog zahteva podvodi pod opšti pojam povrede obaveze saradnje, odnosno obaveze dostavljanja obaveštenja, u koje ulazi, kao što smo videli, neprijavlivanje, kašnjenje u prijavljivanju, netačno ili pogrešno predstavljanje činjenica, odnosno informacija od značaja za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade, dostavljanje lažnih dokaza o tome i sl. I sankcioniše se pravima osiguravača koja su jedinstvena za sve ove

slučajeve, odnosno načine povrede ove obaveze koji se i u tim izvorima smatraju docnjom. Znači, kao da je povreda obaveze izvršena, na primer, nedostavljanjem ili kašnjenjem u dostavljanju informacija. Izvesno je da je odvojeno normiranje i posebno sankcionisanje podnošenja osiguravaču lažnog odštetnog zahteva u okviru instituta docnje, kao što čini švajcarskih zakonodavac pravom osiguravača da smatra da ga ugovor više ne obavezuje, za ovog zakonodavca opravdano. Ako se ima u vidu masovnost lažnih odštetnih zahteva koji se podnose osiguravačima i zabrinjavajuće velika sredstva koja se odlivaju iz fondova osiguravača za namirenje ili otkrivanje ovih zahteva u svim evropskim državama. Pokazalo se da fondovi osiguranja nisu dovoljno zaštićeni čak ni inkriminisanjem lažnih odštetnih zahteva kao posebnog oblika krivičnog dela prevare - prevare u osiguranju. I da je neophodno zaštitu osiguravača i fondova osiguranja od lažnih odštetnih zahteva osiguranika ojačati merama građansko-pravne zaštite. Tako što će se lažni odštetni zahtevi osiguranika uvrstiti u posebno težak oblik povrede ugovora o osiguranju i kao takav sankcionisati specijalnom sankcijom u okviru pravnog instituta docnje osiguranika.³

Odštetni zahtev se smatra lažnim, prema čl. 40 ZUOŠ, kada osiguranik ili njegov zastupnik u odštetnom zahtevu prikriva ili netačno prijavi činjenice za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete koje da su istinito prikazane, odnosno da nisu prikrivene ili netačno prijavljene, upućivale bi osiguravača na zaključak i donošenje odluke da njegova obaveza da plati naknadu osiguranja postoji ili da nema osnova da bude smanjena. Prikrivanje ili netačno prijavljivanje navedenih činjenica je prvi uslov da bi se odštetni zahtev smatrao lažnim. Drugi uslov je, da je osiguranik istinite činjenice u odštetnom zahtevu prikrivao ili netačno prijavio sa namerom da osiguravača navede („radi navođenja“ - prema tekstu u ovom članu) da pogreši i učini previd i da zbog tako izazvanog pogrešnog uverenja ili previda o činjenicama za utvrđivanje odštetnog zahteva i njegovih posledica isplati naknadu osiguranja za koju nema obavezu da je isplati ili da je isplati u nesmanjenom iznosu. Lažni odštetni zahtev je, dakle, svaki onaj slučaj koji ispunjava navedene uslove, bez obzira da li je doveo do nastupanja posledica zbog koga je podnet osiguravaču: isplate nadoknade osiguranja koja nije trebala biti plaćena ili je trebala biti isplaćena u manjem iznosu.

Obaveza osiguranika da dokaže odštetni zahtev koja je regulisana u čl. 39 ZUOŠ nastaje na osnovu jednog mešovitog sistema koji je, takođe, specifičan za švajcarsko pravo. Ova obaveza koja se odnosi na dužnost dostavljanja informacija o činjenicama koje se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete (nastupanja osiguranog slučaja) ili za procenu štete (utvrđivanje obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade, prema terminologiji ZUON i ZUOA

³ O razmerama otkrivenih i neotkrivenih lažnih prijava štete u pojedinim evropskim državama u poslednjih nekoliko godina videti kod: Ilkić, Zoran, Prevare u osiguranju od auto-odgovornosti, u knjizi: *Reforme novi izazovi u pravu osiguranja*, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2016, str. 216-218.

- prim. aut.) regulisana ja kao zakonska dužnost osiguranika koja nastaje na zahtev osiguravača. Ona je normirana u st. 1 u kome je određeno da dužnost osiguranika da dostavi osiguravaču informacije o činjenicama u naznačenom cilju nastaje na zahtev osiguravača i da obuhvata „sve informacije o činjenicama...“. I da su, što je dalji, drugi uslov u pogledu informacija koje osiguranik „mora“ da dostavi osiguravaču (samo) one za koje je osiguranik znao da se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete. Dakle, procenu kvantiteta (sve informacije o činjenicama...) i procenu značaja ili kvaliteta informacija o činjenicama (koje se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete) koje osiguranik mora da dostavi osiguravaču posle nastupanja osiguranog slučaja, ZUOŠ prepušta znanju osiguranika, odnosno njegovoj subjektivnoj oceni. To znači da ako osiguranik propusti da prijavi sve činjenice ili propusti da prijavi sve činjenice koje su mu bile poznate, a od značaja su jer su se mogle upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je nastupila šteta ili za procenu posledica štete, da protekom roka u kome je bio dužan da ih saopšti osiguravaču on dolazi u docnju i odgovara osiguravaču. To je jedno moguće tumačenje koje nije u interesu osiguraniku jer njegovom primenom osiguranik vrlo često zbog pogrešne procene kvantiteta i kvaliteta činjenica o kojima mora da informiše osiguravača može da dođe u docnju. Ono nije ni u interesu osiguravača, jer osiguravač mora da dokaže da je osiguranik znao za određene činjenice koje nije prijavio, te da je s obzirom da nije prijavio činjenice koje su mu bile poznate kriv za docnju. Smatramo zato da je ispravnije jedno drugo tumačenje, koje upravo vodi računa o zaštiti interesa obe ugovorne strane. A to je da osiguranik mora da dostavi osiguravaču informacije o svim onim činjenicama koje su mu poznate da se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete o kojima je osiguravač postavio pitanja osiguraniku u zahtevu ili aneksu zahteva da izvrši obavezu dokazivanja odštetnog zahteva. Na taj način smatramo da treba tumačiti dužnost informisanja osiguranika o činjenicama za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade na zahtev osiguravača i u ranije razmotrenim izvorima prava. Na primer, u pogledu davanja informacija koje prema ZUON moraju obuhvatiti sve one koje su neophodne za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade (par. 31, st. 1, reč. 1).

Za razliku od dužnosti dostavljanja informacija radi dokazivanja odštetnog zahteva ili za procenu posledica štete koja za osiguranika nastaje po samom zakonu, dužnost da osiguravaču dostavi određena dokumenta/dokaze, među kojima ZUOŠ apostrofira lekarske nalaze, koji se mogu upotrebiti za utvrđivanje štetnog događaja ili za procenu posledica štete, osiguranik ima samo ako je ta dužnost za njega ustanovljena sporazumom ugovornih strana. Znači, kada je ustanovljena za osiguranika u ugovoru ili uslovima osiguranja, ili u okviru posebnog zaključenog sporazuma koji se odnosi samo na ispunjenje te dužnosti. Zato se u švajcarskom pravu može govoriti

još na jedan način o jednom mešovitom sistemu, sada u pogledu načina na koji se ustanovljavaju dve dužnosti koje čine sadržinu obaveze osiguranika na dokazivanje odštetnog zahteva. To je regulisano u tač. 1, st. 2, čl. 39. Kao i da se ugovorne strane mogu sporazumeti da osiguranik mora da osiguravaču dostavi dokaze koje može da pribavi bez velikog troška. To znači da ako su izostala utanačenja o dokazima koje osiguranik treba dostavi osiguravaču i da se obaveza osiguranika odnosi na dostavljanje samo onih dokaza koje on može da pribavi bez velikog troška, dokaze osiguravač mora sam da pribavi. Ili, i osiguranik, koje bi kao šire tumačenje bilo obuhvaćeno u jezičkom iskazu norme zakonodavca („osiguranik mora da dostavi ugovorom određena dokumenta, uključujući i lekarske nalaze, pod uslovom da ih je moguće dobiti bez velikog troška“), ako mu osiguravač da predujam za troškove oko pribavljanja određenih dokaza i obaveže se da će mu posle pribavljanja i dostavljanja ovih dokaza, ukoliko iznos troškova bude iznad predumljenih, isplatiti sve ostale koje je imao ako su prešli obim manjih troškova. To jest, da će mu naknaditi sve one troškove koji ulaze u obim velikih troškova.

Švajcarski zakonodavac ne limitira prava kojima može da se koristi osiguravač u slučaju povrede zakonom ustanovljene dužnosti za osiguranika da osiguravaču dostavi informacije i povrede ugovorne dužnosti da osiguravaču dostavi određene dokaze od značaja za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete. U pogledu ovih prava jedino što propisuje jeste da se ugovorne strane mogu sporazumeti da osiguranik pod pretnjom gubitka prava na osiguranu naknadu mora ove informacije i dokaze da dostavi osiguravaču u roku utvrđenom u sporazumu ugovornih strana koji je dovoljno dug za njihovo pribavljanje (tač. 2, st. 2, čl. 39). Dakle, u roku koji je sporazumom određen u trajanju da obezbedi da osiguranik može uredno da ispuni dužnost pribave i dostave osiguravaču informacija, odnosno ispuni dužnost pribavljanja i dostavljanja osiguravaču dokaza koji se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete.

S obzirom da su napred razmotrene odredbe o obavezi osiguranika na dokazivanje odštetnog zahteva dispozitivne prirode podrazumeva se da sporazumom ugovornih strana mogu biti predviđene i druge dužnosti koje osiguranik mora da ispuni da bi omogućio osiguravaču da utvrdi okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete. Pored zakonom ustanovljene dužnosti da mu dostavi informacije i ugovorom ustanovljene dužnosti da dostavi osiguravaču dokaze na ove okolnosti. Na primer, da osiguravaču obezbedi pristup oštećenoj imovinu koja je kao posebna dužnost osiguranika predviđena u Principima i/ili dužnosti koje naši osiguravači predviđaju u svojim uslovima osiguranja o kojima ćemo govoriti u sledećem odeljku. Takođe, imajući u vidu rečenu dispozitivnost normi koje smo do sada ispitali o obavezi osiguranika da dokaže odštetni zahtev i da švajcarski zakonodavac ne limitira prava kojima može da se koristi osiguravač u slučaju povrede

dužnosti koje čine obavezu dokazivanja odštetnog zahteva, kada je reč o pravima osiguravača za slučaj docnje osiguranika u dostavljanju osiguravaču navedenih informacija i dokaza, može se zaključiti da sporazumom ugovornih strana može biti umesto prava osiguravača da uskrati osiguraniku pravo na osiguranu naknadu, ugovoreno za osiguravača pravo da umanja naknadu osiguranja za iznos koji bi platio da je dostavljanje informacija ili dokaza izvršena na vreme, odnosno umanja za iznos štete koja je osiguravaču pričinjena zbog neizvršenja ili kašnjenja u izvršenju obaveze koje pravo je inače u čl. 39, st. 2 ZUOŠ predviđeno za slučaj da osiguranik povredi obavezu na blagovremenu prijavu osiguravaču štetnog događaja, zatim, pravo na raskid ili otkaz ugovora. Ali ne, iz razloga koji smo napred elaborirali, i da se ugovor o osiguranju tada smatra ništavim. Pravo na raskid ugovora smatramo da je dopušteno ugovarati jer ga švajcarski zakonodavac, za razliku od nemačkog ili austrijskog, ne zabranjuje da bude ugovoren. A kada je reč o lažnom odštetnom zahtevu iz dispozitivnosti normi kojima je on, takođe, regulisan proizilazi da u ugovoru o osiguranju, uslovima osiguranja ili u posebnom sporazumu ugovornih strana može biti drugačije od zakonskog definisan lažni odštetni zahtev i za njega ako bude podnet osiguravaču, umesto u čl. 40 ZUOŠ predviđeno pravo, bude određeno neko drugo pravo za osiguravača. Dispozitivnost ovih normi proizilazi iz čl. 97 i 98 ZUOŠ u kojima su izričito navedeni zakonski članovi, stavovi ili tačke u članovima i stavovima tog zakona čije se odredbe ne mogu menjati ili se ne mogu menjati na štetu ugovarača osiguranja i osiguranika.

Da bi osiguravač mogao da se koristi bilo kojim od ovih ugovorenih prava prema osiguraniku koji prekrši razmatranu obavezu dokazivanja odštetnog zahteva (ili i neku drugu zakonsku ili ugovornu obavezu) prvi od dva uslova koji moraju biti ispunjeni je da okolnosti slučaja ukazuju da se kršenje obaveze dokazivanja odštetnog zahteva zbog docnje može pripisati osiguraniku. To će reći da je osiguranik, kao što smo ranije pomenuli, kriv za povredu obaveze dokazivanja. To je izričito predviđeno u čl. 45, st. 1 ZUOŠ čije odredbe se prema čl. 98, st. 1, što je nejasno ovom autoru zbog čega, smatraju relativno-prinudnom normom, te se ne mogu menjati na štetu osiguranika. Drugi uslov je da postoji uzročna veza između skrivljene povrede u izvršenju obaveze o ugovorenom roku dokazivanja odštetnog zahteva i utvrđivanja postojanja obaveze osiguranika na plaćanja naknade osiguranja ili njenog obima. Znači, da ako kršenje obaveze dokazivanja odštetnog zahteva, odnosno dužnosti koje čine ovu obavezu o roku za koje je osiguranik odgovoran nije uticalo na utvrđivanje postojanja obaveze osiguranika na plaćanje naknade/štete ili njenog obima, osiguravač je obavezan da plati naknadu (u celini ili u odgovarajućem obimu). To proizilazi iz opšteg pravila obligacionog prava da krivica za povredu docnjom obaveze dužnika mora biti u uzročnoj vezi sa posledicom. U Principima, ZUON i ZUOA, za razliku od ZUOŠ, videli smo, uslov uzročnosti između krivice osiguranika za povredu obaveze saradnje posle nastupanja osiguranog slučaja, odnosno obaveze

na davanje obaveštenja osiguravaču i posledice po utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača ili njenog obima je izričito propisan. Kod podnošenja lažnog odštetnog zahteva, međutim, uslov uzročnosti je prema ZUOŠ irelevantan za nastanak prava osiguravača da smatra da nije vezan ugovorom. Izostanak uzročnosti u navedenom značenju kod podnošenja lažnog odštetnog zahteva govori da je pravo osiguravača da i tada smatra da nije vezan ugovorom ono kazna za osiguranika. Za razliku od ranije ispitanih izvora prava, u ZUOŠ nije propisan ni teret dokazivanja postojanja krivice osiguranika za povredu obaveze dokazivanja odštetnog zahteva, te se na ovo pitanje primenjuju ranije istaknuta opšta pravila procesnog prava o teretu dokazivanja. Takođe, u ZUOŠ, kao ni u Principima, ZUON i ZUOA, nije predviđen teret dokazivanja postojanja uzročne veze između povrede obaveze dokazivanja odštetnog zahteva i posledice na utvrđivanje postojanja obaveze na plaćanje naknade osiguravača / štete ili njenog obima, te se i na dokazivanja ove činjenice primenjuju opšta pravila o teretu dokazivanja.

ZUOŠ ne određuje mesto u kome se dužnosti koje čine obavezu dokazivanja odštetnog zahteva moraju ispuniti. Niti propisuje da se ugovorom o osiguranju može predvideti pismena forma u kojoj osiguranik dužnost dostavljanja informisanja treba da ispuni, kao što to propisuje u pogledu obaveze prijavljivanja osiguranog slučaja, odnosno štetnog događaja u čl. 38, st. 1 ZUOŠ. Takođe ne reguliše ni pitanje snošenja troškova dokazivanja odštetnog zahteva. To znači da ovi detalji u interesu pravne sigurnosti ugovornih strana treba da budu uređeni ugovorom ili uslovima osiguranja.

Ono što je još regulisano u pogledu elemenata sadržine obaveze dokazivanja odštetnog zahteva u ZUOŠ, ali relativno prinudnim normama koje se, kao što je poznato, ne mogu ugovorom ili uslovima osiguranja menjati na štetu osiguranika, je da rok za ispunjenje dužnosti dostavljanja informacija i dokaza koji se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štete ili za procenu posledica štete, počinje da teče od dana kada je osiguravač identifikovao imaoca prava na osiguranu naknadu, a ne od dostavljenog osiguraniku zahteva da izvrši ove dužnosti kao u ranije ispitanim izvorima prava ako ugovorne strane ugovorom nisu odredile početak toka ovog roka na drugi način. I da osiguravač mora podsetiti osiguranika (pre ili u toku trajanja ovog roka - prim. aut.) na posledice kašnjenja u dostavljanju informacija i dokaza. Ove odredbe nalazimo u čl. 39, st. 2, tač. 2, drugoj rečenici.

Na kraju našeg izlaganja o švajcarskom pravu treba reći da ono normativno znatno složenije reguliše obavezu koju ispitujemo u radu, pre svega, kroz razlike u odnosu na do sada ispitane pravne izvore u načinu ustanovljavanja pojedinih dužnosti (zakonom i ugovorom) koje čine sadržinu ove obaveze. I da to utiče na jasnoću i razumevanje, te operacionalizaciju ove obaveze u praksi osiguranja. Ali da primenom normativnih rešenja koje ustanovljava ZOUŠ mogu biti u praksi osiguranja postignuti isti efekti koji se mogu postići primenom rešenja koja o ovoj obavezi imaju Principi, ZUON i ZUOA.

Francusko pravo. U Zakoniku o osiguranju Francuske, Knjiga I - Ugovor (u daljem tekstu: ZOF)⁴ obaveza osiguranika da osiguravaču prijavi štetu koja može da aktivira osiguravajuće pokriće, koja se u većini ispitanih pravnih izvora naziva obavezom da prijavi osiguravaču nastupanje osiguranog slučaja, relativno je potpuno regulisana dispozitivnim normama u vrstama osiguranja od štete. U pogledu sadržine prijave, dospelosti obaveze prijave i dužini roka u okviru koga se on može ugovorom o osiguranju odrediti, pravu osiguravača da uskrati da osiguraniku isplati naknadu štete zbog docnje u izvršenju obaveze prijave (gubitak prava na naknadu) i uređivanja izuzetaka od prava osiguravača da uskrati naknadu (čl. 113-11, st. 1, tač. 2 ZOF). Svi ostali elementi koje čine sadržinu ove obaveze, kao i neki od pomenu-tih koji su okvirno određeni u ZOF, uređuju se ugovorom o osiguranju ili uslovima osiguranja, uz odgovarajuća ograničenja predviđena u ovom zakoniku koja važe i za obavezu osiguranika da saraduje sa osiguravačem u utvrđivanju nastupanja osiguranog slučaja ili obima obaveze osiguravača i druge ugovorom ustanovljene obaveze.⁵ To već govori da se ove dve obaveze koje ima osiguranik posle nastupanja osiguranog slučaja i u francuskom pravu smatraju i delimično regulišu kao posebne i samostalne obaveze, a ne kao jedna pravna celina koju čini skup više obaveza koje tada nastaju za osiguranika.

ZOF ima samo jednu odredbu koja se odnosi na obavezu, nazovimo je sada prema nazivu koji joj je dat u Principima, saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastupa osiguranog slučaja. Označavamo je tako zbog toga što se ona u toj odredbi ne imenuje niti joj se kao u ZUOA naziv može odrediti iz njene sadržine, s obzirom da se u njoj i drugim odredbama ovog zakonika ne ustanovljavaju dužnosti koje je čine i koje ima osiguranik posle nastupanja osiguranog slučaja, ako su ugovorom predviđene, radi utvrđivanja da je osigurani rizik nastupio ili utvrđivanja obima obaveze osiguranika na plaćanje naknade / štete. U toj odredbi, čl. 113-11, st. 1, tač. 2, propisano je jedino da su ništave sve klauzule u ugovoru i uslovima osiguranja koje predviđaju gubitak prava za osiguranika zbog kršenja obaveze koja se odnosi na prijavu štete nadležnim organima i na *dostavljanje dokumentacije* (nadležnim državnim organima i osiguravaču - prim. aut.), s tim da osiguravač tada zadržava pravo da od osiguranika zahteva naknadu štete koja mu je kršenjem obaveze prouzrokovana. To znači da bi se oživotvorila u francuskoj praksi osiguranja obaveza saradnje da u ugovoru o osiguranju ili uslovima osiguranja moraju biti, pre svih, ustanovljene dužnosti za osiguranika koje je dužan da izvrši da bi osiguravaču omogućio da utvrdi

⁴ Code des assurances 1930, version consolidée au 17 mai 2015 (Zakonik o osiguranju Francuske) (dostupno na: https://www.legifrance.gouv.fr/affi_chCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20160312).

⁵ Više o obavezi osiguranika da osiguravaču prijavi nastupanje osiguranog slučaja u francuskom pravu, videti u našem članku naznačenom u fusnoti 5, str. 183-184 (Obaveza osiguranika da osiguravaču prijavi nastupanje osiguranog slučaja - pogled na savremena rešenja).

da je rizik / osigurani slučaj nastupio ili utvrdi obim njegove obaveze na plaćanje naknade / štete. Kao što su dužnost da osiguravaču saopšti informacije i dužnost da dostavi dokaze od značaja za utvrđivanje da je rizik nastupio ili utvrdi obim obaveze na plaćanje naknade. Koje informacije i dokaze je dužan da dostavi, sve ili samo neophodne za rečena utvrđenja ili tačno u ugovoru predviđene, dokaze koje može da pribavi, da ih pribavi bez većih troškova i sl. kao što je to regulisano u ranije ispitanim izvorima prava. Zatim, da u ugovoru o osiguranju bude određeno kako ove dužnosti nastaju, na zahtev osiguravača ili i bez zahteva osiguravača. Rok u kome se imaju ispuniti dužnosti, događaj od kada se računa rok za ispunjenje dužnosti, mesto ispunjenja dužnosti i šta se smatra kršenjem dužnosti. I naročito posledice koje nastupaju zbog povrede dužnosti osiguranika / prava koja ima osiguravač kad je osiguranik povredio dužnosti, osim kao što smo videli gubitka prava iz osiguranja u slučaju kašnjenja osiguranika u ispunjenju dužnosti dostavljanja dokumentacije, slučajevi ili izuzeci kada se osiguravač ne može koristiti tim pravima (nepostojanje uzročne veze između subjektivne docnje osiguranika zbog povrede dužnosti i utvrđivanja osiguranog rizika ili obima obaveze osiguranika na plaćanje štete)⁶, teret dokazivanja i drugi elementi dužnosti koje čine obavezu koja se razmatra u ovom radu, a koje smo elaborirali prilikom ispitivanja Principa, ZUON, ZUOA i ZUOŠ.

U ZOF, postoje, međutim, još neke odredbe koje su opšteg značaja jer se mogu primeniti i na povredu dužnosti osiguranika da posle nastanka rizika osiguravaču saopšti informacije i povredu dužnosti da osiguravaču dostavi dokumenta od značaja za utvrđivanje osiguranog rizika koji je nastupio ili obima obaveze osiguravača da zbog rizika koji je nastupio plati osiguraniku štetu. Njima se ustanovljavaju ograničenja u slobodi ugovaranja nekih elemenata sadržine ovih dužnosti koji čine obavezu saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog rizika. Jedna od njih je od naročitog značaja jer predviđa koje posledice su dopuštene da uslovima osiguranja budu predviđene zbog povrede ugovornih dužnosti. I propisuje uslov koji mora biti ispunjen da bi klauzule kojima se u uslovima osiguranja određuju posledice povrede ugovornih dužnosti proizvodile pravno dejstvo. U pitanju je jedna lapidarno formulisana odredba u kojoj se kaže: „Punovažni su uslovi osiguranja koji predviđaju ništavost, gubitak prava ili isključenja iz osiguranja samo ako su istaknuti na veoma jasan način.“ (čl. 112-4, st. 4). Taj uslov je ponovljen u jednoj drugoj odredbi koja se odnosi na klauzule polise koja kada je potpisana od obe ugovorne strane čini pismenu formu ugovora o osiguranju i uslov punovažnosti ugovora o osiguranju: „Ugovorna klauzula mora biti jasno odštampana u polisi.“ (čl. 113-15, st. 1). Osim ovih, u ZOF postoje još dve kratke odredbe čija primena dolazi u obzir u pogledu posledica

⁶ Odgovornost za docnju dužnika po osnovu krivice u francuskom pravu nije nigde, nasuprot nemačkom pravu, izričito propisana, ali interpretacijom pravila o nemogućnosti izvršenja ugovora i naknadi štete i nekih drugih pravila iz GZ Francuske, u francuskoj doktrini i sudskoj praksi zauzet je stav da je za docnju dužnika merodavna krivica (Perović, Slobodan, *Obligaciono pravo*, Beograd, 1968, str. 262-274).

koje se mogu predvideti ugovorom za povredu osiguranikovih ugovornih dužnosti i forme za punovažnost dokazivanja jednog prava koje osiguravač može da ugovori i koristi u slučaju povrede dužnosti. U prvoj se određuje da u polisi moraju biti navedeni uslovi za raskid ugovora (čl. 113-12, st. 1), za koju klauzulu bi bilo sporno da li je dopuštena da se ugovori za povredu dužnosti koje čine sadržinu obaveze saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog rizika kao što je to izričito predviđeno u ZUON (par. 28, st. 5) ili u ZUOA (par. 6, st. 5). A u drugoj odredbi, da se ugovor o osiguranju koji je zaključilo fizičko lice izvan svoje profesionalne delatnosti mora od strane osiguravača dokazati da je otkazan preporučenim pismom (čl. 113-12-1). Smatramo da prema francuskom pravu ništavosti ugovora ne bi mogla biti ugovorena zbog povrede ovde razmatranih dužnosti osiguranika koje čine njegovu obavezu saradnje sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog rizika. Jer, kao što smo ranije naveli razlog ništavosti mora postojati u vreme zaključenja ugovora i to je univerzalno prihvaćeno u svim evropskim pravnim sistemima.

Dakle, prema ZOF, izvesno je da osiguravač može ugovorom, odnosno uslovima osiguranja da predvidi sankcije za povredu docnjom dužnosti koje čine obavezu saradnje u rasponu od naknade štete, preko otkaza i gubitka prava osiguranika na naknadu iz osiguranja. Izuzev u pogledu one kategorije, kao što smo videli, koja se odnosi na dužnost osiguranika da obavesti nadležni organ o nastanku štete i dužnost dostavljanja dokumentacije kada se zbog docnije osiguranika u ispunjenju ovih dužnosti ne može ugovoriti pravo osiguravača da osiguraniku uskrati da isplati naknadu štete pozivom na njen gubitak.

Slabost francuskog zakonodavca u regulisanju obaveze saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog slučaja je očigledna, s obzirom da je zanemarljiv broj dispozitivnih normi kojima se u ZOF ona reguliše i onih koje se kao opšte mogu na nju primeniti i nalaze se u poglavlju tog zakonika u kome se normira zaključivanje i dokazivanje ugovora o osiguranju. U odsustvu većeg broja ovih normi, za razliku od ranije ispitivanih izvora prava, koje se na nju primenjuju kao izvor pretpostavljene volje ugovornih strana, velika je odgovornost osiguravača u uređivanju ove obaveze u uslovima osiguranja. Sa jedne strane, ako u uslovima osiguranja ona nije dovoljno regulisana, ugovorne strane se nalaze u neizvesnoj pravnoj situaciji koja nastaje zbog potrebe za iznalaženje nedostajućih normi i neizvesnog rezultata da li nedostajuća norma koja je kreirana u postupku popunjavanja pravnih praznina analogijom sa rešenjima koja sadrže norme koje regulišu sličnu obavezu koja je dovoljno regulisana, kao što su norme kojima je uređena obaveza osiguranika da osiguravaču prijavi nastupanje osiguranog slučaja, odgovaraju cilju obaveze saradnje i karakteru/prirodi ugovorenih dužnosti koje ima osiguranik prema osiguravaču u ispunjenju te obaveze. Sa druge strane, ukoliko uslovi osiguranja sadrže dovoljno odredbi / klauzula kojima se popunjavaju pravne praznine u ZOF o obavezi saradnje, za koje se uvek smatra da o njima nije posebno pregovarano,

one su kao klauzule o dužnostima osiguranika i pravima osiguravača zbog njihove povrede izložene kontroli dopuštenosti od strane sudova koji će je sprovesti primenom odgovarajućih opštih načela koja se primenjuju na zaključenje i izvršenje obligacionih ugovornih obaveza (principa zaštite javnog poretka, dobrih običaja, zabrane zloupotrebe prava, saveznosti i poštenja u poslovanju i drugih) i prema ustanovljenim kriterijumima za ocenu punovažnosti standardnih klauzula opštih uslova ugovora predviđenim u Građanskom zakoniku i posebnom zakonu o standardnim ugovorima (opštini uslovima formularnih ugovora). Jedan od tih kriterijuma zasnovan na principu poštenja i saveznosti na osnovu koga se može sprovesti procena punovažnosti ovih klauzula u opštini uslovima osiguranja predviđen je u Direktivi 93/13/EEC o nepravičnim/nekorektnim klauzulama u potrošačkim ugovorima čija je rešenja Francuska inkorporirala u svoje zakonodavstvo.⁷ Neizvesnosti koje nastaju za ugovorne strane u obe ove situacije govore da je za njihovu pravnu sigurnost izvesnost koja se postiže potpunim ili potpunijim regulisanjem uvek bolja solucija koju može da ponudi zakonodavac. Na primerima do sada ispitanih izvora prava to je više puta potvrđeno.

Češko pravo. Za razliku od svih do sada ispitanih izvora prava, u Građanskom zakoniku Češke (dalje: GZČ)⁸ obaveza prijave osiguranog slučaja i obaveza saradnje posle nastupanja osiguranog slučaja, ili kako se ona još naziva u tim izvorima obavezom na davanje obaveštenja ili obavezom dokazivanja odštetnog zahteva osiguranika objedinjene su u jednu obavezu. Zajedno sa još nekim obavezama, te sa njima sve one čine pravnu celinu i jednu jedinstvenu obavezu koju ima nakon i povodom nastupanja osiguranog slučaja ugovarač osiguranja, osiguranik ili treće lice koje ima pravo na nadoknadu osiguranja. Tehnički ove obaveze se, s obzirom da većina ima za predmet dostavljanje osiguravaču odgovarajućih obaveštenja, odnosno informacija o određenim činjenicama povodom nastanka osiguranog slučaja, a jedna dostavljanje dokumenata kojima se ove činjenice dokazuju, izvršavaju kako je to i predviđeno u čl. 2797, st. 1 GZČ podnošenjem jedinstvene prijave osiguravaču. U toj odredbi se od prijema ove prijave određuje rok u kome osiguravač ima obavezuj da otpočne sa procenom/utvrđivanjem postojanja i obima svoje obaveze na naknadu štete. To, takođe, ilustruje rečenu konstataciju da se sve te obaveze koje ima ugovarač, osiguranik ili treće lice koje je korisnik osiguranja čine pravnu celinu. Stoga bi toj pravnoj celini obaveza koju češki zakonodavac ne imenuje koristeći odgovarajući termin, ako se posmatra kao jedinstvena obaveza, bilo najispravnije

⁷ Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts („Direktiva Saveta 93/13/EEC od 5. aprila 1993. godine o nepravičnim ugovornim odredbama potrošačkih ugovora“), *Official Journal of the European Communities*, L 95, 21. 4. 1993, 29–34.

⁸ Zákon ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, zákon č. 89/2012, *Sbírky zákonů ČR*, No. 89/2012 Coll. (Građanski zakonik Češke, na snazi od 1.1.2014.). Ugovor o osiguranju je regulisan u čl. 2758-2872 (115 članova).

nasloviti u doktrini obavezom saradnje ugovarača, osiguranika ili trećeg lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja sa osiguravačem posle nastupanja osiguranog slučaja, odnosno osiguranog događaja prema terminologiji koju koristi češki zakonodavac za osigurani slučaj.

Ovu obavezu, prema čl. 2796, st. 1 GZČ, čine: 1) obaveza obaveštavanja osiguravača o nastanku osiguranog događaja koja obuhvata dužnost da se istinito objasni osiguravaču nastanak i posledice nastalog osiguranog događaja, 2) obaveza obaveštavanja osiguravača o pravima trećih lica, tj. obaveza da se osiguravač upozna da određena treća lica imaju određena prava na naknadi osiguranja sa nastupanjem osiguranog događaja, 3) obaveza da se osiguravač obavesti o postojanju višestrukog osiguranja i 4) obaveza da se osiguravaču dostave *neophodna* dokumenta. Logičkim tumačenjem, zaključujemo da se pod obavezom dostavljanja dokumenata podrazumeva predaja osiguravaču isprava koje čine dokaze iz kojih on može da utvrdi sve one činjenice koje čine predmet obaveza obaveštavanja/informisanja nabrojanih pod 1)-3). U odredbi st. 2. tog člana, proširuje se krug lica koja mogu (ne moraju!) da izvrše obavezu (samo) prijave osiguranog slučaja na svako drugo lice koje ima zakoniti interes u nadoknadi iz osiguranja. Dakle, drugačije od toga kako je to određeno u Principima: da je prijava osiguranog slučaja punovažna kada je učinjena od bilo kog trećeg lica. Odredba st. 2, čl. 2796 GZČ, s obzirom da se u njoj reguliše isključivo pitanje subjekta obaveze iz st. 1 toga člana u pogledu obaveštavanja osiguravača o nastupanju osiguranog događaja, može opravdano uputiti na zaključak da je češki zakonodavac ambivalentan u pogledu normiranja obaveza koje nastaju posle i povodom nastupanja osiguranog slučaja koje smo mi napred pobrojali. I da ih prilikom regulisanja na jednom mestu (čas - prim. aut.) smatra skupom obaveza, odnosno pravnom celinom, a na drugom mestu (čas) svaku za sebe kao posebnu, samostalnu obavezu. Takvim ambivalentnim pristupom u normiranju obaveza koje imaju ugovarač osiguranja, osiguranik ili treće lica koje ima pravo na naknadu osiguranja prema osiguravaču posle nastupanja osiguranog slučaja, češki zakonodavac stavlja osiguravače u značajnu dilemu kako ih regulisati u uslovima osiguranja? Kao samostalne obaveze ili kao jednu obavezu koja čini skup više obaveza i zatim, s tim u vezi, da li ih osiguravač za slučaj kršenja u uslovima osiguranja može, ako se svaka smatra samostalnom, sankcionisati na različiti način. Odgovarajućim pravima osiguravača u zavisnosti od obaveze u pitanju, polazeći od činjenice da su norme u kojima se u čl. 2800, st. 2 GZČ regulišu posledice kršenja obaveza (zakonskih i ugovornih - prim. aut.) od strane ugovarača, osiguranika ili „nekog trećeg lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja“ dispozitivne prirode.

Ispunjenje svih tih obaveza dospeva, bilo da se tumače da čine jednu celinu i jednu jedinstvenu obavezu bilo da se razumeju tako da je svaka od njih posebna, u jednom istom trenutku. Što znači, kao što ćemo videti iz odredbe čl. 2800, st. 2 GZČ, i da je povreda svake od njih, nekoliko njih ili povreda svih zajedno ako se to

dogodi sankcionisana istom sankcijom. Dospevaju na izvršenje nastankom osiguranog događaja i moraju da se izvrše u roku izraženom u pravnom standardu „bez neopravdanog odlaganja“. U praksi osiguranja, iako nema bližeg iskaza u tom smislu u tekstu čl. 2796, st. 1 GZČ, to znači odmah nakon nastanka događaja. Dakle, sve one nastaju istovremeno, danom nastanka osiguranog događaja i od tog trenutka se računa rok za njihovo izvršenje izražen u navedenom pravnom standardu. To je još jedan argument da se razmatrane obaveze smatraju jednom obavezom. Za razliku od ranije razmatranih izvora prava, češki zakonodavac dospelost ovih obaveza ne vezuje za trenutak saznanja za nastupanje osiguranog događaja kao što to čini, na primer, nemački ili austrijski zakonodavac (par. 30, st. 1 ZUON i par. 33, st. 1 ZUOA) ili za uslov da je lice koje ima obavezu da prijavi nastanak osiguranog slučaja znalo ili trebalo da zna za postojanje osiguranog događaja, što ustanovljavaju Principi (čl. 6:101, st. 1). Izvesno je, međutim, da se dospelost ne može računati od objektivne činjenice nastanka, a ne od saznanja za nastanak osiguranog događaja kao subjektivne činjenice koja je jedina opravdavajuća da se ona za nju veže. I da se zbog toga ova odredba GZČ mora u smislu rešenja prihvaćenog u uporednom pravu šire tumačiti.

Obaveze nastaju po samom zakonu, nezavisno od toga da li je osiguravač zahtevao da pojedinu od njih, nekoliko njih ili sve ugovarač, osiguranik ili treće lice koje ima pravo na nadoknadu osiguranja izvrši. Istekom roka za izvršenje ovih obaveza nastupa docnja i odgovornost za docnju ako je osiguranik ili drugi subjekat koji je dužan da ih ispuni kriv za prekoračenje roka. Najmanje u stepenu obične nepažnje. U odredbama GZČ u kojima se normiraju razmatrane obaveze to nije izričito propisano, ali to proizilazi iz opštih pravila Građanskog zakonika o odgovornosti za dužničku docnju. Pojedine od njih, međutim, kao što ćemo kasnije videti, mogu da budu prekršene i na drugi način: prijavom koja sadrži lažne ili iskrivljene bitne činjenice o posledicama osiguranog događaja ili (lažnim ili iskrivljenim predstavljanjem) informacija o tom događaju. Ali samo onda kada su prekršene uz kvalifikovani oblik krivice: namerom ili grubom nepažnjom.

U ranije razmatranim izvorima prava, prva obaveza koju ima osiguranik u okviru ovih koje nabroja češki zakonodavac je obaveza da posle nastanka osiguranog slučaja prijavi osiguravaču nastupanje osiguranog događaja koja obuhvata dužnost osiguranika da obavesti osiguravača o nastaloj šteti, odnosno da je nastao osiguranik događaj i dužnost da ga obavesti o postojanju osiguravajućeg pokrića, pravu na nadoknadu osiguranja. Druga, koju razmatramo u ovom radu, kao što smo videli, sastoji se od dužnosti osiguranika da osiguravaču saopšti informacije koje su mu potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima obaveze na plaćanje naknade i dužnost da mu dostavi dokaze o tome. I to samo na zahtev osiguravača. U češkom pravu, ona međutim, videli smo, nastaje po samom zakonu, dakle, i bez zahteva osiguravača.

Kao glavni subjekat obaveza određen je korisnik, pod njim se podrazumeva lice koje ima pravo na osiguranu naknadu. Ako to lice nije istovremeno i ugovarač

osiguranja ili osiguranik, ove obaveze, takođe, imaju ugovarač osiguranja i osiguranik. Ugovarač kada je ugovor o osiguranju zaključio sa osiguravačem u svoje ime i svoj račun. A osiguranik kada je ugovarač zaključio ugovor za tuđ račun.

Češki zakonodavac, ali ne tako razučeno prema kategorijama obaveza i pravima osiguravača za slučaj njihove povrede ustanovljenim prema težini krivice, kao nemački i austrijski zakonodavac, u par. 28 ZUON i par. 6 ZUOA, ima posebne odredbe u kojima reguliše posledice kršenja obaveza ugovarača osiguranja, osiguranika ili nekog trećeg lica koje ima pravo na osiguranu nadoknadu. Tako glasi i naslov kojima se označava sadržaj ovih odredbi koji se nalazi iznad čl. 2800 GZČ („Posledice kršenja obaveza“). I one se, kao i takve posebne odredbe koje poznaje ZUON i ZUOA, primenjuju kako na zakonom ustanovljene obaveze za ova lica, tako i na ugovorene obaveze. Jednu grupu obaveza za čiju povredu se u GZČ propisuju sankcije čine one koje ima ili ih je preuzeo tokom pregovora o zaključenju ugovora ili izmene ugovora o osiguranju ugovarač osiguranja ili osiguranik. Regulisane su u st. 1, čl. 2800. A drugu grupu sve ostale obaveze čiji su subjekti i odgovorna lica za povredu pored ugovarača osiguranja i osiguranika i treće lica koje ima pravo na osiguranu naknadu. Ova grupa obuhvata znači i obavezu prijave osiguravaču informacija i dostavljanje dokumenata. Informacija i dokumenata potrebnih osiguravaču za utvrđivanje da je osiguranik događaj nastupio ili za određivanje obima/iznosa nadoknade osiguranja. Posledice povrede i uslovi odgovornosti za povredu ovih obaveza su regulisani u čl. 2800, st. 2 GZČ. Osiguravač zbog povrede, odnosno kršenja ove obaveze prema terminologiji koju koristi češki zakonodavac ima pravo da smanji svoju obavezu na isplatu naknade osiguranja u srazmeri uticaja kršenja te obaveze na obim/visinu obaveze osiguravača da plati naknadu. Preciznije ovo pravo je izraženo, videli smo u Principima, u čl. 6:102, st. 2, u iskazu da osiguravač ima pravo da naknadu osiguranja umanji u obimu u kojem osiguravač dokaže da je povredom obaveze pretrpeo štetu. Razlika od Principa u propisivanju ovog prava za osiguravača je u tome što u čl. 2800, st. 2 GZČ nema izjašnjenja zakonodavca da kršenje razmatrane obaveze pretpostavlja da postoji krivica za njenu povredu. Premda, kao što smo već rekli, to proizilazi iz opštih odredbi GZČ u kojima se reguliše odgovornost dužnika za docnju. U GZČ nema kao u Principima određenja ko snosi teret dokazivanja da je kršenje obaveze prouzrokovalo štetu osiguravaču, tj. da se obim naknade iz osiguranja može umanjeti u obimu u kojem osiguravač dokaže da je kršenjem obaveze pretrpeo štetu. A, takođe, i što nije, kao u Principima, za slučaj namernog ili grubom nepažnjom kršenja obaveze ustanovljeno pravo za osiguravača da odbije da isplati naknadu osiguranja. Pravo da umanji naknadu osiguranja, osiguravač ima prema GZČ samo ako je povreda obaveze informisanja i dostavljanja dokaza *značajno* uticala na utvrđivanje osiguranog slučaja ili određivanje iznosa nadoknade osiguranja.

Treba naglasiti da za razliku od ZUOŠ (čl. 40) u kome je za podnošenje lažnog odštetnog zahteva propisan znatno stroža sankcija nego kada osiguranik

docnjom povredi obavezu informisanja i dostavljanja dokumenata osiguravaču koje on može da upotrebi za utvrđivanje osiguranog slučaja/štete ili procenu posledica štete u vidu prava da smatra da nije vezan ugovorom, u GZČ za ovaj poseban oblik povrede navedene obaveze to nije učinjeno. Bez obzira da li se radi o docnji kao obliku kršenja ove obaveze ili kršenju obaveze podnošenjem lažnog odštetnog zahteva, češki zakonodavac propisuje istovetnu sankciju: pravo osiguravača da smanji naknadu osiguranja. Inače, lažnim odštetnim zahtevom, češki zakonodavac smatra prijavu u kojoj su namerno ili grubom nepažnjom iskrivljene bitne činjenice u vezi sa posledicama prijavljenog osiguranog događaja ili u njoj prikrivaju informacije o tom događaju (čl. 2797, st. 2 GZČ)⁹. Ovom blagom sankcijom, umesto da je za lažni odštetni zahtev ustanovljena kao u švajcarskom pravu teža sankcija i na taj način bolje zaštićen osiguravač od nelojalnih postupaka ugovarača, osiguranika i trećeg lica koje ima pravo na osiguranu naknadu i njome deluje preventivno, odnosno odvratajuće od podnošenja lažnih odštetnih zahteva, češki zakonodavac podstiče podnošenje takvih zahteva.¹⁰ Tada, uz pravo da smanji naknadu osiguravač ima pravo da zahteva da mu se nadoknade dokazani troškovi koje je imao da bi utvrdio istinite činjenice u vezi sa informacijama koje su mu dostavljene ili skrivene od njega. To pravo za osiguravača ustanovljeno je čl. 2797, st. 2 GZČ. Na opšti način, pravo na naknadu troškova osiguravača ustanovljeno je u st. 3 ovog člana i u svim drugim slučajevima u kojima ugovarač, osiguranik ili neko treće lice koje ima pravo na nadoknadu osiguranja prouzrokuje troškove istrage ili ih poveća kršenjem neke svoje obaveze.

U završnici našeg ispitivanja češkog prava, mogu se naglasiti nekoliko konstatacija opšteg značaja. Specifične konstatacije su istaknute tokom prethodnog

⁹ Ako uporedimo ovu definiciju lažnog odštetnog zahteva češkog zakonodavca sa onom koju daje švajcarski zakonodavac u čl. 40 u vezi sa čl. 39, st. 1 ZUOŠ, zapazićemo da se one razlikuju u kvalifikaciji. Prema ZUOŠ, prijava kojom osiguranik ispunjava svoju obavezu dokazivanja odštetnog zahteva da bi bila lažna, odnosno imala kvalifikaciju lažnog odštetnog zahteva treba da sadrži prikrivene ili netačno prijavljene činjenice koje se mogu upotrebiti za utvrđivanje okolnosti pod kojima je došlo do štetnog događaja ili za procenu posledica štete radi toga / sa namerom da osiguravač pogreši ili učini previd i isplati štetu koja da su u njoj bile prikazane istinite činjenice na navedene okolnosti obaveza osiguravača da isplati štetu bi bila isključena ili manja. U češkom pravu, međutim, da bi se smatralo da je osiguravaču podnet lažni odštetni zahtev dovoljno je da prijava koju podnose ugovarač, osiguranik ili treće lice koje ima pravo na nadoknadu osiguranja posle nastupanja osiguranog događaja (prijava iz čl. 2796, st. 1 ČGZ) sadrži namerno prikazane lažne ili grubom nepažnjom predstavljene iskrivljene bitne činjenice o posledicama prijavljenog štetnog događaja ili se u njoj prikrija informacija o tom događaju. Dakle, prema GZČ ne traži se, kao u ZUOŠ, da je prilikom podnošenja „lažne prijave“ / lažnog odštetnog zahteva postojao i da se dokaže da je postojao onaj subjektivan odnos podnosioca prijave i podnete prijave: da osiguravač isplati štetu koja je isključena iz osiguranja ili veću od one koju bi trebalo da plati.

¹⁰ Izuzetak u pogledu težine sankcija za podneti lažni odštetni zahtev, češki zakonodavac je učinio u obaveznim osiguranjima. „U slučaju obaveznog osiguranja, osiguravač može da odbije ispunjenje svoje obaveze samo ako je oštećeno lice ili neko drugo lice sa znanjem oštećenog lica isključivo svojom krivicom ili grubom nepažnjom dalo nepotpun odgovor na pismeno postavljena pitanja, lažnu ili bitno iskrivljenu informaciju.“ (čl. 2780 GZČ)

ekspezea o rešenjima tog prava. Češki zakonodavac je, kao što smo videli, nedosledan u normiranju obaveze/obaveza koje imaju ugovarač osiguranja, osiguranik ili treće lice koje ima pravo na naknadu osiguranja prema osiguravaču posle nastupanja osiguranog slučaja. Na nekim mestima, kao u članu 2796, st. 1 GZČ, normira ih kao pravnu celinu u okviru jedne/jedinstvene obaveze obaveštavanja osiguravača. To je učinjeno i u čl. 2797, st. 1 GZČ u kome se sve obaveze koje imaju ova lica posle nastupanja osiguranog slučaja tretiraju kao (bitni) elementi prijave (informacija - prim. aut.) osiguravaču. Dok, na primer, u st. 2, čl. 2796 GZČ u kome se normira da prijavu nastanka osiguranog događaja može da izvrši svako lice koje ima zakoniti interes u nadoknadi iz osiguranja, ovu obavezu izdvaja iz konteksta svih ostalih informacija koje su prema st. 1 tog člana dužni da osiguravaču dostave ugovarač, osiguranik ili korisnik osiguranja i tu obavezu tretira kao posebnu, samostalnu obavezu. Ova nedoslednost može u praksi biti povod različitim tumačenjima, naročito u pogledu načina sankcionisanja povrede obaveza. Da li ih treba sankcionisati zavisno od povrede svake od njih ili kada su povređene kumulativno? Sledeći nedostatak češkog zakonodavca u regulisanju obaveze saradnje, odnosno obaveštavanja osiguravača je nepotpunost u regulisanju. To otvara problem popunjavanja pravnih praznina onda kada je ispušteno da se elementi sadržine razmatrane obaveze uredi u ugovoru ili uslovima osiguranja. Na primer, u pogledu određivanja mesta na kome se ima izvršiti obaveza ili tereta dokazivanja da je kršenje obaveze *značajno uticalo* na utvrđivanje nastupanja osiguranog događaja. Zatim, u GZČ nema posebnih odredbi o članovima i odredbama u pojedinim članovima ovog zakonika koji se odnose na ugovor o osiguranju, za koje je unapred propisano da čine apsolutno i relativno prinudne norme ili (samo) apsolutno prinudne iz čega bi se zaključivalo da su ostale odredbe dispozitivne norme i da mogu uvek biti menjane voljom ugovornih strana. Kao što je to slučaj sa određenjima o ovakvoj prirodi pojedinih normi kojima se obaveza obaveštavanja osiguravača posle nastupanja osiguranog slučaja, odnosno obaveza dokazivanja odštetnog zahteva uređuje u par. 32 ZUON, par. 34a ZUOA i čl. 97- 98 ZUOŠ. Zbog toga je, na primer, u odredbi čl. 2800, st. 2 GZČ u kojoj je predviđeno pravo za osiguravača da zbog kršenja obaveze ugovarača osiguranja, osiguranika ili nekog trećeg lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja koja je značajno uticala na utvrđivanje ili određivanje iznosa naknade osiguranja, koja se videli smo primenjuje i na povredu obaveze obaveštavanja posle nastanka osiguranog slučaja iz čl. 2797, st. 1 GZČ, smanji svoju obavezu na isplatu nadoknade osiguranja srazmerno uticaju kršenja te obaveze na visinu njegove obaveza na nadoknadu osiguranja, nejasno da li je ona relativno prinudna ili dispozitivna norma, te da li umesto ovog prava ako je ova odredba dispozitivna, osiguravač u ugovoru ili uslovima osiguranja može da predvidi da se zbog kršenja te obaveze može koristiti nekim drugim pravom značajno težih posledica po ugovarača, osiguranika ili trećeg lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja od pomenutog. Pravom na otkaz ugovora ili pravom da uskratiti isplatu

osigurane nadoknade. Ili, i pravom na raskid ugovora. I korišćenje ovim pravima veže za odgovarajući oblik ili stepen krivice ispoljen prilikom kršenja obaveze od strane ugovarača, osiguranika ili trećeg lica koje ima pravo na osiguranu nadoknadu.¹¹ Svi ovi nedostaci uključuju intervenciju sudova u tumačenju nejasnoća u normama GZČ kojima se reguliše obaveza obaveštavanja i popunjavanju pravnih praznina, u kojim procesima iznalaženja smisla nejasnih i nedostajućih normi u GZČ sudovi mogu zauzimati različite stavove. Dakle, češki zakonodavac umesto da na jednostavan i razumljiv način reguliše sva pitanja povodom podnošenja prijave osiguravaču posle nastupanja osiguranog slučaja, nedostacima u njihovom regulisanju dovodi u pitanje izvesnost i pravnu sigurnost u odnosima strana u ugovoru o osiguranju u ovoj za ugovarača, osiguranika i treće lice koje ima pravo na naknadu osiguranja naročito značajnoj fazi njegovog života. To nam daje za pravo, smatramo, da možemo da konstatujemo da se češki zakonodavac u pogledu regulisanja obaveze dostavljanja osiguravaču informacija i isprava za utvrđivanje nastupanja osiguranog događaja i visine osiguravačeve obaveze na plaćanje naknade, iako se ugledao na nemačkog i austrijskog zakonodavca, zadržalo na pokušaju da u svemu prati savremena rešenja

¹¹ Treba, međutim, primetiti da u GZČ postoji jedna generalna odredba, dakle koja se odnosi na sve oblasti regulisanja u ovom zakoniku iz koje bi se mogao izvući zaključak da ovaj zakonik oblasti koje su predmet njegovog normiranja reguliše apsolutno prinudnim i dispozitivnim norma. I da je postojanje relativno prinudnih normi nepoznato tom zakoniku (normi koje se mogu menjati, ali ne na štetu osiguranika - prim. aut.). Znači, i u regulisanju ugovora o osiguranju. To je izraženo u čl. 1, st. 2 GZČ na sledeći način: „Ako izričito nije zabranjeno zakonom (zakonikom i drugim zakonima - prim. aut.), strane mogu da ugovaraju prava i obaveze isključenjem zakonskih pravila, ali su zabranjene ugovorne odredbe suprotne dobrim običajima, javnom poretku ili zakonu u vezi sa statusom lica, uključujući i pravo na zaštitu ličnih prava.“ Ipak, ova odredba nije dovoljno precizna da bi se transponovala u celini na ugovor o osiguranju i odredbe o obavezi osiguranika koju smo razmotrili u svakom slučaju smatrala dispozitivnim, koristeći se ličnom ocenom onog koji ih primenjuje o njihovoj, pre svega, jezičkoj stilizaciji. Pouzdaniji je metod zaključivanja koji se izvodi iz prirodni normi kojima je ova obaveza uređena u zakonima zemalja koje smo ispitali pre GZČ i po čijem uzoru je češki zakonodavac formulisao ove odredbe. A to je, kao što smo videli, ZUON i ZUOA u kojima je prihvaćen mešoviti metod regulisanja (dispozitivne norme koje prevladavaju, izvestan veći broj relativno prinudnih i manji broj apsolutno prinudnih normi). Primenom ovog uporedno-pravnog metoda normi kojima se reguliše ugovor o osiguranju, na primer, moglo bi se ustvrditi da su odredbe čl. 2800 GZČ, st. 2 o posledicama kršenja obaveza (ugovornih i zakonskih za čiju povredu nisu propisane posebne sankcije) relativno prinudne, kao što su to odredbe kojima se posledice povrede ovih obaveza normiraju u par. 28, st. 1-4 ZUON, u par. 6, st. 1-3 i 5 ZUOA i čl 39, st. 2, tač. 2, druga rečenica i čl. 45 ZUOŠ. Mogućnost da češki sud ove i druge odredbe koje se odnose na ugovor o osiguranju oceni da su takve da se mogu ugovorom izmeniti ali ne na štetu ugovarača, osiguranika ili treće lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja ima uostalom uporište u citiranom čl. 1, st. 2, pozivom na primenu dobrih običaja. Kada se radi o metodi normi kojima se regulišu odredbe u ČGZ kojima se uređuje ugovor o osiguranju, jedna od njih izvesno sadrži pravilo dispozitivne prirode: da je pismena forma obaveštenja između ugovornih strana obavezna samo ako je ugovorena (čl. 2773, st. 2). Dakle, i u češkom pravu, kao i nemačkom, austrijskom ili švajcarskom pravu, za obavezu obaveštavanja osiguranika o okolnostima od značaja za utvrđivanje osiguranog slučaja i obima naknade može biti ugovorena pismena forma. Takođe, i za obaveštavanje o pravu kojim se osiguravač koristi zbog povreda obaveza ugovarača, osiguranika i trećeg lica koje ima pravo na nadoknadu osiguranja.

koja su prihvaćena u zakonima tih država i švajcarskom zakonu o ugovoru o osiguranju u pogledu lažnog odštetnog zahteva. Da će se češki zakonodavac ugledati na rešenja iz ova tri zakona o ugovorima o osiguranju bilo je za očekivati, s obzirom da češko pravo po srodnosti sa ovim pravima pripada istom (srednjoevropskom) sistemu građanskog prava.

Bugarsko pravo. U bugarskom Zakoniku o osiguranju (u daljem tekstu: ZOB)¹², u delu u kome se reguliše ugovor o osiguranju, čl. 183-248 (66 članova), postoji samo jedna odredba koja se neposredno odnosi na temu koja je predmet našeg ispitivanja u ovom radu. Obuhvaćena je u čl. 207 koji nosi naslov „Prevenција i ograničavanje štete“, u st. 3. Smeštena je, kao i sledeća o kojoj će biti reči i koju možemo nazvati kao u Principima obavezom saradnje osiguranika sa osiguravačem posle nastanka osiguranog slučaja. U toj odredbi je propisano da osiguranik posle nastupanja osiguranog slučaja (i nakon izvršene obaveze prijavljivanja osiguravaču osiguranog slučaja, koja je normirana u čl. 206 - prim. aut.), mora da osiguravaču dozvoli inspekciju oštećene imovine (pristup oštećenoj stvari, prema Principima). I to bi bila njegova prva zakonom ustanovljena dužnost u okviru obaveze koju razmatramo kojoj, kao i češki ili austrijski zakonodavac ni bugarski zakonodavac nije dao odgovarajući naziv. Druga dužnost osiguranika je da na zahtev osiguravača ovom dostavi isprave koje su *direktno* povezane sa utvrđivanjem nastanka osiguranog događaja i visinom štete. To je inače dužnost koju za osiguranika ustanovljavaju svi ranije ispitani izvori prava kao jedan od elemenata sadržine obaveze saradnje, obaveze na davanje obaveštenja ili obaveze dokazivanja odštetnog zahteva, već u zavisnosti kako se ona imenuje u pojedinim izvorima prava. Dužnost osiguranika koju ne pominje bugarski zakonodavac, a koju poznaju svi ispitani izvori prava, odnosi se na dostavljanje osiguravaču informacija koje su neophodne/potrebne/sve informacije za koje zna da se mogu upotrebiti za utvrđivanje nastanka osiguranog događaja i visine štete. Da bi osiguranik imao ovu dužnost ova pravna praznina, kao i sve ostale u vezi sa u ZOB nereguliranim elementima sadržine obaveze osiguranika koju ispitujemo, može se popuniti odgovarajućom odredbom u opštim uslovima osiguranja kao jednom od dopuštenih, propisanih klauzula u ZOB koje se mogu predvideti u ovim uslovima. Odredba koja dozvoljava mogućnost ugovaranja dužnosti za osiguranika da osiguravaču dostavi navedene informacije je sadržana u st. 7, čl. 186 ZOB koji nosi naslov „Opšti uslovi“. U njoj je određeno koji uslovi za osiguranika i obaveze za osiguranika ne mogu biti ustanovljeni u uslovima osiguranja. U red tih nedopuštenih uslova i obaveza / klauzula ne ulazi dužnost dostavljanja osiguravaču informacija i propisivanje uslova koje moraju ispunjavati informacije koje osiguravač može da zahteva od osiguranika radi utvrđivanja da je osigurani događaj nastupio i visine štete prouzrokovane ovim događajem.

¹² Кодекс за застраховането, Обн. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г. (bugarski Zakonik o osiguranju). Stanje zaključno sa izmenama i dopunama od 28 februara 2013.

Sledeća (druga) odredba ZOB se odnosi na sve obaveze ustanovljene za osiguranika zakonom ili ugovorom o osiguranju. Ona se stoga indirektno odnosi i na obavezu dostavljanja informacija i isprava za utvrđivanje nastanka osiguranog događaja i visine štete. U njoj su regulisani uslovi i obaveze u kojima osiguravač može da odbije da osiguraniku plati nadoknadu osiguranja zbog njihovog neispunjenja. Reč je o odredbi st. 1, tač. 2, čl. 211 ZOB koji ima naslov „Odbijanje plaćanja nadoknade osiguranja“. Prema toj odredbi, osiguravač može da odbije da osiguraniku plati naknadu osiguranja „jedino“ ako nije ispunio obavezu „koja je bitna iz ugla interesa osiguravača“.¹³ Da je obaveza dostavljanja rečenih informacija i isprava bitna u zadovoljenju interesa osiguravača to je nesumnjivo, jer je ona uslov da bi on mogao da ispuni korelativnu ovoj obavezi osiguranika svoju obavezu da plati nadoknadu osiguranja. Da li je, međutim, opravdano ili nije da osiguraniku osiguravač uvek kad ne ispuni obavezu dostavljanja informacija i isprava odbije da isplati nadoknadu osiguranja, nezavisno od oblika i stepena krivice ispoljene prilikom neispunjenja obaveze i da li je opravdano da zbog neispunjenja grubom nepažnjom naknada ne bude smanjena u meri koja odgovara težini krivice osiguranika, ili da li je opravdano da osiguravač odbije da plati naknadu osiguranja i onda kada neispunjenje obaveze dostavljanja informacija i isprava nije uticalo na utvrđivanje postojanja obaveze plaćanja naknade osiguravača ili njenog obima, kao što je to predviđeno, na primer, u Principima i ZUOŠ, prepušteno je proceni bugarskih sudova. Neizvesnost koja iz te procene proizilazi za bugarske osiguranike i osiguravače ravna je pojavi za njih svih onih drugih neizvesnosti koje proističu iz u ZOB nepotpunog (zakonskog) regulisanja obaveze osiguranika da dostavi osiguravaču informacije i isprave iz kojih on može da utvrditi nastanak osiguranog događaja ili visinu svoje obaveze na plaćanje naknade koje smo već detaljno obrazložili prilikom razmatranja fragmentarnog regulisanja ove obaveze u francuskom pravu. Zato se može reći da bugarsko pravo zaostaje na području regulisanja navedene obaveze za savremenim regulisanjem u nemačkom, austrijskom i švajcarskom pravu, kao i češkom pravu ili u Principima. Ali i da je iza francuskog prava koje takođe fragmentarno uređuje ovu obavezu, s obzirom da ono ima veći broj rešenja od opšteg značaja koja se mogu primeniti na sve obaveze koje ima osiguranik prema osiguravaču.

Rumunsko pravo. Pravo Rumunije se ovaj autor odlučio da sistematizujemo posle ispitivanja bugarskog ugovornog prava osiguranja ne zbog toga što ono na sličan način uređuje obavezu osiguranika da osiguravaču dostavi informacije i isprave na osnovu kojih može da utvrdi da je prijavljeni osigurani slučaj nastupio ili da utvrditi obim obaveze na plaćanje naknade osiguraniku, koju on kao i obavezu

¹³ U ovom članu, st. 2 u tač. 1 i tač. 3, propisano je još da osiguravač može da odbije da plati naknadu osiguranja u slučaju namernog prouzrokovanja osiguranog događaja od strane osiguranika ili korisnika osiguranja i u (drugim) slučajevima propisanim zakonom.

prijave osiguranog slučaja, uopšte ne reguliše. Već zbog toga što Rumunija, kao i Bugarska, ulazi u grupu evropskih država članica EU koja ima nerazvijenu privredu osiguranja, a time po logici stvari i očekivanja od takve države i nerazvijeno ugovorno pravo osiguranja.

Ugovor o osiguranju Rumunija normira u 43 člana u novom Građanskom zakoniku iz 2009. godine.¹⁴ Od čl. 2199 - čl. 2241. To je jedan od najkraćih zakona u kojima se reguliše ugovor o kopnenom osiguranju u državama članicama EU, posle Zakona o ugovoru o osiguranju Grčke koji ovaj ugovor normira u 33 člana, odnosno 34 ako se računa i član u kome se određuje rok njegovog stupanja na snagu.¹⁵ Po prirodi stvari u ovako kratkom tekstu nije se moglo očekivati da obaveza osiguranika da prijavi osigurani slučaj osiguravaču i obaveza saradnje sa osiguravačem posle nastanka osiguranog slučaja budu regulisane, čak ni na nepotpun način kao u Bugarskoj. Već sam broj zakonskih članova kojima se u GZR reguliše ugovor o osiguranju u odnosu na ZUON koji ima 216 paragrafa ili ZUOA koji ima 192 paragrafa, 114 članova ZUOŠ ili 115 članova GZČ upućuje na zaključak da rumunski zakonodavac ne prati tendencije u savremenom regulisanju ugovora o osiguranju u većini ranije razmatranih evropskih prava država članica EU koje imaju razvijeno ugovorno pravo osiguranja. I da stoga ostavlja veliku slobodu za uređivanje obaveza i drugih pravnih odnosa iz ovog ugovora ugovornim stranama (čitaj: osiguravaču) i uzrokuje neizvesnost u dopuštenosti načinu na koji su oni regulisani u ugovoru i uslovima osiguranja koja je prisutna u svim pravnim sistemima u kojima obaveze i drugi pravni odnosi ugovornih strana nisu regulisani ili su nepotpuno regulisani. Zbog kontrole te slobode od strane sudova i sudskog korigovanja rešenja postignutih tom slobodom kojima se ona ograničava. O tome smo dovoljno pisali prilikom ispitivanja nepotpunih rešenja koja o obavezi osiguranika koja je predmet ovog rada ima ZOF. I nema potrebe da rečeno ponavljamo.

2. KAKO REGULISATI OBAVEZU SARADNJE U BUDUĆEM GRAĐANSKOM ZAKONIKU SRBIJE?

Naš zakonodavac ne uvažava notornu činjenicu da kao što osiguravač ne mora da zna, i najčešće ni ne zna, da se dogodio osigurani slučaj i da je nastupila njegova obaveza na isplatu naknade osiguranja, da on ne mora da može nakon nastupanja osiguranog slučaja da sam ili preko svog zastupnika da obezbedi informacije i dokaze, ali ni da ima pristup drugim neophodnim činjenicama da utvrdi da

¹⁴ Lege privind Codul civil, *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Anul 177 (XXI) – Nr. 511/24.VII.2009. (rumunski Građanski zakonik). Stanje zaključno sa 3. aprilom 2015.

¹⁵ Više o osobinama i nekim rešenjima ovog zakona videti kod: Slavnić, Jovan, Pogled na regulisanje ugovora o osiguranju u Zakonu o ugovoru o osiguranju Grčke, *Revija za pravo osiguranja*, br. 4/2007, str. 37-43.

je nastupio osigurani slučaj ili obim svoje obaveze na plaćanje naknade. Već da mu je u tome potrebna pomoć osiguranika kao saradnika radi istraživanja navedenih okolnosti i da zato ova saradnja treba da bude uređena zakonom kao njegova pravna obaveza i sankcionisana za slučaj povrede odgovarajućim sankcijama jer u protivnom on neće moći da sprovede istraživanja vezana za nastupanje osiguranog slučaja i obima obaveze na plaćanje naknade i da uopšte ili u zakonom propisanom roku izvrši svoju obavezu da isplati naknadu. Pa da iz ovog razloga ta obaveza osiguranika, kao i obaveza da prijavi osiguravaču nastanak osiguranog slučaja, treba da bude, ako ne potpuno, onda delimično regulisana zakonom u pogledu elemenata koji čine njenu sadržinu, u koju dolazi i propisivanje prava osiguravača i uslova pod kojima se ona mogu koristiti u slučaju njenog kršenja. Kao što je to, videli smo, uređeno više ili manje detaljno u savremenim evropskim pravnim sistemima (u Principima, ZUON, ZOUA, ZUOŠ, GZČ, ZOF i ZOB).

Prvu činjenicu je naš zakonodavac ipak uvažio i propisao je obavezu za osiguranika da obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja u čl. 917 ZOO, koji je u neizmenjenom tekstu preuzet u Nacrtu GZ Srbije, čl. 1432. Drugu notornu činjenicu je ignorisao, tako da obaveza saradnje nije normirana. Za ovakav odnos našeg zakonodavca prema toj obaveznoj možda je bilo opravdanja u vreme kada je pre 54 godine otpočeo rad na donošenju ZOO i kada je naša privreda osiguranja (zavodi za osiguranje) sprovodila poslove osiguranja prema jedinstvenim uslovima osiguranju (i jedinstvenim tarifama premija) koje su metodom administrativnog regulisanja propisivale Jugoslovenska i republičke zajednice osiguranja i kada je postojao veliki broj obaveznih osiguranja društvene imovine.^{16 17} Tada su, između ostalog, bile slabe vezi sa međunarodnim okruženjem u poslovima osiguranja i na tržištu su poslovali isključivo domaći osiguravači koji su poslovali sredstvima u društvenoj svojini. Danas kada najveći udeo na tržištu osiguranja Srbije imaju društva za osiguranju osnovana stranim kapitalom koja su deo inostranih holding društva kao društva ćerke koji pripadaju pravnim sistemima država sa razvijenim ugovornim pravom osiguranja i u svoje poslovanje unose rešenja svog ugovornog prava osiguranja koja zakonom regulišu u ovom radu razmatranu obavezu osiguranika, izvesno je da za takav odnos u regulisanju ove obaveze u Srbiji više nema opravdanja. I kada je usvojen i u praksi osiguranja je prihvaćen i počeo je da se primenjuje na evropskom prostoru jedan izvor međunarodnog ugovornog prava osiguranja (Principi) koji takođe normira ovu obavezu.

¹⁶ Ovaj sistem osiguranja i organizacije poslovanja osiguravajućih organizacija bio je ustanovljen Zakonom o osiguravajućim zavodima i zajednicama osiguranja iz 1961. god. („Službeni list SFRJ”, br. 27/61).

¹⁷ Više o istorijatu donošenja ZOO i greškama u radu Komisije za izradu Građanskog zakonika Vlade RS zbog kojih brojna više-manje opšteprihvaćena savremena rešenja iz reformisanih evropskih pravnih izvora o ugovoru o osiguranju nisu našla na odgovarajući način mesto u Nacrtu GZ već su zadržana i preneti iz ZOO, videti u: Slavnić, Jovan, „Udruženje za pravo osiguranja Srbije je rodna kuća predloga rešenja kojima se reformiše ugovor o osiguranju u (pred)nacrtima Građanskog zakonika Republike Srbije”, *Evropska revija za pravo osiguranja*, br. 3/2016, str. 67-72.

Ipak, naš ZOO ima jednu odredbu u čl. 918 koja može da se primeni na ugovorom ili uslovima osiguranja ustanovljenu obavezu za osiguranika da saraduje sa osiguravačem u utvrđivanju nastupanja osiguranog slučaja i obima njegove obaveze na plaćanje naknade. ZOO u ovoj odredbi, koja je takođe sa neizmenjenom sadržinom preuzeta u čl. 1433 Nacrta GZ, zabranjuje ugovaranje klauzule o gubitku prava iz osiguranja za osiguranika za slučaj neispunjenja neke za njega propisane ili ugovorene obaveze posle nastupanja osiguranog slučaja, proglašavajući takvu klauzulu u ugovoru ništavom.^{18 19}

Naši osiguravači u svojim uslovima osiguranja ustanovljavaju i bliže regulišu za osiguranika obavezu saradnje sa osiguravačem u utvrđivanju nastanaka osiguranog slučaja i obima osiguravačeve obaveze na plaćanje naknade. Neki je tako i nazivaju, a neki za naziv određenih dužnosti koje ima osiguranik u okviru razmatrane obaveze koriste sinonim asistencija. Navešćemo nekoliko primera načina na koji se ova obaveza reguliše u uslovima osiguranja koja se danas primenjuju. U Posebnim uslovima za osiguranje imovine i odgovornosti fizičkih lica od 28. oktobra 2009. Wiener Städtische osiguranja obaveza se označava terminom „Obaveza saradnje na razjašnjenju štete“ (tač 16, pod c). Obuhvata „obaveze“ osiguranika da osiguravaču poveri istraživanje uzroka i obima štete i obima njegove odgovornosti da plati naknadu iz osiguranja, saraduje sa osiguravačem u istraživanju štete i da osiguravaču stavi na raspolaganje za to odgovarajuću dokumentaciju, da u slučaju štete na objektima dostavi overeni izvod iz katastra i da ne menja stanje prouzrokovano štetom bez saglasnosti osiguravača sve dokle god se vrši ispitivanje štete. U odredbi

¹⁸ Treba primetiti da ova odredba, kao i odredba čl. 1432 Nacrta GZ, vuče poreklo iz sadržinski istovetnih odredaba koje je uneo u projekat za izradu Zakona o obligacijama i ugovorima, nazvan Skicom za Zakon o obligacijama i ugovorima, prof. M. Konstantinović, tvorac ovog projekta. U Skici su odredbe čl. 917 ZOO, odnosno 1432 Nacrta GZ bile obuhvaćene u st. 1 i 2, čl. 895, a odredbe čl. 918 ZOO, odnosno čl. 1433 Nacrta GZ u st. 4 tog člana. Dok je u st. 3, čl. 895 Skice normirano podnošenje osiguravaču lažnog odštetnog zahteva koji nije preuzet i normiran u ZOO i Nacrtu GZ. Podnošenje lažnog odštetnog zahteva sankcionisano je gubitkom prava na naknadu osiguranja. Skica je sa izvesnim brojem izmena i dopuna objavljena od strane Skupštine SFRJ, pod AC br. 388/1 kao Nacrt Zakona o obligacijama i ugovorima, septembra 1976. da bi kasnije i ovaj Nacrt menjan i dopunjavan u odnosu na Skicu bio usvojen i objavljen 25. maja 1978. kao ZOO („Službeni list SFRJ“, br. 29/78). Skica je prvi put objavljena 1969. u izdanju Pravnog fakulteta u Beogradu, u knjizi tog podnaslova i naslova: „Obligacije i ugovori“.

¹⁹ Prema nekim autorima zabrana iz čl. 918 ZOO ugovaranja klauzule o gubitku prava zbog povrede ugovorenih osiguranikovih obaveza posle nastanka osiguranog slučaja je opravdana zbog njenih teških posledica po osiguranika. Treba imati u vidu da je ovo stanovište zauzeto bez osvrta na rešenja koja su u vremena njegovog publikovanja postojala u evropskom kontinentalnom pravu i na moguće uslove u kojima bi ugovaranje gubitka prava ipak bilo opravdano, kao što su već pominjani oblik i stepen krivice osiguranika za povredu ugovorene obaveze i moguće teške posledice koje mogu da nastanu za osiguravača povredom ugovorne obaveze ako je ona uticala na utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača na plaćanje naknade ili njen obim (Šulejić, Predrag, Komentar čl. 918 ZOO „Ništavnost odredaba o gubitku prava“, u knjizi *Komentar Zakona o obligacionim odnosima*, knjiga II, Perović, Slobodan, Beograd, 1995, str. 1995-1496).

pod d) iste tačke „Nepoštovanje obaveza“, koja se odnosi i na ostale obaveze koje su u ovim uslovima osiguranja predviđene za osiguranika posle nastanka osiguranog slučaja, a to su obaveza da umanju štetu (tač. 16, pod a) i obaveza da prijavi štetu (tač. 16, pod b), ovaj osiguravač ustanovljava za sebe pravo da u slučaju da osiguranik namerno ili grubim nehatom (što je očigledno greška u tekstu jer je u njemu umesto reči gruba nepažnja upotrebljen termin grubi nehat - prim. aut.) ne ispuni ili na drugi način prekrši ove obaveze i kada se to smatra štetnim po osiguravača, da ima pravo na opravdano umanjenje naknade iz osiguranja koja bi se inače isplatila, ili na potpuno oslobađanje od obaveze da osiguraniku isplati naknadu, u zavisnosti od svih okolnosti slučaja. Ma koliko da su u ovoj odredbi posebnih uslova osiguranja ovog osiguravača koji je privredno društvo ćerka austrijskog holdinga istog imena o nepoštovanju obaveza nevešto ili bolje rečeno aproksimativno prenete odredbe o sankcijama zbog povrede razmatrane i drugih pomenutih obaveza osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja koje on ima posle nastupanja osiguranog slučaja propisane u par. 6, st. 3-5 ZUOA, dve stvari su jasne. Da ovaj osiguravač ne smatra prihvatljivim da ne može u svojim uslovima osiguranja po kojima posluje u Srbiji da zbog povreda ugovornih (zakonskih i ugovorenih) obaveza koje ima osiguranik posle nastupanja osiguranog slučaja da ugovori sa osiguranikom gubitak prava za slučaj kršenja tih obaveza. I drugo, da su predviđene sankcije u uslovima osiguranja ovog osiguravača zbog povrede tih obaveza u suprotnosti sa čl. 917 koji predviđa jedino pravo osiguravača na naknadu štete i čl. 918 ZOO, odnosno čl. 1432 i 1433 Nacrta GZ. Gubitak prava na naknadu osiguranja je eksplicitnije izražen u Opštim uslovima za osiguranje od odgovornosti iz obavljanja lekarske, stomatološke, farmaceutske i biohemijske delatnosti od 13. maja 2014. osiguravača Uniqa osiguranje. Takođe, firme ćerke međunarodnog holdinga sa sedištem u Austriji. U njima se, pored ostalih, predviđa niz obaveza koje ima ugovarač osiguranja i osiguranik kada posle nastanka osiguranog slučaja treće oštećeno lice protiv ugovarača, odnosno osiguranika istakne zahtev ili pokrene spor za naknadu štete iz odgovornosti za profesionalnu grešku. Sve one se označavaju dužnostima pružanja neophodne asistencije i pomoći osiguravaču kod utvrđivanja, rešavanja ili otklanjanja zahteva trećeg lica za naknadu štete (tač. 10.3). I gde je, kada je treće oštećeno lice ugovaraču ili osiguraniku podnelo vansudski zahtev za naknadu štete, predviđeno da osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja ukoliko ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik bez prethodne saglasnosti osiguravača u celosti ili delimično prizna zahtev ili bez odobrenja zaključi sa trećim licem ugovor o poravnanju (tač. 10.3.5). Gubitak prava je previđen i za slučaj da se osiguranik protiv koga je treće lice pokrenulo spor za naknadu štete bez prethodne saglasnosti izjasni o (tužbenom - prim. aut.) zahtevu za naknadu štete, prizna potpuno ili delimično zahtev, o zahtevu se nagodi kao i izvrši isplatu trećem prema istaknutom zahtevu (tač. 11.2). U Opštim uslovima za osiguranje imovine Generali osiguranja od 1. novembra 2010, za osiguranika se posle

nastupanja osiguranog slučaja ustanovljavaju obaveze da odmah ili kad to prilike dozvoljavaju podnese osiguravaču popis uništenih, odnosno oštećenih stvari, uz približnu naznaku njihove vrednosti i da do dolaska predstavnika osiguravača na mesto osiguranog slučaja ne promeni stanje uništenih, odnosno oštećenih stvari, a ugovarač osiguranja da predstavniku osiguravača i bez njegovog zahteva pruži sve podatke i dokaze za utvrđivanja uzroka, obima i visine štete, a na njegov zahtev pribavi i druge dokaze, ako je to potrebno i opravdano. A ako osiguranik i ugovarač ne izvrše ove obaveze i na taj način onemoguće osiguravača da utvrdi osnov, odnosno visinu štete, predviđeno je da će osiguravač odbiti osiguranika od prava na naknadu ili će umanjiti iznos naknade štete (čl. 18). I Uniqa i Generali osiguranje, kao što vidimo, nisu dosledno preneli u svoje uslove osiguranja rešenja o posledicama povrede obaveze „na davanje obaveštenja“ posle nastanka osiguranog slučaja iz par. 28, st. 2-4 ZUON ili par. 6, st. 3-4 ZUOA. Ali su zato, kao i osiguravač Wiener Städtische, dosledni u opredeljenju da ne prihvate zabranu ugovaranja klauzule o gubitku prava iz osiguranja kada osiguranik povredi neku ugovorenu obavezu posle nastanka osiguranog slučaja kako je to regulisano u čl. 918 ZOO. I da tako rizikuju da zbog ništavosti ove klauzule u njihovim uslovima osiguranja domaći sudovi odbiju da je primene na njihove sporne odnose sa osiguranicima. Na ovom mestu na kome razmatramo rešenja koja poznaju uslovi osiguranja domaćih osiguravača pomenućemo još da svi oni određuju da osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja snosi troškove pribavljanja i dostavljanja informacija i dokaza i u ispunjenju drugih dužnosti saradnje sa osiguravačem.

Na kraju ovog opsežno sprovedenog ispitivanja obaveze osiguranika da saraduje sa osiguravačem u utvrđivanju osiguranog slučaja i obima obaveze osiguravača na plaćanje naknade osiguranja u Principima i većem broju, pre svih u reformisanim najrazvijenijim evropskim kontinentalnim pravima, od kojih većina ulazi u red najrazvijenijih, ovaj autor je još postojaniji u uverenju da i u našem pravu obavezu saradnje treba ustanoviti kao zakonsku obavezu osiguranika i da bi njenim regulisanjem po uzoru na način kako je ona uređena u Principima i u državama koje pripadaju sistemu srednjoevropskog prava kome pripada i pravo Srbije, dovelo do uspostavljanja ravnoteže i transparentnosti sankcija zbog njene povrede u zaštiti interesa osiguravača sa interesima osiguranika. U smislu rečenog u nastavku je učinjen naš predlog teksta preformulisanoog čl. 1433 Nacrta GZ u kome je: 1) u st. 1 predviđeno da obaveza saradnje nastaje na zahtev osiguravača i ustanovljen je određeni nelimitirani broj dužnosti za osiguranika u toj saradnji, a za neke od njih i uslovi pod kojima njihovo ispunjenje osiguravač može da zahteva; zatim, propisan je rok u kome se dužnosti moraju ispuniti i trenutak od koga rok za ispunjenje počinje da teče, kao i obaveza osiguravača da upozori osiguranika na posledice kašnjenja ili drugu povredu prilikom ispunjenja dužnosti u kojoj je obuhvaćeno i podnošenje lažnog odštetnog zahteva; 2) u st. 2 propisana su prava osiguravača kada osiguranik

povredi dužnosti koje čine sadržinu obaveze saradnje, uslovljena nivoom krivice osiguranika za povredu i karakterom mogućih posledica povrede; 3) u st. 3 proširuje se obaveza saradnje i na treća lica kojima pripada pravo na ugovorenu naknadu osiguranja; 4) u st. 4 predviđeno je da se za prijavu informacija može ugovoriti pismena ili tekstualna forma i takođe ugovoriti rok za ispunjenje dužnosti kojima se saradnja oživotvoruje i određeno je mesto u kome se smatra da je dužnost prijave informacija izvršena i 5) u st. 5 propisano da se sankcije iz st. 2 primenjuju i na povredu drugih ugovorom o osiguranju predviđenih ili zakonom ustanovljenih obaveza za osiguranika posle nastanka osiguranog slučaja; ovom odredbom uklopljen je u naš predlog odredbi deo postojećeg teksta čl. 1433 Nacrta GZ usklađen sa predloženim novim st. 1-4 u cilju da se regulišu na opšti način posledice povrede ugovornih i zakonskih obaveza osiguranika posle nastanka osiguranog slučaja za koje u ZOO i Nacrtu GZ nisu propisane posebne sankcije.

Obaveza saradnje posle nastanka osiguranog slučaja

Član 1433

Nakon nastupanja osiguranog slučaja osiguravač može zahtevati od osiguranika da saraduje sa osiguravačem u utvrđivanju osiguranog slučaja i obima obaveze osiguravača na plaćanje ugovorene naknade, ispunjavanjem u primerenom roku razumnih zahteva osiguravača, a posebno onih u vezi sa ispunjenjem dužnosti na dostavljanje svih informacija za koje zna o uzrocima i posledicama osiguranog slučaja, dostavljanje određenih dokaza o tome pod uslovom da je to opravdano u konkretnom slučaju i da ih je moguće dobiti bez velikog troška i pristupom oštećenoj stvari. Primereni ili ugovoreni rok počinje da teče od dana kada je osiguravač identifikovao imaoca prava na naknadu osiguranja, a ako je imalac identifikovan u obaveštenju osiguranika o nastupanju osiguranog slučaja onda od dana kada je osiguravač odaslao svoj zahtev osiguraniku, uz obavezu da ga podseti na posledice kašnjenja ili drugu povredu u ispunjenju dužnosti.

U slučaju povrede dužnosti iz st. 1 ovog člana koja je učinjena sa namerom da se utiče na utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača na plaćanja naknade ili njenog obima ili nemarno i sa znanjem da će se time verovatno uticati na utvrđivanje postojanja obaveze plaćanja naknade ili njenog obima, osiguravač nema obavezu da isplati naknadu osiguranja. U suprotnom slučaju nadoknada osiguranja se umanjuje u obimu u kojem osiguravač dokaže da je povredom pretrpeo štetu. Teret dokazivanja obične nepažnje snosi osiguranik.

Ako pravo na ugovorenu naknadu pripada trećem licu, on je dužan da svoje dužnosti ispuni u skladu sa st. 1 i 2 ovog člana.

Za dužnost dostavljanja informacija može biti ugovorena pismena ili tekstualna forma, a ako je ugovorom predviđen rok za ispunjenje dužnosti dostavljanja

informacija i dokaza, rok mora da bude razuman i ni u jednom slučaju kraći od pet dana. Smatra se da je dostavljanje izvršeno po njihovom slanju.

Ako posle nastupanja osiguranog slučaja osiguranik ili treće lice kome pripada pravo na naknadu ne izvrši neku drugu ugovorenu, ili zakonom pripisanu obavezu za čiju povredu zakonom nije propisana posebna sankcija, shodno se primenjuju odredbe prethodnih stavova.

Literatura

- Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag – Versicherungsvertragsgesetz – VersVG, StF: BGBl. Nr. 2/1959 – Dostupno na: <http://ris.bka.gv.at/Bundesrecht/> (Zakon o ugovoru o osiguranju Austrije od 2. decembra 1958. godine). Izmene i dopune: BGBl. Nr. 90/1993 idF BGBl. Nr. 437/1993 (DFB) (NR: GP XVIII RV 641 AB 721 S. 101. BR: AB 4466 S. 564.) [CELEX-Nr.: 390L0619, 388L0357, 387L0344] BGBl. Nr. 917/1993 (K über ldat) BGBl. Nr. 509/1994 (NR: GP XVIII RV 1553 AB 1722 S. 169. BR: 4812 AB 4825 S. 588.) BGBl. Nr. 652/1994 (NR: GP XVIII RV 1682 AB 1810 S. 172. BR: AB 4848 S. 589.) [CELEX-Nr.: 391L0674, 392L0049, 392L0096] BGBl. Nr. 447/1996 (NR: GP XX RV 109 AB 260 S. 36. BR: AB 5245 S. 616.) [CELEX-Nr.: 395L0026] BGBl. I Nr. 6/1997 (NR: GP XX RV 311 AB 449 S. 53. BR: 5379 AB 5357 S. 620.) [CELEX-Nr.: 387L0102, 390L0088, 393L0013, 390L0619, 392L0096] BGBl. I Nr. 140/1997 (NR: GP XX RV 898 AB 1002 S. 104. BR: AB 5602 S. 634.) BGBl. I Nr. 150/1999 (NR: GP XX AB 2029 S. 179. BR: 5998 AB 6035 S. 657.) BGBl. I Nr. 48/2001 (NR: GP XXI RV 422 AB 522 S. 62. BR: AB 6348 S. 676.) [CELEX-Nr.: 399L0044] BGBl. I Nr. 98/2001 (NR: GP XXI RV 621 AB 704 S. 75. BR: 6398 AB 6424 S. 679.) BGBl. I Nr. 33/2003 (NR: GP XXII RV 27 AB 68 S. 12. BR: AB 6786 S. 696.) [CELEX-Nr.: 32002L0013, 32002L0083] BGBl. I Nr. 62/2004 (NR: GP XXII RV 467 AB 490 S. 62. BR: AB 7047 S. 710.) [CELEX-Nr.: 32002L0065] BGBl. I Nr. 131/2004 (NR: GP XXII RV 616 AB 629 S. 78. BR: AB 7143 S. 714.) [CELEX-Nr.: 32002L0092, 31996L0061, 31996L0082] BGBl. I Nr. 95/2006 (NR: GP XXII RV 1428 AB 1521 S. 153. BR: AB 7570 S. 735.) [CELEX-Nr.: 32004L0113] BGBl. I Nr. 29/2010 (NR: GP XXIV RV 612 AB 651 S. 60. BR: 8302 AB 8304 S. 784.) BGBl. I Nr. 58/2010 (NR: GP XXIV RV 771 AB 840 S. 74. BR: 8354 AB 8380 S. 787.) BGBl. I Nr. 34/2012 (NR: GP XXIV RV 1632 AB 1696 S. 150. BR: AB 8706 S. 807.) BGBl. I Nr. 12/2013 (NR: GP XXIV RV 2005 AB 2037 S. 184. BR: AB 8850 S. 816.) BGBl. I Nr. 34/2015 (NR: GP XXV RV 354 AB 436 S. 55. BR: 9274) [CELEX-Nr.: 32009L0138, 32014L0051] BGBl. I Nr. 126/2015 (VfGH)
- Code des assurances 1930, version consolidée au 17 mai 2015. (dostupno na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20160312>) (francuski Zakonik o osiguranju).

- Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts („Direktiva Saveta 93/13/EEC od 5. aprila 1993. godine o nepravilnim ugovornim odredbama potrošačkih ugovora“), *Official Journal of the European Communities*, L 95, 21. 4. 1993, 29–34.
- Đorđević, Slavko, „Principi Evropskog ugovornog prava osiguranja – budući opcionalni instrument prava EU?“, *Revija za pravo osiguranja*, 2/2011, 19–28.
- Đorđević, Slavko, Samardžić Darko, *Nemačko ugovorno pravo osiguranja sa prevodom zakona (VVG)*, 2014, Beograd, 2014.
- Ilkić, Zoran, *Prevare u osiguranju od auto-odgovornosti*, u knjizi: *Reforme i novi izazovi u pravu osiguranja*, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2016, str. 214-226.
- 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 Февруари 2013г, ДВ. бр. 103 от 23 Декември 2005г. (bugarski Zakonik o osiguranju).
- Konstantinović, Mihajlo, *Obligacije i ugovori - Skica za Zakon o obligacijama i ugovorima*, Beograd, 1969.
- Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, *Etat le 1er janvier 2011*, FF 1904, 267 (švajcarski Zakon o ugovoru o osiguranju od 2. aprila 1908, reformisan stupio na snagu 1. januara 2011).
- Lege privind Codul civil, *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Anul 177 (XXI) – Nr. 511/24.VII.2009 (rumunski Građanski zakonik).
- Lando, O. and Beale, H. (eds) *Principles of European Contract Law: Parts I and II, Combined and Revised. Prepared by the European Commission on Contract Law (2000)*; O. Lando et al (eds), *Principles of European Contract Law: Part III (2003)* - dostupno na: http://frontpage.cbs.dk/law/commission_on_european_contract_law.
- Langheid, Theo und Muller-Frank, Cristoph, *Richtsprachungsübersicht zum Versicherungsvertragsrecht im ersten Halbjahr 2015*, *Versicherungsvertragsrecht*, NJW 32/2015, 2311.

- Marlow, Sven, § 13 in *Versicherungsrechts-Handbuch* – Hg: Beckmann, R. Michael, Matusche-Beckmann, Annemarie, Munchen, 2008: Verlag C. H. Beck.
- Opšti uslovi za osiguranje od odgovornosti iz obavljanja lekarske, stomatološke, farmaceutske i biohemijske delatnosti od 13.5.2014, Uniqa osiguranje Srbija.
- Opšti uslovi za osiguranje imovine od 1.11.2010, Generali osiguranje Srbija.
- Posebni uslovi za osiguranje imovine i odgovornosti fizičkih lica od 28.9.2009, Wiener Städtische osiguranje Srbija.
- Presuda Vrhovnog suda Austrije, Ob. 27/07 - *Versicherungsrundschau*, 1-2/2010, str. 48-49.
- "Restatement of European Insurance Contract Law", Principles of European Insurance Contract Law (PEICL), Status: 1 November 2015 (dostupno na: <https://www.uibk.ac.at/zivilrecht/forschung/evip/restatement/sprachfassungen/peicl-en.pdf>). (Principi Evropskog ugovornog prava osiguranja).
- Rixecker, Roland, "Quotelung bei Obliegenheitsverletzung: Alles, Nichts oder die Hälfte", *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 1/2009, 3–12.
- Rokas, Joanis, "Principi Evropskog ugovornog prava osiguranja kao napredan i uravnoteženi sistem zaštite ugovarača osiguranja", *Evropska revija za pravo osiguranja*, 1/2013, 32–36.
- Slavnić, Jovan, "Obaveza osiguranika da osiguravaču prijavi nastupanje osiguranog slučaja - pogled na savremena rešenja", *Pravni život*, 11/2016, str. 174-190.
- Slavnić, Jovan, "Udruženje za pravo osiguranja Srbije je rodna kuća predloga rešenja kojima se reformiše ugovor o osiguranju u (pred)nacrtima Građanskog zakonika Republike Srbije", *Evropska revija za pravo osiguranja*, 3/2016, str. 67-72.
- Slavnić, Jovan, "Uticao i značaj krivice osiguranika na posledice povrede obaveza koje ima u svim vrstama osiguranja – Pogled na savremena rešenja u nekim evropskim državama i u Srbiji", Zbornik radova: *Reforme i novi izazovi u pravu osiguranja*, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2016, 7-50.
- Slavnić, Jovan, "Zaključivanje ugovora o osiguranju prema Nacrtu Opšteg referentnog okvira za Evropsko ugovorno pravo osiguranja", Zbornik radova: *Integracija prava osiguranja Srbije u evropski sistem osiguranja*, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2009, 323-350.
- Slavnić, Jovan, "Nova područja i pravila tumačenja ugovora u korist jedne strane kod ugovora o osiguranju", Zbornik radova: *Moderno pravo osiguranja: tekuća pitanja i trendovi*, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2014, 229-253.

- Šulejić, Predrag, Komentar čl. 917 ZOO „Obaveza obaveštavanja o nastupanju osiguranog slučaja“, u knjizi: *Komentar Zakona o obligacionim odnosima*, knjiga II, redaktor Perović, Slobodan, Beograd, 1994-1495.
- Šulejić, Predrag, Komentar čl. 18 ZOO „Ništavost odredaba o gubitku prava“, u knjizi *Komentar Zakona o obligacionim odnosima*, knjiga II, redaktor Perović, Slobodan, Beograd, 1995, 1495-1496.
- *Versicherungsvertragsgesetz* vom 23. November 2007, BGBl. I S. 2631, das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 21 des Gesetzes vom 17. Juli 2015, BGBl. I S. 1245, geändert worden ist (nemački Zakon o ugovorima o osiguranju od 23. novembra 2007).
- Vlada Republike Srbije, Komisija za izradu Građanskog zakonika (2015): *Građanski zakonik Republike Srbije – Radni tekst*, 29. 5. 2015, Beograd.
- Zákon ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, zákon č. 89/2012, *Sbírky zákonů ČR*, No. 89/2012 Coll. (Građanski zakonik Češke, na snazi od 1. 1. 2014.). Ugovor o osiguranju je regulisan u čl. 2758-2872.
- Zakon o obligacionim odnosima, *Službeni list SFRJ*, br. 29/78, 39/85, 45/89 – odluka USJ i 57/89, *Službeni list SRJ*, br. 31/93 i *Službeni list SCG*, br. 1/2003 – Ustavna povelja.
- Zakon o osiguravajućim zavodima i zajednicama osiguranja, *Službeni list SFRJ*, br. 27/61.

UDK: 368.023.3+368.023.1:347.4:321.152:659.23:122

Prof Jovan Lj. Slavnić, PhD¹

OBLIGATION OF THE INSURED TO COOPERATE WITH THE INSURER IN ESTABLISHING THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT IN MODERN LAW OF EUROPEAN COUNTRIES

(PART II)

REVIEW ARTICLE

Abstract

Considering the differences in legal sources of continental European countries reformed in the last 16 years regulating non-marine insurance contracts, which before all relate to the manner of creation and core of the insured's obligation to cooperate with the insurer in establishing the occurrence of an insured event and the amount of the insurer's obligation to indemnify, the author of this paper discusses several important issues relevant for the modern regulation of this obligation in the future Civil Code of the Republic of Serbia. Third draft of the said piece of legislation was issued by the Serbian Government Committee for drafting the Civil Code on 29th May 2015. One of the main issues discussed herein pertains to these differences: should this obligation, not regulated as insured's legal contractual obligation under the applicable Law on Contracts and Torts from 1978 i.e. under the Insurance Contract Law of Serbia, be regulated as a legal contractual obligation or a stipulated obligation and to what extent, that is, to what extent should it be regulated by the insurer under the insurance conditions? In addition, should this obligation, which is recognized in all insurance lines, be regulated as a single obligation incorporating insured's obligation

¹ Professor of University of Novi Sad (ret.) and Honorary President of the AIDA Serbia

E-mail: lolesl@eunet.rs

Paper received: 12. 12. 2016.

Paper accepted: 16. 12. 2016.

to notify the insurer of the occurrence of an insured event, or as an independent one, separated from the latter? If it is regulated as an independent one, does it and to what extent does it form a legal entity with the insured's obligation to notify the insurer of the occurrence of an insured event? How to create this obligation in terms of its effect: should it arise at insurer's request or without it, as a legal contractual obligation or a stipulated one incurred by the insured *ex lege*, i.e. based on a stipulation in a contract?

Also, the author discusses the issue as to how many elements this obligation should contain and the extent to which it should be regulated under the law, as well as the details, i.e. elements the said obligation should comprise in terms of the duties of the insured towards the insurer so that it is in line with the modern insurance needs in Serbia. Also, should these duties, which are part of the obligation to cooperate, be limited by law or contract? Which persons in insurance, other than the insured, should be defined as persons under this obligation? How should the insurer sanction the insured who has breached the obligation? Finally, how should the type and severity of fault of the insured who breached the said obligation affect the type of right the insurer has and in what way? The author also discusses the issue of adequate terminology applied to this obligation in our domestic law, for which legal systems of European continental countries analysed in this paper used different expressions or did not name at all.

The analysis of these issues is carried out, on the one hand, in view of the solutions adopted in the reformed laws of European countries that are, from the aspect of non-marine insurance, finances and economy in general, considered one of the most developed European countries with the most progressive non-marine insurance contract law (Germany, Austria, Switzerland and France), and on the other hand, in the reformed laws applicable in peripheral European countries, in order to establish the extent and areas in which they follow the modern legislation in the most developed countries, bearing in mind the non-marine insurance contract law in particular (The Czech Republic, Bulgaria and Romania). The paper also analyses solutions contained in the international document that should serve as a basis for drafting the future directive on the European (non-marine) Insurance Contract Law, adopted on 1st of November 2015, under the title the Principles of the European Insurance Contract Law. As regards this document, even when it was in a form of the Draft in 2007, i.e. 2009, the European academic community generally considered it a progressive and balanced protection system of the insured and the insurer.

Key words: *the insured, the insurer, obligation, cooperation, notification, submission of documentation, breach of obligation, consequences.*

Swiss law. In Swiss Law on Insurance Contract (hereinafter:SLIC)², the obligation of cooperation with the insurer upon the occurrence, as named in the Principles,

² Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, *Etat* le 1er janvier 2011, FF 1904, 267 (Swiss Law on Insurance Contract as of 2 April 1908, became effective on 1 January 2011 in a reformed form).

i.e. the obligation to provide the insurer with the information upon the insured event as named in the German Law and as could be named as such in the Austrian Law, is named the obligation to prove the claim. It is regulated under Article 39 as independent of the insured's obligation to notify the insurer of the occurrence, which is regulated under Article 38 I and in the Principles, and together with the obligation to notify of the insured event it does not make a legal whole, considering the differences between these two obligations regarding the manner of occurrence, insurer's rights in case of violation and other elements. Its subject is the insured, and when a representative acts on behalf of the insured, then he is the subject. It is expressly stated in the provision of Art. 40 of the SLIC which sanctions one specific kind of violation of the obligation to prove claim by submitting a false claim. In difference from previously analysed legal sources where the insured's i.e. the policyholder's representative is not mentioned but is implied that he can act on behalf of the insured / policyholder in performance of this obligation, i.e. the obligation to notify on behalf of the insured / policyholder, bearing in mind the authorisations he is granted under an insurance contract in concluding and performing an insurance contract or based on powers granted to him under the insured's/policyholder's authorisation. Third party entitled to indemnity, in difference from all other previously analysed legal sources, is not obliged to prove claim under the SLIC.

In Swiss legislation, proving a claim is an expression synonymous with proving an insured event. And the terms loss and consequence thereof are synonymous with indemnity and consequence of an insured event. Under the SLIC, the insured's obligation to prove a claim to the insurer upon the occurrence is regulated under two articles. On the level of subjective default, i.e. guilt for default as a manner of violation of this obligation, which is, as we will see, universally accepted in Swiss legislation as a form of obligation for violation by non-performance or late performance of legal and contractual obligations of the policyholder or the insured and for the application of any contracted sanction in case of their breach. It is envisaged in Art. 45 par. 1 of this law. In this Article, par. 3 stipulates that, for the better protection of interests of the policyholder and the insured who are not guilty for non-performance or late performance of contracted obligations i.e. in case of their objective default, the policyholder or the insured can preserve the right under insurance terms and conditions (to indemnity – author's note) if they immediately (upon defaulting – author's note) perform the obligation in question. Otherwise, the insurer may deny indemnity to the insured, as if he was guilty for non-performance or late performance. In the first of the two articles regulating the considered obligation, Art. 39 of SLIC entitled "Proving of claim", prescribes the manner of occurrence and the contents of the obligation to prove claim in the part that relates to the insured's duty to deliver information to the insurer on the facts based on which he can establish circumstances that gave rise to the loss or to estimate the consequences thereof, the (mentioned) goal of delivering these information, the manner of occurrence of this obligation in respect

of the insured's duty to provide the insurer with the evidence for establishing facts that gave rise to the loss or for the estimation of consequences thereof, the manner of occurrence of the insurer's right to refuse / deny indemnity to the insured due to late delivery of information and documentation, and in respect of default the manner of establishing the period within which information and evidence must be delivered to the insurer and the moment from which the period for their delivery starts to run. Also, the insurer's duty to warn the insured of the consequences of default in delivery of information and documentation. Within the meaning of this Article, it is deemed that the insured has fallen into default of proving claim when he failed to perform the obligation to deliver information and/or evidence or has been late in delivery thereof to the insurer.

The second article, Art. 40 entitled "False claim", regulates one special form of violation of proving claim, which is also considered a default and is sanctioned in a way different from the basic form of violation of obligation to prove claim from Art. 39. In its nature, it is an attempt or a completed act of a form of fraud performed by the insured to the detriment of the insurer in order to exercise his right to indemnity based on the occurrence in cases when the insurer's obligation to provide indemnity would be excluded or less than what the insured has presented to the insurer in the delivered facts. A provision of this Article defines acts that are considered fraudulent in performance of obligation to prove claim, that is, are considered acts of submission of false claim, and determines a goal of such premeditated act or drawing on civil-law terminology, the insured's intent in submitting fraudulent or false information based on which the insurer cannot establish real circumstances that gave rise to the loss or the extent of occurred loss and prescribes that the insured is not legally obliged under an insurance contract towards the insurer but not towards a third party when it exercises a right under an insurance contract. A false claim and the sanction prescribed for filing a false claim is, beside others that we will analyse further on in a text, a peculiarity of SLIC unrecognized in the previously analysed legal sources that regulate insurance contract.

The insurer's right to deem that, when filed a false claim, he is not obliged under an insurance contract, is a *sui generis* sanction just like a sanction of insurance right forfeiture, which is just like this one, peculiar to contractual insurance law. It is different from the sanction of the insured's forfeiture because in this sanction the insured is denied of the basic right from an insurance contract – right to indemnity, whereas he still has all the obligations towards the insurer, such as the obligation to pay outstanding and future premiums, obligation to notify the insurer of the increase or decrease of risk, obligation to notify and prove the following insured events and so on.

Just like the insurer retains the obligation towards the insured to pay insurance indemnity for the following insured events. Forfeiture of insurance rights,

therefore, relates to the right from one specific insured event in respect of which the insured does not have the right to insurance indemnity, whilst insurance contract continues to be legally effective. The insurer's right to deem he is not bound by the contract does not mean that the contract is null and void, because it can only be considered null and void due to the reasons that existed in the moment of contract conclusion. Voidness has a retroactive effect and in this case it is considered that the insurer has never agreed to insure the risk. In filing a false claim, the reasons for emergence of the insurer's right to deem he is not bound by the contract occur in the moment of contract violation by the insured upon the occurrence and the insurer's obligation to provide indemnity is activated although it has still not been established. Therefore, they occur subsequently, in the moment of filing a false claim. The insurer's right to deem he is not bound by the contract anymore is a sanction that cannot be equated with a contract termination, since by a contract termination each contracting party has to return what it has received from the other party based on a concluded contract (restitution of giving of contractual parties), which is not the case here. A party that is guilty of termination is obliged to compensate the loss resulting therefrom to the other party. When the insurer is not bound by the contract he retains paid premiums, but is not entitled to the future ones. He is exempt from all further obligations without the right to indemnity against the insurer, because the contract ceased to exist in that, special, way and in one specific case of breach of obligation to prove claim.

In the previously analysed legal sources, submission of false information to the insurer which, were they true, would be relevant for establishing the occurrence of an insured event or the extent of the insurer's liability to pay indemnity, is not considered a special case of the violation of the obligation to cooperate or to notify the insurer upon the occurrence. It is neither separately set forth in an article or para of the law nor a special sanction is prescribed in these legal sources. Therein, submission of a false claim is subsumed under a general concept of the violation of the obligation of cooperation i.e. notification which comprises, as we have seen, failure to notify, late notification, incorrect or false presentation of facts or information relevant for establishing the occurrence of an insured event or the extent of the insurer's liability to pay indemnity, submission of false evidence thereof and the like. It is sanctioned under the insurer's rights that are the same for all these cases or forms of violation of this obligation which these legal sources consider a delay. For example, the obligation is violated by a failed or late submission of information. The separate regulation and sanction of false claims within the concept of delay, which is the case in the Swiss law according to which the insurer has the right to deem the contract no more binding, is justified for this legislator considering the fact that there is a huge number of false claims filed to the insurer and an immense amount of money taken from insurance funds for the settlement or discovery of these claims

in all European countries. It turned out that insurance funds are not sufficiently protected even after incriminating false claims as a separate kind of fraud – fraud in insurance, and that protection of insurers and insurance funds against false claims needs to be reinforced by the measures of civil protection, by classifying false claims as a particularly severe form of breach of insurance contract and penalizing them under a specific sanction within a legal institute of the insured's delay.³

According to Article 40 of SLIC, a claim is deemed false when the insured or his representative conceals or incorrectly presents facts for establishing circumstances that gave rise to a loss or for assessing consequences of a loss that, if they were correctly presented, i.e. were they not concealed or misrepresented, they would make the insurer think his obligation to pay indemnity exists, and that there are no grounds for reduced indemnity.

Concealment or misrepresentation of facts is the first condition to deem a claim false. Second condition is that the insured has concealed or misrepresented facts in a claim with intention to mislead the insurer into making a mistake or omission in establishing the insured event in order to pay indemnity he is not liable to pay or to pay a reduced amount thereof. Therefore, a false claim is any one case that meets the mentioned conditions, regardless of whether it resulted in the consequences due to which it was filed to the insurer: payment of indemnity that should not have been paid or that should have been paid in a reduced amount.

The obligation of the insured to prove the claim, regulated under Article 39 of the SLIC is incurred based on a mixed system, characteristic of the Swiss law. This obligation to deliver information on facts that can be used for establishing circumstances that lead to the loss (the occurrence) or for estimating the loss (establishing the extent of the insurer's liability to indemnify, according to the terminology used in GICA and ALIC) is regulated as a legal obligation assumed by the insured at the request of the insurer. This obligation is prescribed under par. 1, which states that the insured's obligation to provide the insurer with the information on facts for the stated purpose arises at the request of the insurer and it includes "all information on facts...". The second condition regarding the information the insured "must" provide to the insurer is that, according to the insured's knowledge, these information are relevant for establishing the circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof. Therefore, the assessment of quantity (all information on facts) and importance or quality of information on facts (that can be used for establishing circumstances that gave rise to the loss or for establishing the consequences thereof) that the insured must deliver to the insurer upon occurrence, the Swiss Insurance Contract Act leaves to the insured, i.e. to the insured's subjective

³ About the extent of discovered and undiscovered false claims in some European countries, refer to: Ilkić, Zoran, *MTPL Insurance Frauds*, in: *Reforms and new challenges in insurance law*, Association for Insurance Law of Serbia, 2016, p. 216-218.

assessment. This means that if the insured fails to report all facts or all the facts that were familiar to him and which are significant for establishing circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof, by expiry of the period within which he was obliged to inform the insurer, he defaults and becomes liable to the insurer. This is one possible interpretation that is not in the insured's interest and if applied, due to the wrong estimation of the quantity and quality of facts to be delivered to the insurer, the insured can default. It is not in the interest of the insurer either, because he has to prove that the insured was aware of certain facts he did not report, as a result of which the insured is liable for default. Thus, we think that another interpretation that takes into account the protection of interests of both parties is better. This interpretation implies that the insured has to provide the insurer with the information on all the facts familiar to him that can be used for establishing the circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof, in respect of which the insurer posed questions to the insured in the insurance proposal or annex thereto to perform the obligation to prove the claim. We think this is the right way to interpret the insured's obligation to inform the insurer of the facts relevant for establishing the insured event or the extent of insurer's liability to indemnify at the insurer's request in the previously examined legal sources. For example, regarding delivery of information which according to GICA have to include all the information relevant for establishing the insured event or the extent of the insurer's liability to indemnify (Article 31, par. 1, item 1).

In difference from the obligation to provide information for the purpose of proving the claim or estimating the consequences of loss which is incurred by the insured by the force of law, the insured is obliged to provide the insurer with certain documents/evidence, including medical findings according to the SLIC, which can be used for establishing the insured event or estimating the consequences of loss, only if such an obligation is established by mutual agreement of the parties. This means when this obligation of the insured is established either in the insurance contract or the terms and conditions, or within a separately concluded agreement that solely relates to the satisfaction of that obligation. This is why Swiss legislation provides another interpretation of the mixed system, regarding the way in which two duties that are part of the insured's obligation to prove the claim are established. Item 1, par. 2, Article 39 regulates it as well as the agreement of the parties that the insured must provide the insurer with the evidence he can obtain at no great costs. That means that if there are no stipulations in respect of evidence the insured has to deliver to the insurer and that the insured's obligation relates to submission of only those evidence that he can obtain at no great costs, then the insurer has to obtain evidence by himself. Or, the insured as well, within the wider interpretation of the legislator's norm ("the insured has to deliver documents stipulated in the contract, including medical findings, provided that they can be obtained at no great costs"),

if the insurer provides him with the advance for the costs related to obtaining certain evidence and agrees to, upon obtaining and delivering these evidence, if the expenses are bigger than the advance, reimburse all other expenses that he incurred if they exceeded the amount of smaller ones. In other words, to reimburse to the insured all the expenses which are part of bigger expenses.

Swiss legislator does not limit rights available to the insurer in case of a violation of a legally established obligation of the insured to deliver information to the insurer and a violation of contractual obligation to furnish the insurer with certain evidence relevant for determining circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof. In respect of these rights, Swiss legislator prescribes for the parties to agree that the insured, under the threat of losing the right to indemnity, has to furnish the insurer with these information and evidence within the period specified in the agreement of the parties which is long enough for the information and evidence to be gathered (item 2, par. 2, Article 39). In other words, the period stipulated in the agreement has to be long enough to allow the insured to duly perform his obligation of obtaining and delivering information to the insurer, i.e. proofs that can be used for establishing circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof.

Since the above analysed provisions on the insured's obligation to prove the claim are dispositive, it is understood that the agreement of the parties may also envisage other obligations the insured has to meet to enable the insurer to establish the circumstances that gave rise to the loss or for estimating the consequences thereof, apart from legally prescribed obligation of delivery of information and contractual obligation of furnishing the insurer with evidence. For example, to enable the insurer an access to damaged property which is a separate obligation of the insured envisaged under the Principles and/or obligations our insurers prescribe in their insurance terms and conditions which will be discussed hereinafter. Also, having in mind the mentioned dispositive character of norms analysed so far about the obligation of the insured to prove the claim and that Swiss legislator does not limit the rights available for the insurer in case of a violation of duties that are part of the obligation to prove claim, in respect of rights of the insurer in case of default on the part of the insured in delivering stated information and evidence to the insurer, it can be agreed that instead of denying indemnity to the insured, the insurer is entitled to reduce an insurance indemnity by the amount he should have paid if the information or evidence were delivered in timely manner, i.e. to reduce an indemnity by an amount of damage inflicted to the insurer due to non-performance or late performance of obligation. This right is envisaged under Article 39, par. 2 of the SLIC and it involves the cases where the insured violates the obligation to timely report the occurrence to the insurer, right to termination or contract cancellation, but it does not include to consider a contract null and void for the previously stated

reasons. We think that the right to contract cancellation can be agreed since Swiss legislator, in difference from German or Austrian, does not forbid its stipulation. When talking about false claims, based on dispositive norms that regulate them, insurance contract, insurance terms and conditions or special agreement of the parties can define them differently than the law, and if filed to the insurer, instead of the right referred to in Article 40 of the SLIC, different right for the insurer can be stipulated. Dispositivity of these norms is stipulated in Articles 97 and 98 of the SLIC which expressly specify articles and paragraphs of that Law which provisions cannot be altered or cannot be altered to the detriment of the policyholder and the insured.

In order for the insurer to exercise any of the contractual rights against the insured who violates the obligation to prove claim (or some other legal or contractual obligation), first of the two conditions that has to be met is that circumstances indicate that breach of this obligation due to default can be ascribed to the insured. This means that the insured, as we mentioned earlier, is guilty of breaching the obligation to prove claim. It is expressly envisaged in Article 45, par. 1 of the SLIC which provisions according to Article 98 par. 1, which makes no sense to the author of this paper, are considered a relatively-coercive norm and cannot be altered to the detriment of the insured. Second condition is that there is a causality between the violation of obligation to prove claim in timely manner and establishment of the existence of the insured's obligation to pay indemnity or its extent. Thus, if the breach of the obligation to prove claim, i.e. duties that are part of this obligation regarding the term the insured is responsible for did not affect the establishment of the existence of the insured's liability to pay indemnity/loss or its extent, the insurer is obliged to pay indemnity (in full or in a respective amount). It stems from the general rule of the contractual relations that there has to be a causality between the guilt for breaching the obligation by defaulting and the consequence. We have seen that the Principles, GICA and ALIC, in difference from SLIC, expressly prescribe the condition of causality between the insured's guilt for breaching the cooperation obligation upon an occurrence, i.e. the obligation to notify the insurer thereof and the consequences related to establishing the existence of the insurer's obligation or its extent. However, when filing a false claim, the condition of causality according to the SLIC is irrelevant for emergence of the insurer's right to deem he is not bound by the contract. Lack of causality in the stated meaning, when filing a false claim, indicates that the insurer's right to deem that he is not bound by contract is punishment for the insured. In difference from the previously analysed legal sources, the SLIC does not prescribe the burden of proving the insured's guilt for breaching the obligation to prove claim. So this matter is regulated by the previously mentioned general rules of procedural law on the burden of proof. Also, neither the SLIC, the Principles, GICA nor ALIC do not prescribe the burden of proof of a causality between the violation of obligation to prove claim and consequences for establishing the existence of the

obligation to pay indemnity by the insurer/loss or its extent, so the general rules on burden of proof are also applied to proving this fact.

The SLIC does not specify place in which duties that are part of the obligation to prove claim have to be met, nor does it prescribe that insurance contract envisages a written form the insured needs to fill out in order to meet his obligation of information submission. However, it is prescribed in respect of the obligation of occurrence notification, i.e. insured event in Article 38, par. 1 of the SLIC. It neither regulates an issue of bearing the costs of proving claim. It means that these details in the interest of legal safety of the parties should be regulated under the contract or insurance terms and conditions.

Another matter regulated in the SLIC in respect of the elements of the obligation to prove claim, under relatively-coercive norms that, as is known, cannot be changed under the insurance contract or terms and conditions to the detriment of the insured, is that the term for meeting a duty to deliver information and evidence that can be used for establishing circumstances that gave rise to the loss or for establishing the consequences thereof, starts to run from the day when the insurer identified a holder of the right to insured indemnity, instead from the date the insured has been provided with the request to perform these duties as in previously analysed legal sources, in case the parties did not otherwise contract the inception date of this term. Also, that the insurer must remind the insured (prior to or during this term- author's comment) of the consequences of late submission of information and evidence. These provisions are set forth in Article 39, par. 2, item 2, sentence two.

Finally, it should be said that from normative perspective, the obligation analysed herein is regulated in a much more complex manner under the SLIC, before all, through differences from previously analysed legal sources in the manner of establishing certain duties (under the law and contract) which are part of this obligation. Also, that it affects clarity and comprehension, as well as operationalization of this obligation in insurance practice, but that by the application of normative solutions established in the SLIC the same effects can be achieved in insurance practice that can be achieved by applying solutions from the Principles, GICA and ALIC.

French law. In the Insurance Code of France, Book I – Contract (hereinafter: COF)⁴ the insured's obligation to inform the insurer of the loss that can trigger insurance coverage, which in the majority of analysed legal sources is named an obligation to notify the insurer of the occurrence, is fully regulated by dispositive norms in loss insurance lines. Regarding this notification, its due date and period which can be determined under the contract, insurer's right to deny indemnity to the insured due to default in performing notification obligation (loss of right to indem-

⁴ Code des assurances 1930, version consolidée au 17 mai 2015 (Insurance Code of France) (available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/affi chCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20160312>).

nity) and regulating exceptions from the insurer's right to deny indemnity (Article 113-11, par. 1, item 2 of COF). All other elements that are part of this obligation, as well as some of the mentioned elements that are roughly determined in COF, are regulated under insurance contract or terms and conditions, with some limitations envisaged in this Code that also relate to the insured's obligation to cooperate with the insurer in establishing the occurrence or the extent of the insurer's liability and other contractual obligations.⁵ It shows that these two obligations of the insured upon the occurrence are deemed and partly regulated in the French law as separate and independent obligations, instead of one legal whole made of a set of obligations then incurred by the insured.

COF contains just one provision on the obligation of the insured to cooperate with the insurer upon the occurrence. We have named it as in the Principles since it bears no name nor its name can be derived from its contents as in the Austrian Insurance Contract Act, since this and other provisions of this Code do not prescribe the duties it is comprised of, incurred by the insured upon the occurrence, if envisaged under the contract, in order to establish that an insured event occurred or the extent of the insured's obligation to pay indemnity/loss. Article 113-11, par. 1, item 2, of that provision only prescribes that all clauses in the insurance contract and terms and conditions which envisage loss of right of the insured due to the breach of obligation which relate to the notification of loss to the authorities and to *submission of documentation* (to the relevant state authorities and insurer – author's note) are null and void, but bearing in mind that the insurer reserves the right to demand indemnity from the insured of the loss inflicted to him by such violation.

This means that, in order to actualize the cooperation obligation in the French practice, the insurance contract and insurance terms and conditions must prescribe the insured's duties which shall enable the insurer to establish that the risk / insured event occurred or to establish the extent of his obligation to indemnify. The examples are the duty to provide the insurer with the information and the duty to deliver evidence relevant for establishing the occurrence of risk or for establishing the extent of obligation to pay indemnity. It should stipulate the information he is obliged to deliver, all of them or just the ones necessary for the mentioned stipulations, the evidence he can obtain, then to obtain them without at no great costs etc. as regulated in the previously analysed legal sources. Also, an insurance contract should regulate how these duties are incurred, at the insurer's request or without it, the term within which these duties are to be performed, the event that is considered the start date of the term, the place of fulfilment of duties and what is considered

⁵ For more about the insured's obligation to notify the insurer of the occurrence of an insured event in French legislation, please refer to our article in the footnote 5, p. 183-184 (Insured's obligation to notify the insurer of an occurrence – insight into modern solutions).

the violation thereof. In particular, the consequences of the violation of duty of the insured / the rights of the insurer when the insured has violated his duties, except as in loss of insurance rights in case of insured's default in delivering documentation, cases or exceptions when the insurer is not allowed to exercise these rights (lack of causality between the insured's subjective default due to breach of duty and establishing the insured risk or the extent of the insured's obligation to indemnify)⁶, burden of proof and other elements of duties that form the obligation considered herein, which we elaborated when analysing the Principles, the GICA, ALIC and SLIC.

However, there are some other provisions of general importance in the COF, which can be applied to the violation of the insured's duty to provide the insurer with the information upon the occurrence and the duty to provide the insurer with the documentation relevant for establishing the occurrence of the insured risk or the extent of the insurer's obligation to provide the indemnity to the insured due to the occurrence. They establish the limitations in stipulating some of the elements of these duties that make the cooperation obligation after the occurrence. One of them is especially important as it envisages the consequences that can be provided for under insurance terms and conditions due to the breach of contractual duties. It also prescribes the condition that has to be met in order for the clauses of the insurance terms and conditions which stipulate the consequences of the violation of contractual obligations to have full legal effect. It is a concise provision stating: "Insurance terms and conditions shall have full legal effect if they envisage invalidity, forfeiture or exclusions from insurance, but only if set forth in a clear way." (Article 112-4, par. 4). This condition is also contained in yet another provision relating to policy clauses which, when signed off by both contractual parties, make an insurance contract in a written form and give an insurance contract full legal effect: "Contract clause must be clearly printed in a policy". (Article 113-15, par. 1). Beside this, the COF contains two short provisions that are applied in case of consequences that can be envisaged under the contract for the violation of the insured's contractual obligations and the form for validity of proving a right that the insurer can stipulate and exercise in case of a violation of duty. One provision sets forth that the policy must state conditions for breach of contract (Article 113-12, par. 1), and it would be unclear whether the stipulation of this clause is allowed for the breach of duties that form the cooperation obligation upon the occurrence unlike an express stipulation in the GICA (par. 28, item 5) or in ALIC (par. 6, item 5). Another provision sets forth that the cancellation of insurance contract concluded by a physical person outside his professional activity must be proved by the insurer by way of registered letter

⁶ Liability for default of the debtor on account of guilt in French law is not, in difference from German law, expressly proscribed anywhere, but upon interpreting rules on inability to perform contract and indemnity and some other rules from the French law, a position is taken in French doctrine and court practice that guilt is relevant for the debtor's default (Perović, Slobodan, *Obligaciono pravo*, Beograd, 1968, p. 262-274)

(Article 113-12-1). We deem that, according to the French legislation, the invalidity of the contract could not be agreed due to the breach of the insured's duties that form his obligation to cooperate with the insurer upon the occurrence. Because, as we previously mentioned, the reason of invalidity must exist at the time of contract conclusion and it is universally accepted in all European legal systems.

Therefore, according to COF, it is certain that the insurer may envisage sanctions in the contract or insurance terms and conditions for violation of duties by default, and these sanctions may range from payment of indemnity and cancellation, to the forfeiture of the insured's right to insurance indemnity. The exception is the category that relates to the insured's duty to notify the competent authority of the occurrence and the duty to deliver documentation when due to the insured's default in performing these duties insurer's right to deny indemnity to the insured cannot be agreed.

Weakness of French legislator in the regulation of the insured's obligation to cooperate with the insurer upon the occurrence is obvious, since there are very few dispositive norms in the COF that regulate it and the general ones that can be applied to it which are set forth in the chapter on the standardization of the conclusion and proving of the insurance contract. Considering the lack of the majority of these norms, in difference from the previously analysed legal sources that are applied to it as the source of presumed will of contractual parties, the insurer is particularly responsible for the regulation of this obligation in insurance terms and conditions. On the one side, if it is not adequately regulated in insurance terms and conditions, contractual parties are in uncertain legal situation that arises due to the need to stipulate missing norms and the uncertain results whether the missing norm created in the process of filling in legal gaps by analogy with the solutions contained in the norms adequately regulating similar obligation, such as norms governing the insured's obligation to notify the insurer of the occurrence, meets the purpose of the cooperation obligation and the character/nature of the agreed duties against the insurer in meeting that obligation. On the other side, if insurance terms and conditions contain sufficient number of provisions/clauses that fulfil legal gaps in the COF on cooperation obligation, which have not been specially negotiated, due to their violation, and the fact that they are clauses on the insured's duties and insurer's rights, they are exposed to the control of permissibility by courts that will implement them by the application of appropriate general principles that are applied to the conclusion and execution of the contractual obligations (the principle of public order protection, fair practice, legal abuse ban, conscientious and fair business practice etc.) and according to established criteria for assessing validity of standard clauses of general conditions in the contract envisaged in the Civil Code and the special law on standard contracts (general conditions of form contracts). One of the criteria based on the fairness and conscientiousness principle based on which assessment

of effectiveness of these clauses in general terms and conditions can be carried out is envisaged in Directive 93/13/EEC on unfair / unjust clauses in consumer contracts which solutions France incorporated in its legislature.⁷ Uncertainties that arise for the contractual parties in both situations indicate that for their legal safety, certainty that is achieved by full regulation is always better solution that can be offered by legislator. This has been confirmed many times in the legal sources analysed so far.

Czech law. In difference from the legal sources analysed so far, in the Czech Civil Code (hereinafter: CCC)⁸, the obligation to report the insured event and the obligation to cooperate upon the occurrence, or as it is named the obligation to provide information or the obligation to prove claim are made a single obligation. Together with some other obligations, they form a legal whole and a single obligation of the policyholder, insured or the third party entitled to insurance indemnity upon the occurrence. Technically speaking, these obligations, since the purpose of the majority of them is to provide the insurer with the information on certain facts related to the occurrence, whereas one of them is aimed at delivering documentary evidence, are carried out as envisaged in Article 2797, par. 1 of CCC, by submitting a single claim to the insurer. This provision determines the period from the reception of this claim within which the insurer is obliged to start with assessment/establishment of the existence and extent of his liability to pay indemnity. It also illustrates the statement that all these obligations of the policyholder, insured or the third party beneficiary make a legal whole. Therefore, this legal whole which is not properly named by the Czech legislator, if observed as a single obligation, would be best to name the cooperation obligation of the policyholder, insured or the third party that is entitled to insurance indemnity against the insurer upon the occurrence, i.e. the insured event according to terminology used by the Czech legislator for the insured event.

According to Article 2796, par. 1 of CCC, this obligation is composed of: 1) obligation of notifying the insurer of the occurrence of an insured event that includes the duty to truthfully describe the occurrence and the consequences of an insured event to the insurer, 2) obligation to inform the insurer of the third party's rights i.e. obligation to inform the insurer that certain third parties have certain rights to insurance indemnity upon the occurrence, 3) obligation to inform the insurer in case there is multiple insurance and 4) obligation to deliver *necessary* documentation to the insurer. We arrive at the logical conclusion that the obligation to deliver documentation means submission of documentary evidence based on

⁷ Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts ("Council Directive 93/13/EEC from 5 April 1993 on unfair terms in consumer contracts"), *Official Journal of the European Communities*, L 95, 21. 4. 1993, 29–34.

⁸ Zákon ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, zákon č. 89/2012, *Sbírky zákonů ČR*, No. 89/2012 Coll. (Czech Civil Code, effective from 1. 1. 2014). Insurance contract is regulated in Article 2758-2872 (115 Articles).

which he can establish all the facts that make the subject matter of the obligation of notification/information stated under 1)-3). The provision in par. 2 of the same Article extends the number of persons who can (but do not have to!) perform the obligation of (just) notifying the insured event and includes any person who has a legal interest in insurance indemnity. Thus, differently than as envisaged in the Principles: that the notification of an insured event is effective when done by any third party. Since the provision from par. 2, Article 2796 of CCC only regulates the issue of subject of the obligation from par. 1 of that Article in respect of notifying the insurer of the occurrence, it is reasonable to conclude that the Czech legislator is ambivalent about standardizing obligations that are incurred after and as a result of the occurrence. Also, at one point they are considered as a set of obligations i.e. a legal whole, and yet at another point they are considered separately. With such an ambivalent approach to standardizing obligations of the policyholder, insured or the third party entitled to insurance indemnity against the insurer upon the occurrence, Czech legislator puts insurers in a dilemma on how to regulate these obligations in insurance terms and conditions. Should they be regulated as separate obligations or as a single obligation composed of more obligations and consequently, if they are considered separate, in case of violation of insurance terms and conditions, can the insurer prescribe different sanctions? It can be done by means of adequate rights of the insurer depending on the obligation in case, assuming that the norms referred to in Article 2800, par. 2 of CCC regulating the consequences of the breach of obligations (legal and contractual – author’s note) by the policyholder, insured or “any other third person entitled to insurance indemnity” are dispositive ones.

Fulfillment of all those obligations becomes due at the same moment, regardless of whether they are interpreted as a single obligation or as separate ones. That means, as we will see from the provision of Article 2800, par. 2 of CCC, that the breach of any one, several or all of them is sanctioned under the same sanction. They become due upon the occurrence of an insured event and they have to be discharged within the period expressed in a legal standard “without undue delay”. In insurance practice, although there isn’t a more precise definition in the wording of Article 2796, par. 1 of CCC, it means right after the occurrence. Thus, all of them are incurred at the same time, on the day of occurrence and the period for their discharge expressed in the stated legal standard runs thereafter. It is another argument to observe the analysed obligations as a single obligation. In difference from the previously analysed legal sources, e.g. German or Austrian legislator (par. 30, item 1 of the GICA and par. 33, item 1 of the ALIC), the Czech legislator does not connect the due date of these obligations with the moment of becoming aware of the occurrence of an insured event or with the condition that the person who is obliged to report the occurrence of an insured event was aware or should have been aware of the occurrence, as envisaged under the Principles (Article 6:101, par. 1). Certainly,

the effectiveness cannot be calculated from the objective fact of occurrence, instead of the moment of becoming aware of the occurrence as a subjective fact. Because of that, this provision in terms of the solution accepted in comparative law must be more broadly interpreted.

Obligations arise by the force of law, regardless of whether the insurer requested from the insurer, insured or third party entitled to insurance indemnity to perform one, several or all of them. The expiry of the deadline for performance of these obligations results in default and liability for default if the insured or some other subject obliged to discharge them is guilty for missing the deadline, at least in the form of ordinary negligence. It is not explicitly provided for by the CCC provisions regulating the analysed obligations, but it arises from the general rules of the Civil Code on the liability for debtor's default. Some of them, however, can be violated otherwise: by providing application with false or distorted important facts on the consequences of the insured event or by (a false or distorted presentation) of information about it, but only when violated by a qualified form of guilt: intent or gross negligence.

In the previously analysed legal sources, the first obligation of the insured out of those mentioned by the Czech legislator is the obligation to notify the insurer of the occurrence, and it includes duty of the insured to inform the insurer of the incurred loss i.e. of the occurrence and duty to inform the insurer of the existence of insurance coverage and the right to indemnity. Second obligation, analysed herein, as we have seen, consists of the insured's duty to provide the insurer with the information he needs for establishing the insured event or the extent of obligation to provide indemnity and duty to deliver evidence thereof, but only at the insurer's request. In Czech legislation, it arises by the force of law, which means without insurer's request.

The beneficiary is designated as the main subject of the obligations, and it is a person entitled to insurance indemnity. If that person is not at the same time the policyholder or the insured, then the policyholder and the insured shall also incur these obligations. The policyholder shall incur these obligations when he has concluded an insurance contract with the insurer in his name and on his behalf, and the insured shall incur these obligations when an insurance contract has been concluded on behalf of a third party.

The Czech legislator (not as diluted by categories of obligations and rights of Insurers in case of violation of such rights according to the gravity of guilt, as German and Austrian legislation) in par. 28 of the GICA and par. 6 ALIC, has special provisions regulating the consequences of violating the obligations of the policyholder, the Insured or a third party beneficiary. This is also the title that denotes the content of the mentioned provisions, of the Art. 2800 GZC ("Consequences of a breach of obligations"). These (as well as such special provisions under GICA and ALIC) apply both to the legal liabilities of the said persons and to the contracted obligations.

One group of liabilities for the violation of which sanctions are prescribed under the Check Civil Code (CCC) comprises the liabilities maintained or taken over during the negotiations on the contract conclusion or amendments by the policyholder or the insured. They are regulated under the paragraph 1, Art. 2800. The other group comprises all other liabilities, which refer to the third party beneficiary as the subject of liability and a person responsible for inflicting the injury, in addition to the policyholder and contracting party. This group includes the obligation to disclose information to the Insurer and submit documents and information necessary for the Insurer to determine whether the insured event occurred and/or establish the indemnity size/amount. The consequences of the violation and the preconditions for liability for violation are regulated under the Art. 2800, para. 2 GZČ. For violating this obligation, according to the wording of the Czech legislator, the Insurer shall be entitled to reduce their obligation to indemnify in proportion to the impact of the violation on the size/amount of the Insurer's obligation to pay indemnity. This right is more precisely expressed, as we have seen, in the Principles, Art. 6:102, par. 2, in the statement that the Insurer has the right to reduce indemnity to the extent that he can prove to have suffered the damage through the violation of the obligation. The difference from the Principle, as regards prescribing this right for an Insurer, is that in the Art. 2800, paragraph 2 of the CCC the legislator does not state that the violation of the considered obligation presupposes that there is the violation liability. Although, as we have already said, this stems from the general clauses of the CCC, which regulate the liability of debtors for late payment. Unlike the Principles, under the CCC it is not determined who shall bear the burden of proof that the breach of the obligation caused damage to the Insurer, i.e. that the volume of insurance benefits may be reduced to the extent that the Insurer can prove that he suffered damage due to the breach of obligation. Moreover, as opposed to Principles, the Insurer is granted the right to reject to pay out the insurance indemnity in the event of a breach of the obligation deliberately or by gross negligence. Under the CCC, the Insurer shall be entitled to reduce the indemnity only if the violation of the obligation to inform and deliver the evidence *significantly* influenced the establishment of the insured event or the assessment of the amount of indemnity.

It should be emphasized that, unlike the Swiss Law on Insurance Contract (SLIC) (Article 40), in which a much more severe sanction is prescribed for filing a false claim than for the insured's violation of the obligation to duly inform and deliver the documents to the Insurer, which the Insurer can use to determine the insured event/damage or assess the consequences of the damage (as the Insurer's right to consider that he is not bound by the contract), this special form of violation of obligation has not been prescribed under the CCC. Regardless of whether it is a matter of delay as a form of violation of this obligation or a breach of the obligation by filing a false claim, the Czech legislator prescribes the same sanction: the right of

the Insurer to reduce the indemnity. Otherwise, by a false claim, the Czech legislator considers filling a claim in which the relevant facts are distorted deliberately or by gross negligence, as regards the consequences of the claimed insured event or which conceals the information of the event (Article 2797, paragraph 2 of the CCC)⁹. By this gentle sanction for filing false claims - instead of prescribing a more severe one just like in Swiss law, thus providing better protection to the Insurer against unloyal acts of the policyholder, insured and third party beneficiary and acting preventively and/or deterring from filing false claims - the Czech legislator actually encourages the submission of such false claims¹⁰. In the first case, the Insurer, in addition to his right to reduce the indemnity, shall be entitled to demand that he be compensated for the proven expenses incurred in order to establish the truthful facts as to the information submitted to him or concealed from him. This Insurer's right was established by Art. 2797, para. 2 of the CCC. In general terms, the right to the reimbursement of the Insurer's expenses was established, under para. 3 of this Article, for all other cases in which the contractor, insured or a third party beneficiary incurs the costs of the investigation or increases such costs by violating some of their obligations.

In the conclusion of our examination of the Czech law, a few conclusions of a general character can be emphasized. Specific statements were highlighted during the previous exposition on the solutions under the Czech law. The Czech legislator, as we have seen, is inconsistent in the standardization of the obligation/s of the policyholder, the insured or a third party beneficiary upon the insured occurrence. In some places, as in Article 2796, para. 1 CCC, it norms them as a legal whole within a single/unique obligation to notify the Insurer. This is done in the Art. 2797, para. 1

⁹ If we compare this definition of a false claim of the Czech legislator with the one of the Swiss legislator in the Art. 40 in conjunction with Art. 39, para. 1 SLIC, we will notice that they differ in qualification. According to the SLIC, for the claim (by filling which, the insured person fulfills his obligation) to be actually false or qualified as such, it should contain the covert or misrepresented facts that can be used to determine the circumstances of the occurrence or assess its consequences, with the intention to mislead the Insurer into making an error or omission and pay indemnity, which would otherwise be rejected or reduced if the filled claim had shown true facts under the actual circumstances. Under the Czech law, however, for the Insurer to be considered to have been filled a false claim, it is sufficient that the claim filled by the policyholder, the insured or a third party beneficiary (claim referred to in Article 2796, paragraph 1 of the CCG) contains an intentional misrepresentation or by a gross negligence distorted material facts about the consequences of the reported claim or conceals the information about the occurrence. Therefore, according to the CCC, it is not required (unlike under the SLIC) to prove that, when filing a "false claim", there was an actual or alleged subjective relationship between the claimant and the filed claim - the Insurer pays out the damage that is excluded from the insurance coverage or exceeds the indemnity amount granted under the insurance coverage.

¹⁰ An exception to the severity of sanctions for filing a false claim was made by the Czech legislator in compulsory insurance lines. "In the case of compulsory insurance, an Insurer may refuse to fulfill his obligation only if the injured person or a third party, with the knowledge of the injured person, solely by his own guilt or gross negligence provided an incomplete response to the written questions, or false or substantially distorted information." (Article 2780 of the CCC).

of the CCC, in which all the liabilities of these persons upon the insured occurrence are treated as (essential) elements (information - for example, author's note.) of the notification delivered to the Insurer. On the other hand, for example, in para. 2, Art. 2796 of the CCC, which stipulates that the occurrence of an insured event can be notified by any person with a legitimate interest in insurance indemnity, this obligation is set out of the context of all other information that is, according to para. 1 of the relevant Article, required to be delivered to the Insurer by the policyholder, insured or the insurance beneficiary and treated as a separate, independent obligation.

In practice, this inconsistency can lead to various interpretations, especially as regards the manner of sanctioning the breach of obligations. Should the sanctions be determined depending on the level of each and every breach of obligations or when the breach is cumulative? The next drawback of the Czech legislature in regulating the obligation to cooperate, or notify the Insurer, is incomplete regulation. This opens the problem of filling in the legal gaps in the cases when it has been omitted to regulate the wording of the element of liability under the contract or the insurance terms and conditions; for example, as regards the location of fulfilling the obligation or burden of proof that the violation of the obligation significantly affected the occurrence of the insured event. Moreover, there are no specific provisions in the CCC regarding the articles and provisions of particular articles of this Code relating to the insurance contract, predetermined to constitute absolute and relatively compulsory norms (or (only) absolutely compulsory), from which it would be concluded that the remaining provisions are dispositive norms and can always be modified by the will of the contracting parties. The opposite is the case of determining such nature of particular norms regulating the obligation to notify the Insurer upon occurrence of the insured event and/or the obligation to prove the damages: in par. 32 GICA, para. 34a ALICA and Art. 97- 98 SLIC. For this reason, for example, in the provision of Art. 2800, para. 2 of the CCC, which provides that, in the event of violation of the obligation by the policyholder, the insured or a third party beneficiary, which significantly influences the determination or assessment of the amount of insurance indemnity (we have seen that this violation also refers to the breach of the obligation to notify upon occurrence of the insured event referred to in Art. 2797, para. 1 GZČ), the Insurer shall be entitled to reduce its obligation to indemnify in proportion to the impact of the breach of obligation to the amount of his liability to indemnify, it is unclear whether it is a relatively forcible or disproportionate norm, and if instead of this right (provided this provision is dispositive), the Insurer under the contract or the insurance terms and conditions may, due to a breach of obligation, use some other right with substantially more significant consequences for the policyholder, the insured or a third party beneficiary, such as the right to cancel or terminate the contract, or refuse to pay indemnity. The use of these rights is related to the appropriate form or degree of guilt expressed in breach of the obligation by

the policyholder, the insured or a third party beneficiary¹¹. All these defects cause the court to intervene in interpreting the ambiguities in the CCC which regulate the obligation to notify and fill in the legal gaps; in such interventions of finding the meaning of vague and missing GZC norms, the courts can take different attitudes. Therefore, instead of simply and comprehensively regulating all the issues concerning the submission of claims to the Insurer upon the insured occurrence, the Czech legislator, by the omissions in regulation, raises doubts about the certainty and legal safety in the relations of the parties under the insurance contract in this specially significant contract stage for the policyholder, insured and a third party beneficiary.

This gives us the right, we believe, to conclude that the Czech legislator, when it comes to regulating the obligation to deliver the Insurer the information and documents for determining the occurrence of the insured event and the amount of the Insurer's obligation to indemnify, despite the fact that he has observed the German and Austrian legislators, has remained only at the level of the attempt to

¹¹ It should, however, be noted that there is one general provision in the CCC, which is related to all areas of regulation in this Code, from which it would be possible to draw the conclusion that this Code regulates the areas that are subject to its standardization by absolutely compulsory and dispositive norms. Moreover, that the existence of relatively compulsory norms is unknown to the Code (norms that can be changed, but not to the detriment of the Insured – author's note), in regulating insurance contracts as well. This is expressed in Art. 1, para. 2 of the CCC as follows: "Unless explicitly prohibited by law (by law and other laws - author's note), contracting parties may agree on rights and obligations by excluding statutory rules, but prohibited contractual provisions are contrary to good customs, public order or law related to the status of a person, including the entitlement to the protection of personal rights." However, this provision is not sufficiently precise to be entirely included in the insurance contract - the Insurer's obligations that we considered were, in any case, considered dispositive, using a personal estimate of the person applying them and their language stylization, above all. A more reliable method of deriving conclusions is from the nature of the norms by which this obligation is regulated in the laws of the countries that we examined before the CCC and on the model of which the Czech legislator formulated these provisions. These are, as we have seen, the GICA and ALIC, which incorporated the mixed method of regulation (the dispositive norms prevailing, a certain number of relatively compulsory and few absolutely compulsory norms). By applying this comparative-legal method of the norms regulating the insurance contract, for example, it could be argued that the provisions of Art. 2800 CCC, para. 2 on the consequences of the violation of obligations (contractual and legal, for which no specific sanctions are prescribed) are relatively compulsory, such as those provisions regulate the consequences of the violation of these obligations in the par. 28, para. 1-4 GICA, par. 6, para. 1-3 and 5 ALIC and Art. 39, paras. 2, point. 2, second sentence and Art. 45 SLIC. The possibility for the Czech court to consider these and other provisions relating to the insurance contract as such that they can be changed by contract but not at the expense of the policyholder, insured or third party beneficiary, has a valid base in the cited article 1, para. 2, calling for the application of good practice. When it comes to the method of norms governing the provisions in the CCI which regulate the insurance contract, one of them certainly contains a rule of a dispositive nature: that a written form of notification between the parties is obligatory only if agreed (article 2773, paragraph 2). Thus, in Czech law, as in German, Austrian or Swiss law, the obligation to notify the insured of the circumstances of relevance for determining the insured event and the extent of obligation may be agreed in written form, as well as the notification of the rights of the Insurer for the breach of obligations by the policyholder, insured and third party beneficiary.

follow the modern solutions included in the laws of these countries and the Swiss Law on Insurance Contract, as regards the false claim. It could have been expected that the Czech legislator would observe the solutions from these three insurance contracts laws, as the Czech law is related to these laws under the same (Central European) civil law system.

The Bulgarian law. In the Bulgarian Insurance Code (hereinafter: BIC¹²), the part that regulates the insurance contract, Art. 183-248 (66 articles), there is only one provision that directly relates to the topic that is the subject of our examination in this paper. It is covered in Art. 207, entitled "Prevention and Limitation of Damage", para. 3. It is located, like the next one to be discussed and which can be named – like in the Principles – the obligation of cooperation of the Insured with the Insurer upon the insured occurrence. In this provision, it is stipulated that, upon the insured occurrence (and fulfilled obligation to notify the Insurer thereof, regulated under the Article 206 – author's note), the insured shall allow the Insurer to inspect the damaged property (access to the damaged item, according to the Principles). This would be his first legally established duty of the Insured, within the obligation that we are considering, which was not govern the appropriate title neither by the Bulgarian nor by the Czech or Austrian legislators. Another duty of the Insured is to deliver the Insurer, upon the Insurer's request, the documents which directly relate to determining the occurrence of the insured event and the amount of indemnity. This is, otherwise, the duty established for the Insured by all previously investigated sources of rights as one of the elements of the content of the obligation to cooperate, the obligation to notify or the obligation to prove the claim, depending on how it is named in certain sources of law. The duty of the Insured not mentioned under the Bulgarian law but known to all investigated sources of law, refers to providing the Insurer with the information that is necessary / required / all information that he knows can be used to determine the insured occurrence and the extent of the damage. In order for the insured to have this duty, this legal vacuum, as well as all the others related to the BIC-unregulated elements of the content of the Insurer's obligation that we are examining, may be filled in by an appropriate provision in the general terms and conditions of insurance as one of the permitted, prescribed clauses in the BIC that can be envisaged in these conditions. The provision allowing to contract the liability of the Insured to provide the Insurer with the information is contained in para. 7, Art. 186 BIC, entitled "General Conditions". It specifies which conditions for the insured and obligations for the insured cannot be established under the insurance terms and conditions; these unallowed conditions and obligations / clauses do not include the duty to provide information to the Insurer and

¹² Кодекс за застраховането, Обн. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г. (Bulgarian Insurance Code). Condition as amended on 28 February 2013.

prescribe the conditions for the information which the Insurer may require of the Insured in order to determine that the insured event occurred and the amount of damage caused by this event.

The next (second) provision of the BIC refers to all obligations established for the Insured under the law or insurance contract. It therefore indirectly refers to the obligation to provide information and documents to determine the occurrence of the insured event and the extent of damage. It governs the conditions and obligations where the Insurer may refuse to pay indemnity to the insured because of the non-fulfilment. This is the provision of para. 1, item. 2, Art. 211 BIC entitled "Refusal to pay insurance indemnity". According to this provision, the Insurer may refuse to pay the indemnity "only" if the Insured has not fulfilled obligations which is important from the perspective of the interests of the Insurer¹³. "It is beyond doubt that the obligation to submit the said information and documents is essential in meeting the interests of Insurers, because it is a condition that the Insurer, correlative to the fulfilment of this obligation by the Insured, can fulfil his obligation to pay indemnity. However, it is on the Bulgarian courts to assess whether it is justified that the Insured be refused indemnity by the Insurer whenever the Insured fails to fulfil his obligation to provide information and documents, regardless of the form and degree of guilt manifested in such failure and whether it is justified that, due to the failure by gross negligence, the indemnity be not reduced to the extent that corresponds to a degree of guilt of the Insured, or whether it is justified that the Insurer refuses to pay indemnity when the non-fulfilment of the obligation to submit information and documents did not primarily affect the determination of the existence of the obligation to pay indemnity or to its scope, as is provided, for example, under the Principles and SLIC. The uncertainty that arises from this assessment for Bulgarian insured and Insurer equals all those other uncertainties that arise from the BIC's incomplete (legal) regulation of the insured's obligation to deliver to the Insurer information and documents from which he can determine the occurrence of the insured event or the amount of his the obligation to pay indemnity that we have already explained in detail when considering the fragmentary regulation of this obligation under the French law. Therefore, it can be said that, when it comes to modern regulation of this obligation, the Bulgarian law lags behind German, Austrian and Swiss law, as well as Czech law or Principles. But, it also lags behind the French law that fragmentally regulates this obligation, since it has a number of solutions of general importance which can be applied to all the obligations of the insured towards the Insurer.

¹³ In this Article, para 2 Item 1 and Item 3, it is stipulated that the Insurer may refuse to pay indemnity if the insured incident was intentionally caused by the Insured or beneficiary and in (other cases) as prescribed by law.

Romanian law. The author decided to systematize the right of Rumania after the examination of the Bulgarian insurance contract law, not because it regulates, in a similar way, the obligation of the Insured to provide the Insurer with the information and documents on the basis of which the Insurer can determine that the notified incurred event actually occurred or what his scope of obligation to pay indemnity to the Insured is (which obligation, as well as the obligation to notify of the loss event, remains unregulated under the said law), but because Romania, as well as Bulgaria, is to join a group of European member states with underdeveloped insurance industry, and consequentially the expectations from such a state and underdeveloped contractual insurance law.

Romania's insurance contract is standardized in 43 articles in the new 2009 Civil Code¹⁴ from the art. 2199-art. 2241. This is one of the shortest codes regulating non-marine insurance contract in EU member states, after the Law on Insurance Contract of Greece, which standardizes this agreement in 33 articles, or 34 if we include the article stating the deadline for its entry in force¹⁵. By the nature of the matter, it could not be expected to have regulated, in such a short text, the obligation of the Insured to notify the Insurer of the insured event and the duty to cooperate with the Insurer after the insured occurrence, even in an incomplete way as in Bulgaria. Already, the number of legal articles that regulate insurance contract in the Civil Code of Romania (CCR), when compared to GICA, which has 216 paragraphs or ALIC, with 192 paragraphs, 114 articles of SLIC or 115 articles of the CCC, point to the conclusion that the Romanian legislator does not follow the tendency of the modern regulation of the insurance contract in most of the previously discussed European rights of EU Member States that have developed contractual insurance rights. Therefore, it leaves great freedom to regulate the obligations and other legal relationships under such contracts to the contracting parties (read: the Insurer) and causes uncertainty as the permissibility of the manner in which they are regulated in the contract and the insurance terms and conditions that are present in all legal systems in which obligations and other legal matters of the contracting parties are not regulated or incompletely regulated, due to the supervision of this freedom by the courts and the judicial correction of the solutions reached by such freedom, which such supervision confines. We have written about this sufficiently in the examination of incomplete solutions under the French Insurance Code as regards the obligation of the insured who is the subject of this work. And there's no need to repeat what has been said.

¹⁴ Lege privind Codul civil, *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Anul 177 (XXI) – Nr. 511/24.VII.2009. (Romanian Civil Code). Condition as of and ncluding 3 April 2015.

¹⁵ For more on the features and some solutions of this law, see: Slavnić, Jovan, A view on regulation of insurance contract in Insurance Contract Law of Greece, *Journal of Insurance Law*, No. 4/2007, p. 37-43.

2. HOW TO REGULATE THE LIABILITY OF COOPERATION IN THE FUTURE CIVIL LAW OF SERBIA?

Our legislator does not appreciate the notorious fact that, as an Insurer is not necessarily aware (and most often not aware at all) that the insured event occurred and that his obligation to pay indemnity has materialised, he is neither necessarily capable, after the occurrence of the insured event, by himself or through an agent, to provide the information and evidence, or have access to other necessary facts for determining that the insured event occurred or the extent of his obligation to pay indemnity. On the contrary, the Insurer needs the assistance from the Insured, as a collaborate, to investigate the circumstances – therefore, this cooperation should be regulated by law as his legal obligation and appropriately sanctioned in case of violation, otherwise the Insurer will not be able to investigate the occurrence of the insured event and determine the extent of his obligation to indemnify and, in general or within the prescribed time limit, fulfil this obligation. For this reason, this obligation of the insured (as well as the obligation to notify the Insurer of the occurrence of the insured event) should be, if not completely, then partially regulated by law regarding the elements that make up its content, in including stipulating the rights of Insurers and terms and conditions under which they can be exercised if this obligation is breached, as it is, we have seen, arranged more or less in detail in modern European legal systems (in Principles, GICA, ALIC, SLIC, CCC, FIC and BIC).

The first fact was actually considered by our legislator in regulating an obligation for the Insured to notify the Insurer of the occurrence of the insured event in the art. 917 of the Insurance Law, which is incorporated in the unchanged form in the Draft Civic Law of the Republic of Serbia, art. 1432. He, however, ignored the second notorious fact, so that the obligation of cooperation remained unregulated. For this attitude of our legislator according to this obligation, there may have been justification at the time when the adoption of the Insurance Law started, 54 years ago, and when our insurance industry (insurance institutions) carried out insurance activities under the unique insurance terms and conditions (and single premium tariffs), prescribed by the method of administrative regulation by the Yugoslav and Republic Insurance Committees and when there was a large number of compulsory insurance policies covering the socially-owned property^{16 17}. At the time, there were, among

¹⁶ This system of insurance and organization of insurance companies operations as established under the Law on Insurance Institutes and Communities of 1961. (*Official Gazette of SFRJ*, No. 27/61).

¹⁷ More on the history of adopting the Law on Contracts and Torts and mistakes in operation of the Committee for drafting the Civil Code of the Government of the Republic of Slovenia, due to which many more or less generally accepted modern solutions from reformed European legal sources on the insurance contract did not find an appropriate place in the Draft CC, but have been kept and transferred from the Law on Contracts and Torts, see: Slavnić, Jovan, "Association for Insurance Law of Serbia is the

other things, weak links with the international environment in insurance business and only domestic Insurers operated on the market of socially-owned assets. Today, when the largest share in the insurance market of Serbia is held by foreign-owned insurance companies, which are part of foreign holding companies, as subsidiaries belonging to the legal systems of the countries with developed contractual insurance rights, they introduce in their business the solutions of their insurance contract law, statutory regulating the obligation of the insured herein considered, it is clear that there is no justification for such a relationship in regulating this obligation in Serbia today. This is more so due to the fact that another source of the international insurance contract law (Principles) which also regulates this obligation was adopted and accepted in the insurance practice, and began to apply in the European area.

However, our Law on Contracts and Torts has one provision in the art. 918 that can be applied to the obligation of the Insured (established by the contract or terms and conditions) of the insured to cooperate with the Insurer in determining the occurrence of the insured event and the extent of his obligation to indemnify. The law on Contracts and Torts, in this provision, which has been incorporated unchanged into the art. 1433 of the Draft Civil Code, prohibits the contracting of a clause on the loss of insurance rights for the insured in the event of failure to meet any of the legal or contractual obligation of the insured upon occurrence of the insured event, declaring such clause null and void^{18 19}.

home of a proposal for solutions that reform the insurance contract in the (pre) drafts of the Civil Code of the Republic of Serbia, *European Journal of Insurance Law*, No. 3/2016, p. 67-72.

¹⁸ It should be noted that this provision, like the provision of Art. 1432 Draft CC, originates from the substantively identical provisions entered into the project for the drafting of the Law on Contracts and Torts, called the Draft Law on Contracts and Torts, by prof. M. Konstatinović, creator of this project. In the Draft, the provisions of Art. 917 of the Law on Contracts and Torts or 1432 draft CC were included in Art. 1 and 2, Art. 895, and the provisions of Art. 918 of the Law on Contracts and Torts or Art. 1433 Draft CC in para. 4 of the same Article. Paragraph 3, Art. 895 of the Drafts regulates filing a false claim to the Insurer – this has not been included and standardized in the Law on Contracts and Torts and Draft CC. The filing of a false claim is sanctioned by the loss of the right to an insurance indemnity. The draft with a number of amendments was published by the SFRY Assembly, under AC no. 388/1, as the Draft Law on Contracts and Torts in September 1976, and was later amended, so the new Draft was adopted and published on May 25, 1978 as the Law on Contracts and Torts (*Official Gazette of SFRY*, No. 29/78). The draft was first published in 1969, edition of the Law Faculty in Belgrade, in the book of the above subtitle and the title: "Obligations and Contracts".

¹⁹ According to some authors, the ban under Art. 918 LCT on contracting the clause on the loss of rights due to violation of the Insured's contractual obligations upon the occurrence of insured event was justified due to its severe consequences for the Insured. It should be kept in mind that this view is taken without reference to the solutions that, at the time of its publication, existed in the European continental law and to the possible conditions under which the contracting of loss of rights would nevertheless be justified, as already mentioned form and degree of the Insured's guilt for the violation contractual obligation and possible adverse consequences that may arise for an Insurer in breach of a contractual obligation if such a breach influenced the establishment of the existence of the obligation of the Insurer to indemnify or assessment of the scope of indemnity (Šulejić, Predrag, Commentary Article 918 LCT "Invalidity of

Our Insurers, in their insurance terms and conditions, establish and regulate more closely the Insured's obligation to cooperate with the Insurer in determining the occurrence of the insured event and the extent of the Insurer's obligation to indemnify. Some of them name it so, whereas the others use the synonymous term, assistance, to name certain duties that the Insured has within the given obligation. We will mention several examples of how this obligation is regulated under the insurance terms and conditions applied today. Under the Special Terms and Conditions for Insurance of Personal Property and Liability of 28 October 2009, Wiener Stadtishce, this obligation is designated by the term "Obligation to cooperate on claims clarification" (article 16, item C). It encompasses the "obligations" of the Insured to entrust the Insurer with the investigation of the causes and extent of the damage and the extent of his liability to pay insurance indemnity, cooperate with the Insurer in the investigation of the damage, and make available to the Insurer all the relevant documentation, in case of damage to objects, cadastre certified report, and not to alter the situation caused by the damage without the consent of the Insurer as long as the damage is being investigated.

In the provision under d) of the same item "Failure to comply with obligations", which also applies to other obligations that are provided in these insurance terms and conditions for the Insured after the occurrence of the insured event, such as the obligation to reduce the damage (item 16, a) and to notify of the damage (Item 16, b), this Insurer reserves the right, in the event that the Insured intentionally or by gross negligence (an obvious mistake in the text - instead of the term gross negligence, they used the term gross carelessness) fails to fulfil or in some other way violates these obligations and when this is considered harmful to the Insurer, to reasonably reduce the insurance premium that would otherwise be paid off, or to completely exempt himself from the obligation to pay the insured indemnity, depending on the particular circumstances. Notwithstanding that in this provision of the special insurance terms and conditions of this Insurer (which is a subsidiary of the Austrian holding company of the same name) on non-compliance with obligations, provisions on sanctions due to violation of the above-mentioned and other obligations of the insured /policyholder upon occurrence of the insured event under par. 6, para. 3-5 ALIC are only roughly or approximately included, two things are clear: that this Insurer does not consider it acceptable that he cannot, under his conditions of insurance under which he operates in Serbia, because of violation of the contractual (legal and contractual) obligations of the insured upon occurrence of the insured event, contract with the insured the loss of rights in case of violation of these obligations. Secondly, that the sanctions envisaged under the insurance terms and conditions of this Insurer for violation of these obligations are contrary

provisions on loss of rights" in the book *"Commentary on the Law on Contracts and Torts"*, Book II, Perović, Slobodan, Belgrade, 1995, pp. 1995-1496).

to art. 917, which regulates the sole right of the Insurer to indemnity and art. 918 of the La on contrast and torts, or art. 1432 and 1433 of the Draft Civil Code. The loss of the right to indemnity is more explicitly stated in the General Terms and Conditions for Medical, Dental, Pharmaceutical and Biochemical Liability Insurance of May 13, 2014, by Uniqa insurance company (also the daughter company of an international Austria-based holding). These provisions, among other things, envisage a set of obligations for the policyholder and the insured in case that, upon the insured occurrence, the third party claimant submits a claim or initiates a procedure for damages under professional error liability cover against the policyholder or insured. All of them are designated as the duty to provide the necessary assistance and help to the Insurer in determining, resolving or removing a third party's claim for damages (paragraph 10.3) and where, in the cases when the third party claimant submits the policyholder or the insured a claim for out-of court settlement, it is regulated that the Insurer shall not be liable to indemnify if the policyholder and/or Insured have fully or partially acknowledged the claim without the prior consent of the Insurer, or without the Insurer's approval concluded settlement agreement with a third party (item 10.3.5). The loss of rights is also foreseen in the event the insured person, against whom a third party has initiated a procedure for damages, pleads (on the lawsuit) on the claim for damages, admitting it fully or partially, or making any settlements or payments to a third party according to the filled claim (item 11.2).

In the Property Insurance General Terms and Conditions of Generali Insurance Company dated 1 November 2010, the Insured shall, upon occurrence of insured event, immediately or as soon as circumstances allow, submit the Insurer a list of destroyed or damaged items, with an approximate indication of their value, and until the arrival of the Insurer's representative to the place of the insured event not to change the condition of the destroyed or damaged objects, and the policyholder shall provide the representative of the Insurer, without any special requests of the representative, with all the information and evidence for determining the causes, the scope and the amount of damage, and, at his request, obtain other reasonable and justified evidence. If the Insured and the policyholder fail to fulfil these obligations and in this way prevent the Insurer from determining the merits and scope of damage, it is stipulated that the Insurer will deny the Insured right to indemnity or reduce the paid indemnity amount (article 18). Both Uniqa and Generali, as we see, have not consistently included into their insurance terms and conditions the effects of the breach of the obligation to notify the Insurer upon occurrence of the Insured event from par. 28, par. 2-4 GICA or pair. 6, para. 3-4 GICA. But, therefore, like the Wiener Stadtishce, they are consistent not to accept a ban on contracting a clause on the loss of insurance rights in case the Insured violates a contractual obligation upon the occurrence of an insured event as regulated in Art. 918 of the Law on Contracts and Torts. Thus, they risk that the domestic courts will refuse to

apply this clause to their disputed relationships with the insured persons, due to its nullity in their insurance terms and conditions. At this point where we discuss solutions from the terms and conditions of domestic Insurers, we should mention that all of them stipulate that the Insured, that is, the policyholder shall bear the costs of obtaining and delivering information and evidence and of fulfilling all other duties to cooperate with the Insurer.

At the end of this extensive survey of the Insured's obligation to cooperate with the Insurer in determining the insured occurrence and the extent of the Insurer's obligation to indemnify, in Principles and most of all in the reformed developed European continental legal systems (most of which are among the most developed), this author is even more strongly convinced that the obligation of cooperation should be established as a legal obligation of the Insured in our law as well, and that by such a regulation, modelled in the manner in which it is regulated in the Principles and in the countries belonging to the system of Central European law (to which Serbia's law belongs, as well) has led to the establishment of balance and transparency of sanctions for its violation in protecting the interests of Insurers together with the interests of the Insured. In the light of the above, we propose, further below, the text of the rephrased article 1433 of the Draft Civil Code in which: 1) para 1 stipulates that the obligation to cooperate arises at the request of the Insurer and establishes a certain unlimited number of duties for the Insured included in that cooperation, and for some of them also the conditions under which their fulfilment may be required by the Insurer; moreover, it stipulates the term within which duties must be fulfilled and the moment from which the term starts to run, as well as the obligation of the Insurer to warn the Insured of the consequences of a delay or other violation of duty, including the filing of a false claim; 2) para 2 stipulates the rights of the Insurer when the Insured violates the duties comprising the obligation of cooperation, conditioned by the level of the Insured's fault for the violation and the nature of the possible consequences of the violation; 3) para 3 extends the obligation to cooperate to third party beneficiaries; 4) para 4 envisages that a written or textual form may be agreed for the submission of information and also a deadline arranged for the fulfilment of duties for realizing the cooperation and a place where the duty to deliver the information is deemed to have been fulfilled, and 5) para 5 stipulates that the sanctions referred to in paragraph 2 also apply to violation of other contractual or legal liabilities of the Insured upon occurrence of the insured event; this provision incorporates into our proposal a part of the existing wording of art. 1433 of Draft Civil Code in compliance with the proposed new paragraphs 1-4 in order to regulate, in general terms, the consequences of the violation of the contractual and legal obligations of the Insured upon occurrence of the insured event for which no specific sanctions are prescribed under the Law on Contracts and Torts and Draft Civil Code.

Obligation to Cooperate upon Occurrence of Insured Event

Article 1433

Upon occurrence of the insured event, the Insurer may require that the Insured cooperate with him in determining the insured event and the extent of obligations of the Insurer to pay the agreed indemnity, by fulfilling, in due time, the reasonable requirements of the Insurer, in particular those relating to the fulfilment of his duty to provide all the information he knows about the causes and consequences of the insured event and deliver particular evidence if justified in the particular case and obtainable without any major cost and by access to the damaged item. An appropriate or contractual period begins from the date when the Insurer identifies the person entitled to receive indemnity and, in the cases when that person is named in the Insured's notification of the occurrence of the insured event, from the date when the Insurer has sent his request to the Insured, to remind him of the consequences of the delay or another violation in the performance of duties.

In the event of violation of the duty referred to in para 1 of this article with the intention to influence the determination of the existence of the obligation of the Insurer to indemnify and the extent of such obligation or in negligence and knowing that this will probably affect the determination of the existence of the obligation to pay indemnity or the extent thereof, the Insurer shall not be obliged to pay the insurance indemnity. Otherwise, the indemnity shall be reduced to the extent that the Insurer proves that he has sustained damage due to such violation. The burden of proving ordinary negligence is borne by the Insured.

If the right to a contracted indemnity belongs to a third party, he is obliged to fulfil his duties in accordance with par. 1 and 2 of this Article.

The duty to provide information may be contracted in writing or in a text form, and if the contract provides for a deadline for the fulfilment of the duty to provide information and evidence, the time limit must be reasonable and in no case shorter than five days. Delivery is considered to have been made when the documents are sent.

If, upon occurrence of the insured event, the Insured or a third party beneficiary fails to execute a contractual or legal liability for the violation of which the law does not impose a special sanction, the provisions of the preceding paragraphs apply.

Literature

- Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag – Versicherungsvertragsgesetz – VersVG, StF: BGBl. Nr. 2/1959 – Available at: <http://ris.bka.gv.at/Bundesrecht/> (The Austrian Law on Insurance Contracts of 2. Decembre 1958). Amendments: BGBl. Nr. 90/1993 idF BGBl.

Nr. 437/1993 (DFB) (NR: GP XVIII RV 641 AB 721 S. 101. BR: AB 4466 S. 564.) [CELEX-Nr.: 390L0619, 388L0357, 387L0344] BGBl. Nr. 917/1993 (K über ldat) BGBl. Nr. 509/1994 (NR: GP XVIII RV 1553 AB 1722 S. 169. BR: 4812 AB 4825 S. 588.) BGBl. Nr. 652/1994 (NR: GP XVIII RV 1682 AB 1810 S. 172. BR: AB 4848 S. 589.) [CELEX-Nr.: 391L0674, 392L0049, 392L0096] BGBl. Nr. 447/1996 (NR: GP XX RV 109 AB 260 S. 36. BR: AB 5245 S. 616.) [CELEX-Nr.: 395L0026] BGBl. I Nr. 6/1997 (NR: GP XX RV 311 AB 449 S. 53. BR: 5379 AB 5357 S. 620.) [CELEX-Nr.: 387L0102, 390L0088, 393L0013, 390L0619, 392L0096] BGBl. I Nr. 140/1997 (NR: GP XX RV 898 AB 1002 S. 104. BR: AB 5602 S. 634.) BGBl. I Nr. 150/1999 (NR: GP XX AB 2029 S. 179. BR: 5998 AB 6035 S. 657.) BGBl. I Nr. 48/2001 (NR: GP XXI RV 422 AB 522 S. 62. BR: AB 6348 S. 676.) [CELEX-Nr.: 399L0044] BGBl. I Nr. 98/2001 (NR: GP XXI RV 621 AB 704 S. 75. BR: 6398 AB 6424 S. 679.) BGBl. I Nr. 33/2003 (NR: GP XXII RV 27 AB 68 S. 12. BR: AB 6786 S. 696.) [CELEX-Nr.: 32002L0013, 32002L0083] BGBl. I Nr. 62/2004 (NR: GP XXII RV 467 AB 490 S. 62. BR: AB 7047 S. 710.) [CELEX-Nr.: 32002L0065] BGBl. I Nr. 131/2004 (NR: GP XXII RV 616 AB 629 S. 78. BR: AB 7143 S. 714.) [CELEX-Nr.: 32002L0092, 31996L0061, 31996L0082] BGBl. I Nr. 95/2006 (NR: GP XXII RV 1428 AB 1521 S. 153. BR: AB 7570 S. 735.) [CELEX-Nr.: 32004L0113] BGBl. I Nr. 29/2010 (NR: GP XXIV RV 612 AB 651 S. 60. BR: 8302 AB 8304 S. 784.) BGBl. I Nr. 58/2010 (NR: GP XXIV RV 771 AB 840 S. 74. BR: 8354 AB 8380 S. 787.) BGBl. I Nr. 34/2012 (NR: GP XXIV RV 1632 AB 1696 S. 150. BR: AB 8706 S. 807.) BGBl. I Nr. 12/2013 (NR: GP XXIV RV 2005 AB 2037 S. 184. BR: AB 8850 S. 816.) BGBl. I Nr. 34/2015 (NR: GP XXV RV 354 AB 436 S. 55. BR: 9274) [CELEX-Nr.: 32009L0138, 32014L0051] BGBl. I Nr. 126/2015 (VfGH)

- Code des assurances 1930, version consolidée au 17 mai 2015. (Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20160312>) (French Insurance Code) .
- 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.
- Đorđević, Slavko, "Principles of European Insurance Contract Law – future optional instruments of law" *European Journal of Insurance Law*, 2/2011, 19–28.
- Đorđević, Slavko, Samardžić Darko, *German Insurance Contract Act with translation of Law (VVG)*, 2014, Belgrade, 2014.
- Ilkić, Zoran, MTPL Insurance Frauds, in: *Reforms and new challenges in the Insurance law*, Association of Insurance Law of Serbia, 2016, pp. 214-226.
- 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 Февруари 2013г, ДВ. бр. 103 от 23 Декември 2005г. (bugarski Zakonik o osiguranju).

- Konstantinovic, Mihajlo, *Obligations and Contracts - Sketch for the Law on Obligations and Contracts*, Belgrade, 1969
- Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, Etat le 1er janvier 2011, FF 1904, 267 (Swiss La on Insurance Contracts of 2 April 1908, reforms in effect as of 1 January 2011).
- Lege privind Codul civil, *Monitorul Oficial al României*, Partea I, Anul 177 (XXI) – Nr. 511/24.VII.2009 (Romanian Civil Code).
- Lando, O. and Beale, H. (eds) *Principles of European Contract Law: Parts I and II, Combined and Revised. Prepared by the European Commission on Contract Law (2000)*; O. Lando et al (eds), *Principles of European Contract Law: Part III (2003)* – available at: http://frontpage.cbs.dk/law/commission_on_european_contract_law.
- Langheid, Theo und Muller-Frank, Cristoph, Richtspruchungsübersicht zum Versicherungsvertragsrecht im ersten Halbjahr 2015, *Versicherungsvertragsrecht*, NJW 32/2015, 2311.
- Marlow, Sven, § 13 in *Versicherungsrechts-Handbuch* – Hg: Beckmann, R. Michael, Matusche-Beckmann, Annemarie, Munchen, 2008: Verlag C. H. Beck.
- General Terms and Conditions for Medical, dental, pharmaceutical and biochemical liability insurance as of 13.5.2014, Uniqa Insurance Serbia.
- General Terms and Conditions for Property Insurance as of 1.11.2010, Generali Insurance Serbia.
- Special Terms and Conditions for Personal Property and Liability Insurance of September 28, 2009, Wiener Stadtische Serbia.
- Resolutions of the Supreme Court of Austria, Ob. 27/07 - *Versicherungsrundschau*, 1-2 / 2010, p. 48-49.

- “Restatement of European Insurance Contract Law”, Principles of European Insurance Contract Law (PEICL), Status: 1 November 2015 (available at: <https://www.uibk.ac.at/zivilrecht/forschung/evip/restatement/sprachfassungen/peicl-en.pdf>). (Principles of European Insurance Contract Law).
- Rixecker, Roland, “Quotelung bei Obliegenheitsverletzung: Alles, Nichts oder die Hälfte”, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 1/2009, 3–12.
- Rokas, Joanis, “Principles of the European Contract Law of Insurance as an Advanced and Balanced System of Protection of Policyholder”, *European Journal of Insurance Law*, 1/2013, 32-36
- Slavnić, Jovan, Obligation of the Insured to Notify the Insurer of the Occurrence of Insured Event - a Look at Contemporary Solutions, *Legal Life*, 11/2016, p. 174-190
- Slavnić, Jovan, “The Association of Insurance Law of Serbia is Home of Proposal for Solutions that Reform Insurance Contract in (Preliminary) Drafts of Civil Code of Republic of Serbia”, *European Journal of Insurance Law*, 3/2016, p. 67-72.
- Slavnić, Jovan, “Influence and Significance of Insurer’s Guilt on Consequences of Breach of Obligations in All Types of Insurance - A Look at Contemporary Solutions in Some European Countries and Serbia”, Proceedings: *Reforms and New Challenges in Insurance Law*, Association of Insurance Law of Serbia, 2016, 7-50
- Slavnić, Jovan, “Conclusion of Insurance Contract according to the Draft of the General Reference Framework for European Insurance Contract Law”, Proceedings: *Integration of Insurance Contract Law of Serbia into European Insurance System*, Association of Insurance Law of Serbia, 2009, 323-350
- Slavnić, Jovan, “New Areas and Rules for Construction of Contracts in Favor of One Party to the Insurance Contract”, Proceedings: *Modern Insurance Law: Current Issues and Trends*, Association of Insurance Law of Serbia, 2014, 229-253.
- Šulejić, Predrag, Comment on Article 917 of the Law on Contracts and Torts “Obligation to Notify of the Insured Occurrence”, in: *Comment on Law on Contracts and Torts*, Book II, editor Perović, Slobodan, Belgrade, 1994-1495.
- Šulejić, Predrag, Comment on Article 18 of the Law on Contracts and Torts “Invalidity of Provisions on Loss of Rights”, in: *Comment on the Law on Contracts and Torts*, Book II, editor Perović, Slobodan, Belgrade, 1995, 1495-1496
- Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007, BGBl. I S. 2631, das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 21 des Gesetzes vom 17. Juli 2015, BGBl. I S. 1245, geändert worden ist (German Insurance Contract Law of 23. November 2007).

J. Slavnić: Obligation of the Insured to Cooperate with the Insurer in Establishing the Occurrence of an Insured Event in Modern Law of European Countries

- Government of the Republic of Serbia, Commission for Drafting of Civil Code (2015): *Civil Code of the Republic of Serbia - Preliminary Text*, 29. 5. 2015, Belgrade
- Zákon ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, zákon č. 89/2012, *Sbírky zákonů ČR*, No. 89/2012 Coll. (Chech Civil Code in effect as of 1. 1. 2014.). The Insurance Contract is Regulated under the article 2758-2872.
- Law on Obligations, *Official Gazette SFRY*, No. 29/78, 39/85, 45/89 - USJ Decision and 57/89, *Official Gazette of FRY*, No. 31/93 and *Official Gazette of SCG*, No. 1/2003 - Constitutional Charter
- Law on Insurance Institutions and Communities of Insurance, *Official Gazette SFRY*, No. 27/61

Translated from Serbian by: Jasna Popović and Bojana Popović

UDK: 336.67:657.442:368.021.26:368.025+336.44+657.372.12 (497.1)

Dr Milan B. Cerović¹

REZULTATI OSIGURANJA U SRBIJI U 2016. GODINI

PREGLEDNI RAD

Apstrakt

Analiza ostvarenih rezultata delatnosti osiguranja u Republici Srbiji u ovom radu obuhvata strukturu premije, ažurnost u rešavanju šteta i isplati odšteta, ratio brojeve i merodavan tehnički rezultat po vrstama osiguranja, a dobitak odnosno gubitak odvojeno za životna osiguranja, neživotna osiguranja, ukupno za osiguranje i ukupno za reosiguranje.

Cilj rada je da se sagleda dostignuti stepen razvoja osiguranja u 2016. godini u celini što može poslužiti društvima za osiguranje da u određenom obimu izvrše uporednu analizu u odnosu na ukupne ostvarene rezultate osiguranja u zemlji.

Ključne reči: *tržište osiguranja, osiguranje u Srbiji, premija osiguranja, zahtevi za naknadu štete, tehnički i finansijski rezultat.*

1. Uvod

Dostignuti stepen razvoja delatnosti osiguranja u osnovi zavisi od ekonomske snage zemlje, a prvenstveno od industrijskog razvoja i nivoa životnog standarda građana. Postepen oporavak ekonomije u 2016. karakteriše rast bruto domaćeg proizvoda (dalje u tekstu: BDP) od 2,8% prema 0,8% koliko je iznosio u 2015., blago povećanje potrošačkih cena sa 1,5% u 2015. na 1,6% u 2016, pad nezaposlenosti sa 17,7% na 15,3% i blag porast prosečnih zarada sa 368 evra koliko su iznosile u 2015. na 374,1 evro u 2016. godini. Krajem godine kurs dinara prema evru iznosio je

¹ Predsednik Udruženja korisnika osiguranja

I-mejl: ukosbg@gmail.com

Rad je primljen: 4. 9. 2017.

Rad je prihvaćen: 10. 9. 2017.

123,4723 u odnosu na 121,6261 krajem 2015., a prema američkom dolaru 117,1353 u odnosu na 111,2468 u 2015. godini.

Osiguranje kao specifična delatnost podleže posebnom nadzoru i kontroli koju sprovodi Narodna banka Srbije (dalje u tekstu: NBS) u skladu sa zakonom i propisima koje NBS donosi na osnovu zakona. Za ovaj rad korišćeni su podaci koje društva za osiguranje i društva za reosiguranje dostavljaju NBS i Agenciji za privredne registre (dalje u tekstu: APR).

U maju mesecu 2016. godine Narodna banka Srbije dala je saglasnost za dobrovoljnu likvidaciju AS osiguranju, koje je obavljalo poslove neživotnih vrsta osiguranja, a početkom oktobra iste godine razrešila je dva člana uprave u AMS osiguranju.²

Završen je postupak usklađivanja društava za osiguranje, društava za reosiguranje, društava za posredovanje u osiguranju, društava za zastupanje u osiguranju i zastupnika osiguranja, sa odredbama novog Zakona o osiguranju, započet 2015. godine.

Dinarski iznosi koji se navode u ovom radu preračunati su u evre po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan 31. decembra svake godine (2016=123,4723; 2015=121,6261). Procenti iza iznosa prikazanih u evrima označavaju rast, odnosno pad posmatrano u evrima.

2. Učesnici na tržištu osiguranja

Na kraju 2016. na srpskom tržištu osiguranja radilo je 19 akcionarskih društava za osiguranje, tj. jedno društvo manje u odnosu na 2015. i četiri društva za reosiguranje koliko ih je radilo i u 2015. godini. Poslove životnih i neživotnih osiguranja obavljalo je šest društava, pet društava samo osiguranje života, a osam društava samo poslove neživotnih vrsta osiguranja.

Prema vlasničkoj strukturi, u stranom vlasništvu je 17 društava (14 društava za osiguranje i 3 društva za reosiguranje), a u domaćem šest društava (5 društava za osiguranje i 1 društvo za reosiguranje).

Pored društava za osiguranje, u prodajnoj mreži učestvuje 19 banaka i 5 davalaca finansijskog lizinga, koji su dobili dozvolu za zastupanje u osiguranju, 89 pravnih lica (za posredovanje u osiguranju, za zastupanje u osiguranju i za pružanje drugih usluga u osiguranju), 95 zastupnika u osiguranju (fizičkih lica – preduzetnika), 3.984 ovlašćena posrednika (1.002 ovlašćena posrednika – lica koja mogu obavljati poslove posredovanja u osiguranju jer su ispunili obavezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja i 2.982 ovlašćena posrednika – lica koja ne mogu obavljati poslove posredovanja u osiguranju zbog toga što nisu ispunili obavezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja) i 16.166 ovlašćenih zastupnika (10.956 aktivnih ovlašćenih

² Narodna banka Srbije, Rešenje G. br. 7697 od 7.10.2016. godine.

zastupnika koji mogu obavljati poslove zastupanja u osiguranju jer su ispunili obavezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja i 5.210 pasivnih ovlašćenih zastupnika koji ne mogu obavljati poslove zastupanja u osiguranju zbog toga što nisu ispunili obavezu kontinuiranog profesionalnog usavršavanja).³ Zaključivanje ugovora o osiguranju od auto-odgovornosti obavljaju i pravna lica koja u skladu s propisima o bezbednosti saobraćaja na putevima vrše tehnički pregled motornih vozila.

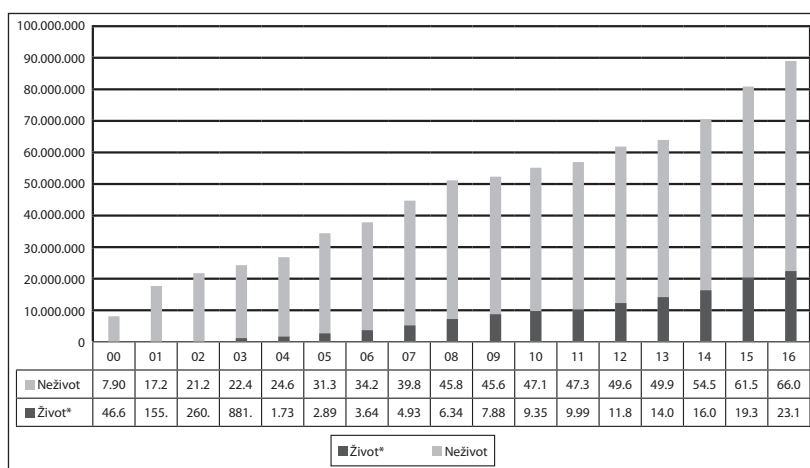
Broj zaposlenih u društvima za osiguranje i društvima za reosiguranje povećan je sa 10.859 u 2015. na 11.045 lica u 2016. godini (10.974 lica na poslovima osiguranja i 71 lice na poslovima reosiguranja).⁴

3. Premija osiguranja

I pored nepovoljnih okolnosti u međunarodnom okruženju, poboljšanje makroekonomskog i poslovnog okruženja, postepen ekonomski oporavak, rast industrijske proizvodnje, započete strukturne reforme i fiskalno prilagođavanje u zemlji pozitivno su uticali na razvoj tržišta osiguranja što se u dužem vremenskom periodu odražavalo i na rast bruto premije osiguranja.

Prema podacima Udruženja osiguravača Srbije (dalje u tekstu: UOS) i Narodne banke Srbije na grafikonu 1 prikazano je kretanje bruto premije osiguranja u poslednjih 17 godina.

Grafikon 1: Bruto premija osiguranja u Srbiji 2000-2016. godine u 000 dinara



Izvor: UOS i NBS (2017c)

³ NBS (2017b), stanje na dan 4.9.2017. godine.

⁴ APR, Prosečan broj zaposlenih prikazan u bilansima stanja na dan 31.12.2016. godine.

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

Razvoj tržišta osiguranja karakteriše višegodišnji trend rasta. Bruto premija osiguranja u 2016. iznosila je 89,1 milijardu dinara (721,9 miliona evra) u odnosu na 8 milijardi dinara (135,7 miliona evra) koliko je iznosila u 2000. godini. U 2016. godini na životna osiguranja odnosi se 23,1 milijarda dinara (187,3 miliona evra), prema 46,6 miliona dinara (796 hiljada evra), a na neživotna osiguranja 66 milijardi dinara (534,6 miliona evra), prema, 7,9 milijardi dinara (134,8 miliona evra) u 2000. godini.

Tabela 1: Bruto premija po vrstama osiguranja 2015. i 2016. godine u 000 dinara

Šifra	Vrsta osiguranja	Bruto premija osiguranja		% učešća		Idex 16/15
		2015	2016	2015	2016	
01	Osiguranje lica od posledica nezgode	4.290.428	4.364.553	5,3	4,9	101,7
02	Dobrovoljno zdravstveno osig.	1.585.351	2.229.411	2,0	2,5	140,6
03	Osiguranje motornih vozila	6.229.061	6.916.653	7,7	7,8	111,0
04	Osiguranje šinskih vozila	131.808	117.571	0,2	0,1	89,2
05	Osiguranje vazduhoplova	104.101	123.877	0,1	0,1	119,0
06	Osiguranje plovnih objekata	89.636	106.941	0,1	0,1	119,3
07	Osiguranje robe u prevozu	661.609	636.357	0,8	0,7	96,2
08	Osig. imov. od požara i dr. opasn.	5.070.839	5.011.862	6,3	5,6	98,8
09	Ostala osiguranja imovine	9.678.115	10.585.926	12,0	11,9	109,4
10	Odgovornost motornih vozila	29.007.381	30.268.398	35,8	34,0	104,3
11	Odgovornost vazduhoplova	103.352	100.327	0,1	0,1	97,1
12	Odgovornost plovnih objekata	26.418	27.983	0,0	0,0	105,9
13	Osiguranje od opšte odgovornosti	1.492.339	1.922.784	1,8	2,2	128,8
14	Osiguranje kredita	445.481	850.216	0,6	1,0	190,9
15	Osiguranje jemstva	69.019	84.626	0,1	0,1	122,6
16	Osiguranje finansijskih gubitaka	804.334	742.473	1,0	0,8	92,3
17	Osig. troškova pravne zaštite	5.852	6.587	0,0	0,0	112,6
18	Osiguranje pomoći na putu	1.766.370	1.913.733	2,2	2,1	108,3
19	Drugo neživotno osiguranje	0	0	0,0	0,0	0,0
I	NEŽIVOTNA OSIGURANJA (1-19)	61.561.494	66.010.278	76,1	74,1	107,2
20	Osiguranje života	17.519.145	21.218.225	21,6	23,8	121,1
21	Rentno osiguranje	622.647	604.216	0,8	0,7	97,0
22.01	Osiguranje nezgode uz os. života	1.075.812	1.131.893	1,3	1,3	105,2
22.02	Zdravstveno osig. uz osig. života	132.716	158.633	0,2	0,2	119,5
22	Dopunsko osig. uz osig. života	1.208.528	1.290.526	1,5	1,4	106,8
23	Dobrovoljno penzijsko osig.	0	0	0,0	0,0	0,0
24	Druge vrste životnog osiguranja	13.974	12.790	0,0	0,0	91,5

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

Šifra	Vrsta osiguranja	Bruto premija osiguranja		% učešća		Idex
		2015	2016	2015	2016	16/15
25	Životna os. vazana za jedinice inv. fondova		1.951	0,0	0,0	0,0
II	ŽIVOTNA OSIGURANJA (20 - 25)	19.364.294	23.127.708	23,9	25,9	119,4
III	UKUPNO (I+II)	80.925.788	89.137.986	100,0	100,0	110,1

Izvor: Narodna banka Srbije (2017c)

Ukupna premija osiguranja u 2016. iznosi 89,1 milijardu dinara (721,9 miliona evra), prema 80,9 milijardi dinara (665,4 miliona evra) u 2015. godini. Veća je za 8,2 milijarde dinara ili 10,1% (66,5 miliona evra ili 8,5%), prema povećanju od 10,4 milijarde dinara ili 14,7% (82,3 miliona evra ili 14,1%) koliko je iznosilo u 2015. godini.⁵ Posmatrano po vrstama osiguranja, i pored manjeg pada, najveće učešće u ukupnoj premiji sa 34%, prema 35,8% u 2015. godini ima osiguranje od auto-odgovornosti. Drugo mesto sa 23,8% prema 21,6% pripada osiguranju života, a treće sa 11,9% prema 12% u 2015. godini ostalim osiguranjima imovine. Na te tri vrste osiguranja zajedno otpada 69,6% ukupne premije osiguranja prema 69,5% koliko je zabeleženo u 2015. godini.

Premija neživotnih osiguranja u 2016. iznosi 66 milijardi dinara (534,6 miliona evra) ili 74,1%, prema 61,5 milijardi dinara (506,2 miliona evra) ili 76,1% od ukupne bruto premije u 2015. godini. Povećana je za 4,4 milijarde dinara ili 7,2% prema povećanju od 7 milijardi dinara ili 12,9% u 2015. godini. Najveći rast u apsolutnom iznosu zabeležen je kod osiguranja od auto-odgovornosti, zatim dolazi auto-kasko i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a najveći pad zabeležilo je osiguranje finansijskih gubitaka, osiguranje imovine od požara i nekih drugih opasnosti i osiguranje robe u transportu.

Premija životnih osiguranja nastavlja višegodišnji trend rasta. U 2016. iznosila je 23,1 milijardu dinara (187,3 miliona evra) ili 25,9% od ukupne premije, prema 19,4 milijarde dinara (159,2 miliona evra) ili 23,9% ukupne premije u 2015. godini. Veća je za 3,8 milijardi dinara ili 19,4% nego 2015. u kojoj je povećanje iznosilo 3,4 milijarde dinara ili 21%. Rast premije zabeležen je kod osiguranja života, dopunskog osiguranja uz osiguranje života i kod životnih osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova, koje se prvi put pojavljuje u 2016. godini od osiguranja rente i ostalih vrsta životnog osiguranja zabeležen je pad premije u odnosu na prethodnu godinu.

Ukupno ostvarena premija osiguranja (zarađena premija) u 2016. iznosi 86.564.911 hiljada dinara (701.087.701 evro), prema 79.021.994 hiljade dinara (649.712.471 evro) koliko je iznosila u 2015. godini. Premija po glavi stanovnika iznosi 102 evra, prema 94 evra u 2015. i 77 evra u 2014. godini. Učešće premije u procenjenom BDP za 2016. godinu povećano je na 2,1% u odnosu na 2% u 2015. i 1,8% koliko je iznosilo u prethodne tri godine.

⁵ Procenti u zagradi označavaju rast premije iskazane u evrima po srednjem kursu NBS krajem svake godine.

4. Raspodela bruto premije osiguranja

Bruto premija osiguranja raspoređuje se na režijski dodatak (u daljem tekstu: RD) i na funkcionalnu premiju koja se deli na sredstva preventive za sprovođenje mera radi sprečavanja i suzbijanja rizika koji ugrožavaju predmete osiguranja i tehničku premiju za pokriće šteta u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju i drugim obavezama u vezi sa štetama.

Režijski dodatak služi za pokriće troškova sprovođenja osiguranja (dalje u tekstu: TSO), ali ta obaveza, izuzev kod osiguranja od auto-odgovornosti, nije detaljnije uređena zakonom tako da se deo TSO preko iznosa režijskog dodatka pokriva na teret tehničke premije i drugih prihoda osiguranja. U 2016. režijski dodatak iznosio je 17,7 milijardi dinara (143,6 miliona evra) ili 19,9% bruto premije, prema 16 milijardi dinara (131,3 miliona evra) ili 19,7% u 2015. godini. Od bruto premije neživotnih osiguranja izdvojeno je 14 milijardi dinara (113,7 miliona evra) ili 21,3%, a od premije životnih osiguranja 3,7 milijardi dinara (29,9 miliona evra) ili 16%. Kao i u prethodnoj godini, kod neživotnih osiguranja najveći procenat režijskog dodatka od 44,1% (44,7% u 2015) izdvojen je kod osiguranja troškova pravne zaštite, a najmanji 4,9% (4,3% u 2015) kod osiguranja vazduhoplova. Najveće izdvajanje kod životnih osiguranja od 21,3% zabeleženo je kod osiguranja života (20,5% u 2015. kod dopunskog osiguranja uz osiguranje života), a kao i prethodne godine, najmanje izdvajanje od 15% zabeleženo je kod rentnog osiguranja (15,2% u 2015).

Sredstva preventive izdvajaju se samo od premije neživotnih osiguranja. Iznose 946 miliona dinara (7,7 miliona evra) ili 1,4% bruto premije, prema 898 miliona dinara (7,4 miliona evra) ili 1,5% koliko su iznosila u 2015. godini. Posmatrano po vrstama osiguranja, najveći deo sredstava preventive 62,4% pripada osiguranju auto-odgovornosti, 12,1% ostalim osiguranjima imovine i 7,6% auto-kasku, što ukupno iznosi 82,1% prema 81,6% u 2015. godini (63% osiguranje od auto-odgovornosti, 11,7% ostala osiguranja imovine i 6,9% auto-kasko osiguranje).

Tehnička premija osiguranja (bruto premija umanjena za režijski dodatak i sredstva preventive) iznosi 70,5 milijardi dinara (570,7 miliona evra) ili 79% od bruto premije (84% životna, a 77,3% neživotna osiguranja), prema 64,1 milijardu dinara (526,7 miliona evra) ili 79,2% (83,6% životna, a 77,8% neživotna osiguranja) koliko je iznosila u 2015. godini. Kada se umesto režijskog dodatka uzmu troškovi sprovođenja osiguranja, tehnička premija se smanjuje na 60,9 milijardi dinara (493 miliona evra) ili 68,3% (75,8% životna, a 65,6% neživotna osiguranja), prema 53,8 milijardi dinara (442 miliona evra) ili 66,4% (73,5% životna, a 64,2% neživotna osiguranja) u 2015. godini.

5. Zahtevi za naknadu štete

Zahtevi za naknadu štete obuhvataju broj rezervisanih prijavljenih šteta (RPŠ) na kraju 2015, broj podnetih zahteva za naknadu štete (PZ), broj storniranih i odbijenih zahteva za naknadu štete, (ST i OD), broj i iznos likvidiranih šteta (LŠ) i broj i iznos rezervisanih prijavljenih šteta (RPŠ) u 2016. godini.

Tabela 2: Prijavljene, likvidirane, rezervisane prijavljene štete i prosek likvidiranih i rezervisanih prijavljenih šteta 2016. u 000 dinara

Šifra	Vrsta osiguranja	RPŠ 2015	Broj zahteva za naknadu štete 2016				Prosek u 000 dinara*	
			PZ	ST i OD	LŠ	RPŠ	LŠ	RPŠ
01	Osig. od posledica nezgode	2.320	83.136	16.395	66.680	2.381	40	87
02	Dobrovoljno zdravstveno osig.	6.971	190.763	11.331	167.437	18.966	10	6
03	Osiguranje motornih vozila	8.434	72.444	6.370	64.476	10.032	84	95
04	Osiguranje šinskih vozila	22	229	63	153	35	159	382
05	Osiguranje vazduhoplova	4	7	1	3	7	4.690	4.751
06	Osiguranje plovnih objekata	20	61	16	58	7	1.096	818
07	Osiguranje robe u prevozu	35	771	73	689	44	281	4.173
08	Osig. imov. od požara i dr. opas	469	10.531	2.206	8.246	548	181	1.343
09	Ostala osiguranja imovine	1.588	75.400	11.435	63.640	1.913	97	552
10	Osig. od auto-odgovornosti	11.274	63.245	7.779	54.725	12.015	180	692
11	Odgovornost vazduhoplova	1	2	0	0	3	0	121
12	Odgovornosti plovnih objekata	0	1	0	1	0	1.318	0
13	Opšta odgovornost	1.168	9.304	1.904	7.142	1.426	74	492
14	Osiguranje kredita	314	6.907	221	6.681	319	42	99
15	Osiguranje jemstva	32	550	94	388	100	65	37
16	Osig. finansijskih gubitaka	54	1.496	492	1.026	32	107	287
17	Osig. troškova pravne zaštite	3	0	2	0	1	0	123
18	Osiguranje pomoći na putu	1.426	49.402	3.971	45.304	1.553	18	76
19	Druga neživotna osiguranja	0	0	0	0	0	0	0
I	NEŽIVOTNA OSIG. (1 DO 19)	34.135	564.249	62.353	486.649	49.382	60	253
20	Osiguranje života	1.055	31.156	807	29.969	1.435	197	208
21	Rentno osiguranje	16	1.645	3	1.631	27	197	85
22	Dopunsko uz osiguranje života	699	5.727	2.145	3.480	801	74	150
23	Dobrovoljno penzijsko osig.	0	0	0	0	0	0	0
24	Druge vrste životnog osig.	3	107	8	82	20	311	1

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

Šifra	Vrsta osiguranja	RPŠ 2015	Broj zahteva za naknadu štete 2016				Prosek u 000 dinara*	
			PZ	ST i OD	LŠ	RPŠ	LŠ	RPŠ
25	Životna os. vazana za jedinice inv. fondova	0	0	0	0	0	0	0
II	ŽIVOTNA OSIG. (20 do 24)	1.773	38.635	2.963	35.162	2.283	185	184
III	UKUPNO (I+II)	35.908	602.884	65.316	521.811	51.665	68	250

* U obračun proseka likvidiranih šteta nije uključen broj odbijenih i storniranih zahteva za naknadu štete.
Izvor: Narodna banka Srbije (2017c)

Kao i prethodne godine nastavljen je rast ukupnog broja svih kategorija zahteva za naknadu štete i pad prosečnog iznosa likvidiranih i rezervisanih prijavljenih šteta. Broj podnetih zahteva povećan je za 14,3 odsto prema 8,7 odsto u 2015. godini, broj storniranih i odbijenih zahteva veći je za 13,3 odsto prema 1,8 odsto koliko je iznosilo povećanje u 2015, broj likvidiranih i plaćenih šteta povećao se za 12,7 odsto prema 8 odsto u 2015., a broj rezervisanih prijavljenih zahteva povećan je za čak 42,5% prema 18,1 odsto koliko je povećan na kraju 2015. godine.

U postupku rešavanja nalazilo se 638.792 zahteva za naknadu štete, prema 556.875 zahteva u 2015. godini. Rešeno je 587.127 zahteva ili 91,9 odsto, prema 520.625 zahteva ili 93,5 odsto u 2015. godine. Na kraju 2016. rezervisano je 51.665 zahteva ili 8,1 odsto, prema 36.250 zahteva ili 6,5 odsto u 2015. godini. Od rešenih zahteva, stornirano i odbijeno je 65.316 zahteva ili 11,1 odsto, prema 57.637 zahteva ili 11,1 odsto, a likvidirano je i isplaćeno 521.811 zahteva ili 88,9 odsto, prema 462.988 zahteva ili 88,9 odsto u 2015. godini.

Prosek likvidiranih i rezervisanih zahteva za naknadu štete izračunat je na osnovu broja likvidiranih šteta u tabeli 2 i iznosa likvidiranih šteta u tabeli 3, a prosek rezervisanih prijavljenih zahteva na osnovu broja predmeta u tabeli 2 i dela iznosa u tabeli 4 koji se odnosi na rezervisane prijavljene štete. Visina prosečnih iznosa u najvećoj meri zavisi od specifičnosti svake vrste osiguranja.⁶ Prosečan likvidiran zahtev od 68.000 dinara smanjen je za 3,9 odsto, prema smanjenju od 0,6 odsto u 2015, a prosečan rezervisan zahtev od 250.000 dinara za 31,3 odsto, prema 17,8 odsto koliko je iznosilo smanjenje u 2015. godini.

Kod neživotnih vrsta osiguranja najniži prosek zabeležen je kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (10.000 dinara likvidirani i 6.000 dinara rezervisani zahtevi), a najveći kod osiguranja vazduhoplova (4.690.000 dinara likvidirani i 4.751.000 dinara rezervisani zahtevi).

Kod životnih osiguranja prosek likvidiranih zahteva kretao se između 74.000 dinara kod dopunskog osiguranja uz osiguranje života i 311.000 dinara kod drugih

⁶ U prosek nije uključen broj storniranih i odbijenih zahteva za naknadu štete.

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

vrsta osiguranja, a kod rezervisanih predmeta između 1.000 dinara kod drugih vrsta osiguranja i 208.000 dinara kod osiguranja života.

Tabela 3: Likvidirani zahtevi za naknadu štete 2015. i 2016. godine u 000 dinara

Šifra	Vrsta osiguranja	2015			2016		
		Iznos	%	Index*	Iznos	%	Index*
01	Osig. lica od posledica nezgode	2.727.833	9,8	105,8	2.664.302	9,1	97,7
02	Dobrovoljno zdravstveno osig.	1.257.584	4,5	124,8	1.592.098	5,5	126,6
03	Osiguranje motornih vozila	4.750.072	17,1	94,4	5.391.255	18,5	113,5
04	Osiguranje šinskih vozila	55.558	0,2	209,3	24.338	0,1	43,8
05	Osiguranje vazduhoplova	49.116	0,2	935,9	14.071	0,0	28,6
06	Osiguranje plovnih objekata	31.910	0,1	58,8	63.583	0,2	199,3
07	Osiguranje robe u prevozu	123.214	0,4	68,8	193.903	0,7	157,4
08	Osig. imov. od požara i dr. opasn.	4.371.859	15,7	173,7	1.496.279	5,1	34,2
09	Ostala osiguranja imovine	4.178.927	15,0	93,5	6.174.376	21,2	147,8
10	Osig. od auto-odgovornosti	8.802.904	31,7	100,5	9.831.891	33,7	111,7
11	Odgovornost vazduhoplova	299	0,0	0,0	11	0,0	3,7
12	Odgovornost plovnih objekata	1	0,0	48,6	1.318	0,0	0,0
13	Opšta odgovornost	334.461	1,2	99,4	529.271	1,8	158,2
14	Osiguranje kredita	146.084	0,5	218,4	277.754	1,0	190,1
15	Osiguranje jemstva	42.849	0,2	178,0	25.155	0,1	58,7
16	Osig. finansijskih gubitaka	95.875	0,3	144,6	109.810	0,4	114,5
17	Osig. troškova pravne zaštite	42	0,0	15,6	0	0,0	0,0
18	Osiguranje pomoći na putu	821.180	3,0	126,7	797.302	2,7	97,1
19	Druga neživotna osiguranja	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
I	NEŽIVOTNA OSIG. (1 DO 19)	27.789.768	100,0	107,8	29.186.717	100,0	105,0
20	Osiguranje života	4.580.608	89,3	110,5	5.892.461	90,7	128,6
21	Rentno osiguranje	278.815	5,4	109,7	321.070	4,9	115,2
22	Dopunsko uz osig. života	257.631	5,0	100,9	256.992	4,0	99,8
23	Dobrovoljno penzijsko osig.	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
24	Druge vrste životnog osig.	10.185	0,2	13,1	25.479	0,4	250,2
25	Živ.os. vazana za jedinice inv. fondova		0,0	0,0	0	0,0	
II	ŽIVOTNA OSIG. (20 do 25)	5.127.239	100,0	108,3	6.496.002	100,0	126,7
III	UKUPNO (I+II)	32.917.007	100,0	107,9	35.682.719	100,0	108,4

* Prethodna godina = 100.

Izvor: Narodna banka Srbije (2017c)

*Likvidirane štete s troškovima*⁷ iznose 35,7 milijardi dinara (289 miliona evra), prema 32,9 milijardi dinara (270,6 miliona evra) koliko su iznosile u 2015. godini. Povećane su za 8,4 odsto, kao rezultat povećanja šteta životnih osiguranja od 26,7 odsto i neživotnih osiguranja od 5 odsto.

U strukturi šteta neživotnih osiguranja 73,4% odnosi se na tri vrste osiguranja s najvećim učešćem (18,5% auto-kasko, 21,2% ostala osiguranja imovine i 33,7% auto-odgovornost), prema 63,8% (17,1% auto-kasko, 15% ostala osiguranja imovine i 31,7% auto-odgovornost) u 2015. godini. Osetnije smanjenje učešća sa 15,7% u 2015. na 5,1% u 2016. godini zabeleženo je kod osiguranja od požara i nekih drugih opasnosti. U odnosu na prethodnu godinu rast po vrstama osiguranja kretao se između 11,7% kod osiguranja od auto-odgovornosti i 99,3% kod osiguranja plovnih objekata, prema 5,2% kod nezgode i 830,8% kod osiguranja vazduhoplova u 2015. godini. Zabeležen je pad između 2,3% kod nezgode i 96,3% kod osiguranja od odgovornosti vazduhoplova, prema padu od 1,1% kod opšte odgovornosti i 84,5% kod osiguranja troškova pravne zaštite u 2015. godini.

Kod životnih osiguranja najveće učešće likvidiranih šteta od 90,7% zabeleženo je kod osiguranja života, dok je kod svih ostalih vrsta životnih osiguranja njihovo učešće bilo 9,3%.

Prihodi po osnovu regresa i prodaje osiguranih oštećenih stvari (dalje u tekstu: prihodi od regresa) iznose 1.478.007 hiljada dinara, prema 1.285.746 hiljada dinara u 2015. godini⁸, od čega se na osiguranje od auto-odgovornosti odnosi 580.039 hiljada dinara, prema 662.806 hiljada dinara u 2015. godini. Kod obračuna merodavnih šteta prihodi od regresa u 2016. godini raspoređeni su po vrstama osiguranja na osnovu podataka iz pojedinačnih bilansa uspeha po grupama osiguranja, srazmerno prosečnom učešću prihoda od regresa po vrstama osiguranja u prethodne tri godine.⁹

Posredne štete obaveznih osiguranja u saobraćaju nisu uključene u broj i iznose likvidiranih i rezervisanih šteta u tabeli broj 2, 3 i 4. One se pokrivaju preko doprinosa Republičkom fondu zdravstvenog osiguranja (dalje u tekstu: RFZO) i doprinosa garantnom fondu pri Udruženju osiguravača Srbije (dalje u tekstu: GF). Doprinos RFZO iznosi 5% od bruto premije osiguranja (1,5 milijardi dinara), ili 15,4% prema 16,5% od iznosa isplaćenih odšteta po osnovu auto-odgovornost u 2015. godini. Doprinos garantnom fondu iznosi 1,3 milijarde dinara ili 5,4% od bruto premije, prema 5,5% u 2015., a u iznosu isplaćenih odšteta svih vrsta obaveznih osiguranja u saobraćaju 13,6% prema 14,9% u 2015. godini.

⁷ Troškovi u vezi sa štetama, uključujući i štete iz primljenih saosiguranja, obuhvataju troškove uvidaja, procene, likvidacije i isplate, sudske troškove, troškove veštačenja, ostvarivanja regresa i druge troškove.

⁸ www.apr.gov.rs

⁹ Narodna banka Srbije nije objavila podatak o prihodima od regresa u 2016. godini zbog čega su zbirni podaci iz bilansa uspeha po grupama osiguranja raspoređeni na vrste osiguranja srazmerno visini bruto premije, izuzev za osiguranje auto-kaska i osiguranje vazduhoplova za koje postoje posebni bilansi uspeha, a za osiguranje od auto-odgovornosti korišćen je podatak Udruženja osiguravača Srbije.

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

Rezervisane štete u tabeli broj 2 prikazane su po broju i prosečnom iznosu rezervisanih prijavljenih šteta, a u tabeli broj 4 prikazan je ukupan iznos rezervisanih šteta koji obuhvata zbir rezervisanih prijavljenih i rezervisanih neprijavljene zahteve za naknadu štete.

Tabela 4: Rezervisani zahtevi za naknadu štete 2015. i 2016. godine u 000 dinara

Šifra	Vrsta osiguranja	2015			2016		
		Iznos	%	Index*	Iznos	%	Index*
01	Osig. od posledica nezgode	1.224.605	4,7	113,4	1.193.767	4,4	97,5
02	Dobrovoljno zdravstveno	308.559	1,2	138,4	412.007	1,5	133,5
03	Osiguranje motornih vozila	1.569.678	6,1	110,1	1.686.160	6,2	107,4
04	Osiguranje šinskih vozila	34.636	0,1	105,3	29.366	0,1	84,8
05	Osiguranje vazduhoplova	87.153	0,3	166,6	43.424	0,2	49,8
06	Osiguranje plovnih objekata	25.193	0,1	109,2	19.064	0,1	75,7
07	Osiguranje robe u prevozu	220.717	0,9	331,6	240.520	0,9	109,0
08	Osig. imov. od požara i dr. opas.	1.800.780	6,9	96,1	1.071.606	3,9	59,5
09	Ostala osiguranja imovine	2.424.410	9,4	82,7	2.024.627	7,4	83,5
10	Osig. od auto-odgovornosti	16.720.700	64,5	104,5	18.757.108	68,6	112,2
11	Odgovornost vazduhoplova	30	0,0	0,0!	399	0,0	1330,0
12	Odgovornosti plovnih objekata	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
13	Opšta odgovornost	1.125.755	4,3	205,9	1.343.423	4,9	119,3
14	Osiguranje kredita	61.448	0,2	192,0	138.069	0,5	224,7
15	Osiguranje jemstva	12.415	0,0	53,8	20.100	0,1	161,9
16	Osig. finansijskih gubitaka	40.450	0,2	42,2	43.333	0,2	107,1
17	Osig. troškova pravne zaštite	572	0,0	87,5	962	0,0	168,2
18	Osiguranje pomoći na putu	268.455	1,0	111,1	318.766	1,2	118,7
19	Druga neživotna osiguranja	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
I	NEŽIVOTNA OSIG. (1 DO 19)	25.925.556	100,0	105,2	27.342.701	100,0	105,5
20	Osiguranje života	219.125	51,6	103,2	302.118	57,5	137,9
21	Rentno osiguranje	1.615	0,4	1495,2	2.294	0,4	142,0
22	Dopunsko uz osiguranje života	203.670	48,0	121,3	221.035	42,1	108,5
23	Dobrovoljno penzijsko osig.	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
24	Druge vrste životnog osiguranja	61	0,0	0,0	26	0,0	42,6
25	Životna osig. vez. za jedin. inv. fondova		0,0	0,0	0	0,0	
II	ŽIVOTNA OSIG. (20 do 24)	424.471	100,0	111,6	525.473	100,0	123,8
III	UKUPNO (I+II)	26.350.027	200,0	105,3	27.868.174	200,0	105,8

* Prethodna godina = 100.

Izvor: Narodna banka Srbije (2017c)

Rezervisani zahtevi za naknadu štete na kraju 2016. iznose 27,9 milijardi dinara (225,7 miliona evra), prema 26,4 milijarde dinara (216,6 miliona evra) u 2015. godini. Veći deo, 98,1% pripada neživotnim, a 1,9% životnim vrstama osiguranju, prema 98,4% odnosno 1,6% u 2015. godini. Posmatrano po vrstama neživotnih osiguranja, najveće učešće od 68,6% zabeleženo je kod auto-odgovornosti, a najmanje 0,1% kod osiguranja jemstva, prema 64,5% kod osiguranja od auto-odgovornosti i 0,1% kod osiguranja šinskih vozila i osiguranja plovnih objekata u 2015. godini. Kod životnih osiguranja učešće se kreće od 0,4% kod rentnog osiguranja do 57,5% kod osiguranja života, prema 0,4% odnosno 51,6% kod ovih istih vrsta osiguranja u 2015. godini.

U odnosu na prethodnu godinu iznos rezervisanih šteta povećan je 5,8% (23,8% životna, a 5,5% neživotna osiguranja), prema 5,3% (11,6% životna, a 5,2% neživotna osiguranja) u 2015. godini. Po vrstama neživotnih osiguranja povećanje se kretalo od 7,1% kod osiguranja finansijskih gubitaka do čak 1230% kod osiguranja vazduhoplova, a smanjenje između 2,5% kod nezgode do 50,2% kod osiguranja vazduhoplova. Kod životnih osiguranja povećanje se kretalo između 8,5% kod dopunskog osiguranja uz osiguranje života i 42% kod rentnog osiguranja, dok je smanjenje od 47,4% zabeleženo samo kod drugih vrsta životnog osiguranja.

Rezervisane prijavljene štete iznose 12,9 milijardi dinara (104,4 miliona evra), prema 13,2 milijarde dinara (108,3 miliona evra) u 2015. godini, veći deo 96,7% pripada neživotnim, a znatno manji 3,3% životnim osiguranjima, prema 97,5% koje se odnose na neživotna, i 2,5% na životna osiguranja u 2015. godini. Od ukupnog iznosa rezervisanih prijavljenih šteta neživotnih osiguranja, na tri najveće vrste otpada 82,7% (7,6% AK, 8,5% ostala osiguranja imovine i 66,6% auto-odgovornost), a na sve ostale vrste 17,3%. Od rezervisanog iznosa kod životnih osiguranja 71% pripada osiguranju života, a 29% se odnosi na sve ostale vrste životnih osiguranja.

Rezervisane neprijavljene štete iznose 15 milijardi dinara (121,3 miliona evra), prema 13,2 milijarde dinara (108,3 miliona evra) koliko su iznosile 2015. godine. Najveći deo od 99,3% prema 99,2% pripada neživotnim, a 0,7% prema 0,8% u 2015. godini životnim vrstama osiguranja. Od rezervisanog iznosa kod neživotnih osiguranja, na tri najveće vrste odnosi se 83,4% (6,6% osiguranje od nezgode, 6,5% ostala osiguranja imovine i 70,3% auto-odgovornost), a 16,6% na sve ostale vrste osiguranja. Kod životnih osiguranja, 97,1% pripada dopunskom osiguranju uz osiguranje života, a ostalih 2,9% osiguranju života.

Tehničke rezerve osiguranja utvrđuju se na osnovu akata poslovne politike društva za osiguranje i odluka NBS kojima se uređuju bliži kriterijumi i način obračunavanja tehničkih rezervi osiguranja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje.¹⁰

¹⁰ Odluka o tehničkim rezervama (*Sl. glasnik RS, broj 42/2015*) kojom je zamenjena Odluka o bližim kriterijumima i načinu obračunavanja prenosnih premija (*Sl. glasnik RS, broj 19/2005*); Odluka o bližim kriterijumima i načinu obračunavanja rezervisanih šteta (*Sl. glasnik RS, broj 86/2007*); Odluka o bližim kriterijumima i načinu obračunavanja rezervi za izravnjanje rizika (*Sl. glasnik RS, broj 13/2005 i 23/2006*) i

Tabela 5: Tehničke rezerve osiguranja 2015. i 2016. godine u 000 dinara

Red. br.	Opis tehničkih rezervi	2015		2016		
		Iznos	%	Iznos	%	Rast
1	Prenosna premija životnih osig.	281.497	0,2	396.368	0,3	140,8
2	Prenosna premija neživotnih osig.	26.496.374	21,3	28.898.716	20,3	109,1
3	<i>Svega prenosna premija</i>	26.777.871	21,6	29.295.084	20,6	109,4
4	Rezervisane štete životnih osig.	424.471	0,3	525.473	0,4	123,8
5	Rezervisane štete neživotnih osig.	25.925.556	20,9	27.342.701	19,2	105,5
6	<i>Svega rezervisane štete</i>	26.350.027	21,2	27.868.174	19,6	105,8
7	Rezerve za izravnaje rizika–neživotnih osig.	544.503	0,4	781.709	0,5	143,6
8	Matematička rezerva životnih osig.	68.478.965	55,2	82.270.973	57,8	120,1
9	Rezerve za bonuse i popuste–životnih osig.	706	0,0	4.541	0,0	643,2
10	Rezerve za bonuse i popuste–neživotnih osig.	114.936	0,1	154.993	0,1	134,9
11	<i>Svega rezerve za bonuse i popuste</i>	115.642	0,1	159.534	0,1	138,0
12	Rezerve za neistekle rizike–životnih osig.	961	0,0	0	0,0	0
13	Rezerve za neistekle rizike–neživotnih osig.	1.870.114	1,5	1.894.522	1,3	101,3
14	<i>Svega rezerve za neistekle rizike</i>	1.871.075	1,5	1.894.522	1,3	101,3
15	Rezerve osig. u inv. riziku–životnih osig.	0	0,0	1.785	0,0	0,0
16	<i>Svega tehničke rezerve–životnih osig.</i>	69.186.600	55,7	83.199.140	58,5	120,3
17	<i>Svega tehničke rezerve–neživotnih osig.</i>	54.951.483	44,3	59.072.641	41,5	107,5
18	<i>Ukupne tehničke rezerve</i>	124.138.083	100,0	142.271.781	100,0	114,6

Izvor: Narodna banka Srbije (2017c)

Tehničke rezerve osiguranja iznose 142,3 milijarde dinara (1.152,3 miliona evra) prema 124,1 milijardu dinara (1.020,7 miliona evra), i povećane su za 14,6% prema 13,6% u 2015. godini. Kao i prethodne godine, najveći deo 57,8% od svih tehničkih rezervi, prema 55,2% u 2015. godni pripada matematičkoj rezervi životnih osiguranja, a najmanji od 0,1% tehničkim rezervama za bonuse i popuste. Najveći rast od 43,6% zabeležen je kod rezervi za izravnaje rizika, a najmanji 5,8% kod rezervisanih šteta.

6. Reosiguranje i pasivno saosiguranje

Obim prenetih viškova rizika u pokriće preko reosiguranja i pasivnog saosiguranja beleži blago povećanje po visini premije koja je iznosila 10,4 milijarde dinara (81 milion evra) ili 11,6%, dok je u 2015. iznosila 9,9 milijardi dinara (81,4

Odluka o bližim kriterijumima i načinu obračunavanja matematičke rezerve i rezerve za učešće u dobiti (*Sl. glasnik RS, broj 7/2010, 93/2011 i 87/2012*).

miliona evra) ili 12,2% od bruto premije osiguranja.. Veći deo, 96,6% od premije reosiguranja i pasivnog saosiguranja odnosi se na pokriće rizika neživotnih, a 3,6% na pokriće rizika životnih osiguranja. Najveći deo premije reosiguranja i pasivnog saosiguranja kod neživotnih osiguranja od 34,2% prema 34,8% u 2015. izdvojen je za pokriće rizika ostalih vrsta osiguranja imovine, 21,8% prema 24,1% za osiguranje imovine od požara i nekih drugih opasnosti, 10,3% prema 7,9% za osiguranje opšte odgovornosti, 9,9% prema 10,3% za auto-kasko i 7,3% prema 6,9% za osiguranje od auto-odgovornosti, a 16,5% prema 15,9% u 2015. godini za 14 ostalih vrsta neživotnih osiguranja. Kod životnih osiguranja, 64,6% prema 67,7% pripada dopunskom osiguranju uz osiguranje života, a 35,4% prema 32,3% u 2015. godini osiguranju života.

Učešće reosiguranja i pasivnog saosiguranja u likvidiranim štetama osiguranja iznosi 6,6 milijardi dinara (52,3 miliona evra) odnosno 18,4%, prema 4,9 milijardi dinara (40,7 miliona evra, odnosno 16,1% koliko je zabeleženo u 2015. godini. Veći deo, 98,2% prema 98,6% pripada neživotnom, a 1,8% prema 1,4% u 2015. godini životnom osiguranju.

Najveći procenat u ukupnom iznosu likvidiranih šteta koje padaju na teret reosiguranja i saosiguranja neživotnih osiguranja, 39% prema 18,5% pripada ostalim osiguranjima imovine, 16,7% prema 11,7% osiguranju auto-kaska, 13,5% prema 2,8% auto-odgovornosti, 10,5% prema 57,7% osiguranju imovine od požara i nekih drugih opasnosti i 7,9% prema 4,5% osiguranju od nezgode, a 12,4% prema 4,8% u 2015. godini odnosi se na ostalih 14 vrsta neživotnih osiguranja. Od učešća reosiguravača i saosiguravača u likvidiranim štetama životnih osiguranja, 64% prema 24% odnosi se na osiguranje života, 33% prema 76% na dopunsko osiguranje uz osiguranje života, 2,8% prema 0% na osiguranje rente i 0,2% prema 0% u 2015. godini na druge vrste životnih osiguranja.

7. Ostvareni poslovni rezultati

Društvo za osiguranje sastavlja finansijske izveštaje o poslovanju u skladu sa zakonom kojim se uređuje računovodstvo, primenom kontnog okvira i sadržine i forme obrazaca finansijskih izveštaja koje propisuje NBS u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje.¹¹ Rezultati se utvrđuju u skladu s Međunarodnim računovodstvenim standardima i Međunarodnim standardima finansijskog izveštavanja. Za sagledavanje i analizu ostvarenih rezultata koriste se finansijski izveštaji, napomene uz te izveštaje, drugi podaci o poslovanju i neki dodatni pokazatelji karakteristični za delatnost osiguranja. Pored zbirnog bilansa uspeha dostavljaju se i bilansi uspeha za pojedine vrste osiguranja koje društvo za osiguranje obavlja, uz obavezu da se u zaglavlju tih bilansa naznači na koju vrstu osiguranja se odnose.¹²

¹¹ Odluka o kontnom okviru i sadržini računa u kontnom okviru za društva za osiguranje (*Sl. glasnik RS, broj 135/2014 i 102/2015*) i Odluka o sadržaju i formi obrazaca finansijskih izveštaja za društva za osiguranje (*Sl. glasnik RS, broj 135/2014, 141/2014 i 102/2015*).

¹² Finansijski izveštaji se u skladu sa zakonom kojim se uređuje računovodstvo dostavljaju Agenciji za privredne registre i Narodnoj banci Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i zakonom kojim se uređuje obavezno osiguranje u saobraćaju.

Kod neživotnih osiguranja, pored zbirnog bilansa uspeha sastavljaju se pojedinačni bilansi uspeha za dve vrste osiguranja, *auto-kasko (03) i osiguranje vazduhoplova (05)*, i za šest grupa osiguranja: *osiguranje nezgode i DZO - osiguranje lica od posledica nezgode (01) i dobrovoljno zdravstveno osiguranje (02), osiguranje plovnih objekata i transporta - osiguranje šinskih vozila (04), osiguranje plovnih objekata (06) i osiguranje transporta (07), imovinska osiguranja - osiguranje imovine od požara (08) i ostala osiguranja imovine (09), osiguranje odgovornosti – auto-odgovornost (10), odgovornost vazduhoplova (11), odgovornost plovila (12) i opšta odgovornost (13), osiguranje kredita i jemstva – osiguranje kredita (14) i osiguranje jemstva (15), i neživotna osiguranja koja nisu svrstana u grupe – osiguranje finansijskih gubitaka (16), osiguranje troškova pravne zaštite (17), osiguranje pomoći na putu (18) i druga neživotna osiguranja (19).*

Sastavni deo godišnjeg izveštaja o poslovanju je i uporedni pregled prihoda i rashoda u obavljanju poslova osiguranja od auto-odgovornosti koji društvo sastavlja u skladu sa zakonom kojim se uređuje obavezno osiguranje u saobraćaju.

Pored zbirnog bilansa uspeha životnih osiguranja, sastavlja se pojedinačni *bilans uspeha za osiguranje života (20) i bilans uspeha za životna osiguranja osim osiguranja života - rentno osiguranje (21), dopunsko osiguranje uz osiguranje života (22), druge vrste životnog osiguranja (24) i životno osiguranje vezano za jedinice investicionih fondova (25).*

U nastavku rada prikazani su zbirni rezultati poslovanja svih društava za osiguranje u 2016. godini koristeći racio brojeve, merodavan tehnički rezultat i dobitak, odnosno gubitak.

7.1. Racio brojevi i merodavan tehnički rezultat

Racio brojevi i merodavan tehnički rezultat osiguranja imaju poseban značaj za utvrđivanje i analizu ostvarenih rezultata poslovanja, za tehničku organizaciju funkcije osiguranja, za izradu, izmenu i dopunu opštih akata i akata poslovne politike i za ocenu boniteta društava za osiguranje.

M. Cerović: Rezultati osiguranja u Srbiji u 2016. godini

Tabela 6: Racio brojevi i merodavan tehnički rezultat osiguranja 31.12.2016.

Šifra	Racio brojevi			Kombinovani		Tehnički rezultat u 000 dinara i %			
	RD*	TSO**	Šteta***	RD	TSO	Sa RD	%	Sa TSO	%
01	32,0	76,2	62,4	94,4	138,6	284.169	90,3	-1.580.052	249,9
02	25,7	61,1	85,7	111,4	146,9	-200.083	113,4	-900.791	213,3
03	25,1	36,4	76,7	101,8	113,1	-81.210	101,6	-821.208	119,5
04	18,4	33,4	16,6	34,9	49,9	74.033	20,3	56.947	24,9
05	5,8	73,2	0,0	0,0	44,7	131.775	0,0	61.525	0,0
06	31,4	57,1	61,2	92,6	118,2	9.818	85,2	-13.897	132,6
07	19,6	35,5	31,9	51,4	67,4	305.503	40,1	202.965	50,2
08	19,3	23,1	15,6	34,9	38,8	3.147.820	19,4	2.961.561	20,3
09	22,8	27,3	56,5	79,3	83,9	2.123.632	73,1	1.658.734	77,7
10	18,4	25,6	46,9	65,3	72,5	9.819.996	58,5	7.688.422	64,3
11	5,7	11,9	0,0	5,8	12,0	83.858	0,0	78.377	0,0
12	26,3	54,6	6,4	32,7	61,0	17.348	8,4	10.356	13,3
13	18,7	38,7	42,5	61,1	81,2	722.027	50,8	369.077	66,9
14	59,1	38,4	46,7	105,8	85,1	104.021	70,2	212.588	53,5
15	23,0	14,9	36,6	59,6	51,5	33.743	49,3	40.980	44,5
16	23,8	51,2	12,7	36,6	63,9	489.441	18,7	247.824	31,2
17	45,9	98,5	6,2	52,0	104,6	3.134	11,1	-201	206,4
18	41,0	87,9	44,7	85,6	132,6	276.116	75,4	-615.004	364,7
19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0
I	22,1	34,2	50,3	72,4	84,5	17.345.142	64,8	9.658.204	76,8
20	15,8	24,3	91,4	107,2	115,7	-1.501.862	108,4	-3.311.522	120,7
21	15,0	18,9	122,5	137,5	141,3	-226.316	144,1	-249.698	150,9
22	20,8	26,2	23,8	44,6	50,0	640.827	29,7	640.827	31,8
23	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0
24	25,2	31,7	247,7	272,9	279,4	-22.113	331,1	-22.945	362,6
25	10,3	13,0	2,8	13,1	15,8	1.695	3,1	1.643	3,2
II	16,0	24,3	88,6	104,6	112,9	-1.040.220	105,4	-2.941.695	116,9
III	20,5	31,6	60,5	81,0	92,1	16.304.922	76,3	6.716.509	88,6

* RD – režijski dodatak

** TSO troškovi sprovođenja osiguranja raspoređeni su po vrstama osiguranja na osnovu pojedinačnih bilansa uspeha srazmerno visini bruto premije svake vrste koja pripada određenoj grupi osiguranja, a za auto-odgovornost na osnovu podataka UOS.

*** Kod šifre 01, 10, 11 i 12 u merodavne štete uključen je doprinos GF, kod šifre 10 i doprinos RFZO, a kod šifre 20, 21, 22 i 24 matematička rezerva u visini razlike na kraju tekuće i prethodne godine.

Izvor: NBS (2017c), za TSO auto-odgovornosti UOS, a za TSO životnih i svih drugih vrsta neživotnih osiguranja APR.

Racio režijskog dodatka iznosi 20,5% (16% životna, 22,1% neživotna osiguranja), prema 20,2% (16,4% životna, 21,4% neživotna osiguranja) u 2015. godini.

Posmatrano po vrstama životnih osiguranja, kretao se između 10,3% kod životnih osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova do 25,2% kod drugih vrsta životnog osiguranja, a u neživotnom osiguranju, od 5,7% kod osiguranja od odgovornosti vlasnika vazduhoplova do 59,1% kod osiguranja kredita.

Racio troškova sprovođenja osiguranja nastavlja trend smanjenja sa 37,2% (30,2% životna, 39,4% neživotna osiguranja) u 2014, preko 33,2% (26,5% životna, 35,4% neživotna osiguranja) u 2015. na 31,6% (24,3% životna, 34,2% neživotna osiguranja) koliko je zabeleženo u 2016. godini. Kod životnih osiguranja kretao se od 13% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova do 31,7% kod drugih vrsta životnog osiguranja. Posmatrano po vrstama neživotnih osiguranja razlike su veoma velike, od 11,9% kod osiguranja od odgovornosti vlasnika vazduhoplova do čak 98,5% koliko je zabeleženo kod osiguranja troškova pravne zaštite.

Racio šteta beleži blago povećanje na 60,5% (88,6% životna, 50,3% neživotna osiguranja) sa 59,6% (85,7% životna, 51,2% neživotna osiguranja) u 2015. godini.¹³ U životnom osiguranju kretao se između 2,8% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova do 247,7% kod drugih vrsta osiguranja života, a kod neživotnih vrsta osiguranja od najnižeg 6,2% kod osiguranja troškova pravne zaštite do najvišeg od 85,7% kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kombinovani racio režiskog dodatka i šteta povećan je na 81% (104,6% životna, 72,4% neživotna osiguranja) u odnosu na 79,8% (102,1% životna, 72,6% neživotna osiguranja) koliko je iznosio u 2015. godini. Kod životnih osiguranja kretao se između 13,1% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova i 272,9% kod drugih vrsta životnih osiguranja, a kod neživotnih osiguranja od 5,8% kod osiguranja od odgovornosti vlasnika vazduhoplova do 111,4% kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kombinovani racio troškova sprovođenja osiguranja i šteta beleži blago smanjenje na 92,1% (112,9% životna, 84,5% neživotna osiguranja), u odnosu na 92,9% (112,2% životna, 86,6% neživotna osiguranja) koliko je iznosio u 2015. godini.¹⁴ U životnim vrstama osiguranja kretao se od 15,8% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova i 279,4% kod drugih vrsta osiguranja života, a kod neživotnih osiguranja od 12% kod osiguranja od odgovornosti vazduhoplova do 146,9% kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

¹³ U štete obaveznih osiguranja u saobraćaju uključen je doprinos garantnom fondu pri Udruženju osiguravača Srbije, a kod osiguranja od auto-odgovornosti i doprinos Republičkom fondu zdravstvenog osiguranja koji služi za pokriće regresnih zahteva svih organizacija socijalnog osiguranja.

¹⁴ Narodna banka Srbije, Godišnji izveštaj o poslovanju i rezultatima rada 2016, str. 54, kombinovani racio neživotnih osiguranja (zbir merodavanih šteta i troškova sprovođenja osiguranja prema merodavnoj premiji u samopridržaju) iznosi 89,1% prema 94,8% a benefit racio, kao pokazatelj adekvatnosti premije životnih osiguranja (odnos zbira rešenih šteta i promene tehničkih rezervi u samopridržaju prema merodavnoj premiji u samopridržaju) iznosi 90,1% prema 86,9% koliko je iznosio u 2015. godini.

Troškovi sprovođenja osiguranja iznose 27,3 milijarde dinara (221,3 miliona evra) odnosno 31,6%, prema 26,3 milijarde dinara (216 miliona evra) odnosno 32,5% od ukupne bruto premije u 2015. godini.¹⁵ TSO životnih osiguranja iznose 5,6 milijardi dinara (45,3 miliona evra), a neživotnih osiguranja 21,7 milijardi dinara (176 miliona evra). Nastavljen je trend povećanja pokrivenosti TSO režijskim dodatkom sa 58,5% koliko je iznosio u 2014, (58% životna, 58,6% neživotna osiguranja), preko 60,8% u 2015. (61,8% životna, 60,5% neživotna osiguranja) na 64,9% u 2016. godini (66% životna, 64,6% neživotna osiguranja).

Merodavan tehnički rezultat s režijskim dodatkom bez efekata reosiguranja i pasivnog saosiguranja iznosi 16,3 milijarde dinara (132 miliona evra) odnosno 76,3 odsto, prema 14,8 milijardi dinara (122 miliona evra) odnosno 76 odsto koliko je iznosio u 2015. godini. Kod neživotnih osiguranja ostvaren je pozitivan tehnički rezultat od 17,3 milijarde dinara (140,5 miliona evra), odnosno 64,8 odsto, kao rezultat kretanja od 8,4% kod osiguranja od odgovornosti vlasnika plovniha objekata do 113,4% kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Kod životnih osiguranja zabeležen je negativan tehnički rezultat od 1 milijarde dinara (8,4 miliona evra) odnosno 105,4 odsto, kao rezultat kretanja između najpovoljnijeg od 3,1% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova i najnepovoljnijeg od 331,1% kod drugih vrsta osiguranja života.

Merodavan tehnički rezultat s režijskim dodatkom, kao indikator politike cena i adekvatnosti tj. dovoljnosti premijskih sistema, potvrđuje da su premijski sistemi svih vrsta osiguranja, izuzev dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja 113,4% (2015=124,8%), auto-kaska 101,6% (2015=95,8%), osiguranja života 108,4% (2015=104,8%), rentnog osiguranja 144,1% (2015=125,4%) i drugih vrsta osiguranja života 331,1 (2015=1516,4%), bili dovoljni za pokriće obaveza po osnovu ugovora o osiguranju, troškova sprovođenja osiguranja do visine obračunatog režijskog dodatka i drugih obaveza u skladu sa zakonom.

*Merodavan tehnički rezultat s troškovima sprovođenja osiguranja bez efekata reosiguranja i pasivnog saosiguranja*¹⁶ iznosi 6,7 milijardi dinara (54,4 miliona evra) ili 88,6%, prema 4,5 milijardi dinara (37,3 miliona evra) ili 91,2% koliko je zabeleženo u 2015. godini. Kod neživotnih osiguranja ostvaren je pozitivan rezultat od 6,9 milijardi dinara (56,6 miliona evra) ili 76,8%, prema 6,9 milijardi dinara (56,6 miliona evra) odnosno 81,6%, a kod životnih osiguranja negativan rezultat u iznosu od 2,9 milijardi dinara (23,8 miliona evra) ili 116,9%, prema 2,3 milijarde dinara (19,3 miliona evra) odnosno 116,5% koliko je iznosio u 2015. godini. Posmatrano po vrstama neživotnih

¹⁵ www.apr.gov.rs

¹⁶ Troškovi sprovođenja osiguranja utvrđeni su preko APR-a na osnovu bilansa uspeha društava za osiguranje. Raspoređeni su po vrstama osiguranja na osnovu pojedinačnih bilansa uspeha po vrstama i grupama osiguranja srazmerno visini bruto premije, a za osiguranje od auto-odgovornosti na osnovu podataka UOS.

osiguranja najpovoljniji rezultat od 13,3% zabeležen je kod osiguranja od odgovornosti vlasnika plovniha objekata, a najnepovoljniji od 364,7% kod osiguranja pomoći na putu. Kod životnih osiguranja kretao se između 3,2% kod osiguranja vezanih za jedinice investicionih fondova i 362,6% kod drugih vrsta osiguranja života. Tarifni sistemi nisu bili dovoljni za pokrivenje obaveza po osnovu ugovora o osiguranju, troškova sprovođenja osiguranja i drugih obaveza u skladu sa zakonom kod šest vrsta neživotnih osiguranja: nezgode 249,9% (2015=123,2%), dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja 213,3% (2015=169,4%), auto-kaska 119,5% (2015=131,4%), osiguranja plovniha objekata 132,6% (2015=69,9%), osiguranja troškova pravne zaštite 206,4% (2015=0,0%) i osiguranja pomoći na putu 364,7% (2015=85,3%), i kod tri vrste životnih osiguranja: osiguranja života 120,7% (2015=119,5%), rentnog osiguranja 150,9% (2015=144,6%) i kod drugih vrsta osiguranja života 362,6% (2015=2062,6%).

7.2. Finansijski rezultat

Društva za osiguranje utvrđuju dobitak, odnosno gubitak za pojedine poslove osiguranja kojima se bave i zbirno za sve vrste osiguranja u skladu sa zakonom o računovodstvu i zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Tabela 7: Finansijski rezultati osiguranja i reosiguranja 2015. i 2016. godine u 000 dinara

Godina	Opis	Neto dobitak		Neto gubitak		ND-NG	
		Iznos	Broj ad*	Iznos	Broj ad	Iznos	Broj ad
2015	Osiguranje	4.109.928	13	1.721.355	7	2.388.573	20
	Reosiguranje	515.698	4	0	0	515.698	4
	Svega	4.625.626	17	1.721.355	7	2.904.271	24
2016	Osiguranje	5.710.174	15	286.508	4	5.423.666	19
	Reosiguranje	299.473	4	0	0	299.473	4
	Svega	6.009.647	19	286.508	4	5.723.139	23

*ad- akcinarsko društavo

Izvor: Agencija za privredne registre

Od 5,7 milijardi dinara (46,4 miliona evra) ukupno ostvarene dobiti 94,8% pripada društvima za osiguranje, a 5,2% društvima za reosiguranje, prema 82,2% odnosno 17,8% u 2015. godini. Rast ukupne dobiti od 97,1% u odnosu na prethodnu godinu rezultat je povećanja dobiti u poslovima osiguranja za 127,1% i pada dobiti kod reosiguranja za 41,9%.

Dobitak životnih osiguranja od 1,5 milijardi dinara (12,4 miliona evra) sastoji se od dobitka koji je ostvarilo 8 društava u iznosu od 1,6 milijardi dinara (13,2 miliona

evra) i gubitka kod 3 društva za osiguranje u iznosu od 103,3 miliona dinara (836,8 hiljada evra). Posmatrano po pojedinačnim bilansima uspeha 68,5% od ukupne dobiti životnih osiguranja pripada osiguranju života, a 31,5% svim ostalim vrstama životnih osiguranja.

U poslovima neživotnih osiguranja ostvaren je dobitak u iznosu od 3,9 milijardi dinara (31,5 miliona evra), kao rezultat dobitka 12 društava u iznosu od 4,1 milijarde dinara (33,3 miliona evra) i gubitka koji su ostvarila 2 društva za osiguranje u iznosu od 213,3 miliona dinara (1,7 miliona evra). Posmatrano po pojedinačnim bilansima uspeha dobitak je zabeležen kod osiguranja od odgovornosti u iznosu od 7,8 milijardi dinara,¹⁷ kod osiguranja imovine 369,2 miliona dinara i kod osiguranja šinskih vozila, plovni objekata i transporta 39,4 miliona dinara.¹⁸ Gubitak u iznosu od 1,8 milijardi dinara ostvaren je kod nezgode i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, 1,6 milijardi dinara kod osiguranja vozila, 541,3 miliona dinara kod ostalih vrsta neživotnih osiguranja, 156,4 miliona dinara kod osiguranja kredita i jemstva i 49,6 miliona dinara kod osiguranja vazduhoplova.

8. Zaključak

Ostvarene rezultate sektora osiguranja u Republici Srbiji u 2016. godini karakteriše nastavak većeg rasta bruto premije osiguranja, tehničkih rezervi i ostvarene neto dobiti u odnosu na usporenije povećanje broja i iznosa zahteva za naknadu štete.

Zabeleženo je povećanje bruto premije za 10,1% (19,4% životna, 7,2% neživotna osiguranja), tehničkih rezerve osiguranja za 14,6% (20,3% životna, 7,5% neživotna osiguranja), likvidiranih zahteva za naknadu štete za 8,4% (26,7% životna, 5% neživotna osiguranja) i rezervisanih zahteva za naknadu štete za 5,8% (23,8% životna, 5,5% neživotna osiguranja).

Pokazatelji poslovanja neživotnih osiguranja u celini, u granicama su pozitivnih vrednosti. Kod životnih osiguranja, ratio režijskog dodatka i troškova sprovođenja osiguranja imaju pozitivnu, a kombinovani ratio i dalje zadržava negativnu vrednost.

Merodavan tehnički rezultat bez efekata reosiguranja i pasivnog saosiguranja u celini i kod neživotnog osiguranja pozitivniji je u odnosu na prethodnu godinu, a kod životnih osiguranja negativan je približno nivou zabeleženom u prethodnoj godini. Posmatrano po vrstama osiguranja, postojeći premijski sistemi nisu bili dovoljni za pokriće šteta, troškova sprovođenja osiguranja i drugih obaveza u skladu sa zakonom kod šest vrsta neživotnih i tri vrste životnih osiguranja.

¹⁷ Prema podacima koje objavljuje Udruženje osiguravača Srbije dobit pre oporezivanja kod osiguranja od auto-odgovornosti u 2016. godini iznosi 8,5 milijardi dinara, što znači da je kod ostalih vrsta osiguranja koje spadaju u grupu osiguranja od odgovornosti ostvaren gubitak u iznosu od 688,5 miliona dinara.

¹⁸ U zbiru dobiti po vrstama i grupama osiguranja uključen je i porez na dobit u iznosu od 191.971 hiljade dinara koji je kod „Dunav osiguranja“ iskazan u zbirnom bilansu uspeha neživotnih osiguranja, ali nije prikazan u pojedinačnim bilansima uspeha tako da je dobitak po vrstama i grupama osiguranja veći za ovaj iznos.

Prema pokazateljima razvijenosti, sektor osiguranja u Srbiji manje je razvijen, nalazi se ispod proseka u poređenju sa zemljama članicama Evropske unije, ali u poređenju sa grupom zemljama u razvoju i zemljama Centralne i Istočne Evrope može se zaključiti da je na zadovoljavajućoj poziciji.

Literatura

- Narodna banka Srbije (2015), *Godišnji izveštaj o poslovanju i rezultatima rada 2015.*
- Narodna banka Srbije (2016a), *Godišnji izveštaj o poslovanju i rezultatima rada 2016.*
- Narodna banka Srbije (2016b), Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja, *Sektor osiguranja u Srbiji, Izveštaj za 2016. godinu.*
- Narodna banka Srbije (2017), Tabela B, Osnovni makroekonomski indikatori, datum ažuriranja: 7. jul 2017.
- Republički zavod za statistiku (2017), *Bruto domaći proizvod (BDP) Republike Srbije 1995-2016. (ESA 2010)*, ažurirano 30.6.2017. godine.
- Udruženje osiguravača Srbije (2016), *Bilans uspeha u 2016. godini (obavezno osiguranje vlasnika motornih vozila od odgovornosti za štetu prčinjenu trećim licima, šifra NBS 10.01)*, BUAO-2015.xlsl.
- Udruženje osiguravača Srbije (2017), *Izveštaj o poslovanju sa obračunom prihoda i rashoda garantnog fonda za 2016. godinu*, Beograd, mart 2017. godine.
- Odluka o tehničkim rezervama, *Sl. glasnik RS*, broj 42/2015.
- Zakon o obaveznom osiguranju u saobraćaju, *Službeni glasnik RS*, broj 51/09, 78/11, 101/11, 93/12 i 7/13 Odluka Ustavnog suda.
- Zakon o osiguranju, *Službeni glasnik RS*, broj 139/14.
- Narodna banka Srbije (2017b), Nadzor osiguranja, Registar tržišnih učesnika, Pretraga subjekata nadzora u delatnosti osiguranja, Registar ovlašćenih zastupnika u osiguranju, www.nbs.rs/internet/curilica/60/60_1/index.html, pristupljeno 27.6.2017.
- Narodna banka Srbije (2017c), Nadzor osiguranja, Poslovanje društava za osiguranje, www.nbs.rs/internet/cirilica/60/60_2/index.html, pristupljeno 27.6.2017.
- Agencija za privredne registre, Finansijski izveštaji, Javno objavljivanje finansijskih izveštaja, www.apr.gov.rs/РЕГИСТРИ/ФИНАНСИЈСКИИЗВЕШТАЈИ/ПРЕТРАГОБЈАВЉЕНИХФИНАНСИЈСКИИЗВЕШТАЈАПОЧЕВОД2014ГОДИНЕ.aspx, pristupljeno 25.7.2017.

UDK: 336.67:657.442:368.021.26:368.025+336.44+657.372.12 (497.1)

Milan B. Cerović, PhD¹

UNDERWRITING RESULTS IN SERBIA IN 2016

REVIEW ARTICLE

Abstract

The analysis of the results of the insurance industry in the Republic of Serbia presented in this paper includes the structure of the premium, prompt claim settlement and payment, ratio numbers and achieved technical result by line of insurance, the gain or loss separately for life insurance, non-life insurance, total insurance and total reinsurance.

The aim of the paper is to examine the 2016 actual level of insurance development as a whole, which can serve insurance companies to carry out a comparative analysis in relation to the total realized insurance results in Serbia.

Key words: *insurance market, insurance in Serbia, insurance premium, indemnity claims, technical and financial result.*

1. Introduction

The actual level of development of insurance activity basically depends on the economic power of a country, arising primarily from the industrial development and the living standards of citizens. The gradual recovery of the economy in 2016 was characterized by a 2.8% growth in gross domestic product (hereinafter: GDP), as compared to 0.8% in 2015, a slight increase in consumer prices from 1.5% in 2015 to 1.6% in 2016, declining unemployment from 17.7% to 15.3% and a slight increase in average earnings from 368 euros in 2012 to 374.1 euros in 2016. By the end of the year, the exchange rate of dinar against euro amounted to 123.4723, as

¹ President of the Association of Insurance Clients

E-mail: ukosbg@gmail.com

Paper received: 4. 9. 2017

Paper accepted: 10. 9. 2017

compared to 121.6261 at the end of 2015, and against the US dollar to 117.1353, as compared to 111.2468 in 2015.

Insurance, as a specific activity, is subject to special supervision and control by the National Bank of Serbia (hereinafter: NBS) in accordance with the law and legal regulations adopted by the NBS. For this purpose, they use the data that insurance and reinsurance companies provide to the NBS and the Business Registers Agency (hereinafter: APR).

In May 2016, the National Bank of Serbia granted approval for voluntary liquidation of the "AS insurance" which transacted the non-life business, and at the beginning of October 2016, they dismissed two members of the management board of the "AMS insurance"²

The process of aligning insurance companies, reinsurance companies, insurance brokerage companies, insurance agencies and agents with the provisions of the new Insurance Law, initiated in 2015, has been completed.

The dinar amounts quoted in this paper are converted into euros at the mean exchange rate of the National Bank of Serbia as of December 31 each year (2016 = 123.4723; 2015 = 121.6261). The percentages behind the amounts presented in euros indicate the growth, i.e. decline observed in euros.

2. Insurance Market Participants

At the end of 2016, there were 19 insurance companies in the Serbian insurance market, one company less than in 2015 and/or 4 reinsurance companies, as in 2015. Life and non-life insurance activities were transacted by six companies, five companies transacted only life insurance and eight companies only non-life insurance.

According to the ownership structure, 17 companies (14 insurance and 3 reinsurance companies) were foreign owned and six companies domestically owned (5 insurance companies and 1 reinsurance company).

In addition to insurance companies, the sales network includes 19 banks and 5 financial leasing companies, who were granted license for insurance agency, 89 legal entities (for insurance brokerage, agency and provision of other insurance services), 95 (individuals –entrepreneurs) insurance agents, 3,984 authorized brokers (1,002 authorized brokers-persons who can perform insurance brokerage because they fulfilled the obligation of continuous professional development and 2,982 authorized brokers-persons not allowed to perform insurance brokerage because they have not met the obligation of continuous professional development) and 16,166 authorized agents (10,956 active authorized agents who can perform insurance agency because they have fulfilled the obligation of continuous professional

² National Bank of Serbia, Decision G. No. 7697 of October 7, 2016.

development and 5,210 passive authorized agents who cannot perform insurance agency because they have not fulfilled the obligation of continuous professional development)³. Conclusion of the MTPL insurance contracts is also performed by legal entities who, in accordance with the regulations on road traffic safety, perform technical inspection of motor vehicles.

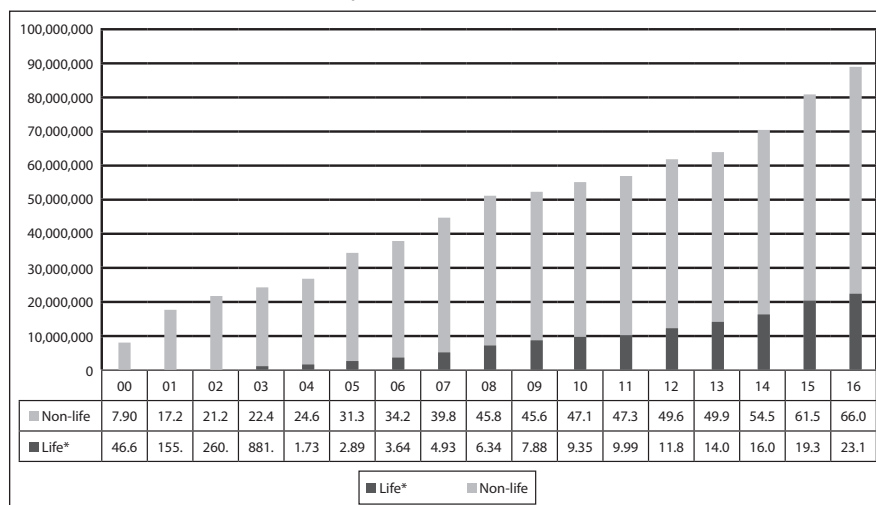
The number of employees of insurance and reinsurance companies increased from 10,859 in 2015 to 11,045 in 2016 (10,974 persons in insurance and 71 in reinsurance activity)⁴.

3. Insurance Premium

Despite the unfavorable circumstances in the international environment, the improvement of the macroeconomic and business environment, gradual economic recovery, industrial production growth, commenced structural reforms and fiscal adjustment in Serbia influenced positively the development of the insurance market, which in the long run also reflected on the growth of the gross insurance premiums.

According to the data of the Association of Serbian Insurers (“UOS”) and the National Bank of Serbia, Chart 1 shows the gross insurance premium trend in the last 17 years.

Chart 1: Gross insurance premium in Serbia 2000-2016 in 000 dinars



Source: Association of Serbian Insurers and NBS (2017c)

³ NBS (2017b) Balance as at 4.9.2017

⁴ APR, Average number of employees shown in the balance sheet as of 31.12.2016.

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

The development of the insurance market is characterized by a long-term growth tendency. The gross insurance premium in 2016 amounted to 89.1 billion dinars (721.9 million euros) as compared to 8 billion dinars (135.7 million euros) in 2000. In 2016, life insurance accounted for 23.1 billion dinars (187.3 million euros), as compared to 46.7 million dinars (796 thousand euros), whereas the non-life insurance accounted for 66 billion dinars (534.6 million euros), as compared to 7.9 billion dinars (134.8 million euros) in 2000.

Table 1: Gross premium per lines of insurance in 2015 and 2016 in 000 dinars

Code	Line of Insurance Business	Gross Insurance Premium		% share		Index 16/15
		2015	2016	2015	2016	
01	Personal accident insurance	4,290,428	4,364,553	5.3	4.9	101.7
02	Voluntary health insurance	1,585,351	2,229,411	2.0	2.5	140.6
03	Motor vehicle insurance	6,229,061	6,916,653	7.7	7.8	111.0
04	Rolling stock insurance	131,808	117,571	0.2	0.1	89.2
05	Aircrafts insurance	104,101	123,877	0.1	0.1	119.0
06	Vessels insurance	89,636	106,941	0.1	0.1	119.3
07	Goods in transit	661,609	636,357	0.8	0.7	96.2
08	Property against fire and allied perils	5,070,839	5,011,862	6.3	5.6	98.8
09	Other property insurance	9,678,115	10,585,926	12.0	11.9	109.4
10	Motor TPL	29,007,381	30,268,398	35.8	34.0	104.3
11	Aircraft liability	103,352	100,327	0.1	0.1	97.1
12	Vessel liability	26,418	27,983	0.0	0.0	105.9
13	General liability	1,492,339	1,922,784	1.8	2.2	128.8
14	Credit insurance	445,481	850,216	0.6	1.0	190.9
15	Warranty insurance	69,019	84,626	0.1	0.1	122.6
16	Financial loss insurance	804,334	742,473	1.0	0.8	92.3
17	Legal expenses insurance	5,852	6,587	0.0	0.0	112.6
18	Roadside assistance	1,766,370	1,913,733	2.2	2.1	108.3
19	Other non-life lines	0	0	0.0	0.0	0.0
I	NON-LIFE INSURANCE (1-19)	61,561,494	66,010,278	76.1	74.1	107.2
20	Life insurance	17,519,145	21,218,225	21.6	23.8	121.1
21	Annuities	622,647	604,216	0.8	0.7	97.0
22.01	Accident rider to life insurance	1,075,812	1,131,893	1.3	1.3	105.2
22.02	Health rider to life insurance	132,716	158,633	0.2	0.2	119.5
22	Supplementary life insurance	1,208,528	1,290,526	1.5	1.4	106.8
23	Voluntary pension insurance	0	0	0.0	0.0	0.0
24	Other life lines	13,974	12,790	0.0	0.0	91.5

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

Code	Line of Insurance Business	Gross Insurance Premium		% share		Index
		2015	2016	2015	2016	16/15
25	Unit-linked life insurance		1,951	0.0	0.0	0.0
II	LIFE INSURANCE (20 - 25)	19,364,294	23,127,708	23.9	25.9	119.4
III	TOTAL (I+II)	80,925,788	89,137,986	100.0	100.0	110.1

Source: National Bank of Serbia (2017c)

Total insurance premium in 2016 amounted to 89.1 billion dinars (721.9 million euros), as compared to 80.9 billion dinars (665.4 million euros) in 2015. It was higher by RSD 8.2 billion or 10.1% (EUR 66.5 million euros or 8.5%), as compared to the increase of RSD 10.4 billion or 14.7% (EUR 82.3 million euros or 14.1%) in 2015⁵. Observed by lines of insurance, despite the small decline, the largest share in the total premium of 34% (as compared to 35.8% in 2015) was accounted for by motor TPL insurance. The second place of 23.8% (as compared to 21.6%) belongs to life insurance, and the third of 11.9% (as compared to 12% in 2015) to other property lines. These three types of insurance together accounted for 69.6% (as compared to 69.5% in 2015) of the total insurance premium.

The 2016 non-life premium amounted to RSD 66 billion (EUR 534.6 million) or 74.1% as compared to 61.5 billion dinars (506.2 million euros) or 76.1% of the total gross premium in 2015. It increased by 4.4 billion dinars or 7.2%, as compared to the increase of 7 billion dinars or 12.9% in 2015. The highest growth in absolute amount was recorded by MTPL insurance, followed by the motor hull and voluntary health insurance, whereas the major drop was recorded by insurance of financial losses, property against fire and allied perils and goods in transit.

Life insurance premium continued its long-term growth trend, reaching 23.1 billion dinars (187.3 million euros) or 25.9% of the total premium in 2016, as compared to 19.4 billion dinars (159.2 million euros) or 23, 9% in 2015. It was higher by 3.8 billion dinars or 19.4% compared to 3.4 billion dinars or 21% in 2015. Premium growth was recorded in life insurance, supplementary life insurance and unit-linked life insurance, which first appeared in 2016. Annuities insurance and other life lines recorded premium downfall compared to the previous year.

The total realized insurance premium (earned premium) in 2016 amounted to 86,564,911 thousand dinars (701,087,701 euros), as compared to 79,021,994 thousand dinars (649,712,471 euros) in 2015. The premium per capita amounted to 102 euros, compared to 94 euros in 2015 and 77 euros in 2014. The share of the premium in the estimated 2016 GDP increased to 2.1%, as compared to 2% in 2015 and 1.8% in the previous three years

⁵ The percentages in brackets indicate the premium growth declared in euros at the mean exchange rate of the NBS at the end of each year.

4. Allocation of Gross Insurance Premium

The gross insurance premium is allocated into the overhead loading (hereinafter: the OL) and the functional premium divided into the preventive funds for the implementation of measures to prevent and suppress the risks that jeopardize insurance subject-matter and technical premium to cover damages under the concluded insurance contracts and other liabilities for damages.

The overhead loading is applied to cover the underwriting expenses (hereinafter: UWE); however, this obligation (with the exception of MTPL insurance) has not been closely regulated by the law, so that the part of the UWE in xs of the overhead loading is covered by technical premium and other insurance income. In 2016, the overhead loading amounted to 17.7 billion dinars (143.6 million euros) or 19.9% of the gross premium, as compared to 16 billion dinars (131.3 million euros) or 19.7% in 2015. 14 billion dinars (113.7 million euros) or 21.3% were allocated from the gross non-life premium and 3.7 billion dinars (29.9 million euros) or 16% from life premium. As in the previous year, with regard to the non-life insurance, the largest percentage of 44.1% (44.7% in 2015) was set aside from legal expenses insurance, and the lowest 4.9% (4.3% in 2015) from the aircraft insurance. The largest allocation with life insurance, to the amount of 21.3% was recorded in life insurance (20.5% in 2015 with supplementary life insurance), and as in the previous year, the lowest 15% from annuity insurance (15.2% in 2015).

The prevention funds are allocated only from non-life premiums. They amounted to RSD 946 million (EUR 7.7 million) or 1.4% of the gross premium, as compared to 898 million dinars (7.4 million euros) or 1.5% in 2015. Observed by line of insurance, most of the prevention funds - 62.4% - is accounted for by the MTPL insurance, 12.1% by other property insurance and 7.6% by motor hull insurance, which totals 82.1%, as compared to 81.6% in 2015 (63% MTPL, 11.7% other property insurance and 6.9% motor hull).

The technical insurance premium (gross premium less overhead expenses and preventive funds) amounted to 70.5 billion dinars (570.7 million euros) or 79% of the gross premium (84% life and 77.3% non-life), as compared to 64.1 billion dinar (EUR 526.7 million) or 79.2% (83.6% life and 77.8% non-life) in 2015. When the UWE are taken in lieu of the overhead loading, the technical premium is reduced to 60.9 billion dinars (493 million euros) or 68.3% (75.8% life and 65.6% non-life), as compared to 53.8 billion RSD (442 million EUR) or 66.4% (73.5% life and 64.2% non-life insurance) in 2015.

5. Claims for Indemnity

Claims for indemnity include a number of reserved reported claims (RRC) at the end of 2015, a number of filled claims for indemnity (FC), a number of cancelled and rejected (Cancl. and Rej.) claims, a number and amount of settled claims (SC) and a number and amount of the reserved reported claims (RRC) in 2016.

Table 2: Reported, settled, reserved claims reported and the average of settled and reserved reported claims in 2016 in 000 dinars

Code	Line of insurance	RRC 2015	Number of claims for indemnity in 2016				Average in 000 dinars*	
			FC	Cancl and Rej	SC	RRC	SC	RRC
01	Accident	2,320	83,136	16,395	66,680	2,381	40	87
02	Voluntary health	6,971	190,763	11,331	167,437	18,966	10	6
03	Motor vehicles	8,434	72,444	6,370	64,476	10,032	84	95
04	Rolling stock	22	229	63	153	35	159	382
05	Aircrafts insurance	4	7	1	3	7	4,690	4,751
06	Vessels insurance	20	61	16	58	7	1,096	818
07	Goods in transit	35	771	73	689	44	281	4,173
08	Property against fire and allied perils	469	10,531	2,206	8,246	548	181	1,343
09	Other property insurance	1,588	75,400	11,435	63,640	1,913	97	552
10	Motor TPL	11,274	63,245	7,779	54,725	12,015	180	692
11	Aircraft liability	1	2	0	0	3	0	121
12	Vessel liability	0	1	0	1	0	1,318	0
13	General liability	1,168	9,304	1,904	7,142	1,426	74	492
14	Credit insurance	314	6,907	221	6,681	319	42	99
15	Warranty insurance	32	550	94	388	100	65	37
16	Financial loss insurance	54	1,496	492	1,026	32	107	287
17	Legal expenses insurance	3	0	2	0	1	0	123
18	Roadside assistance	1,426	49,402	3,971	45,304	1,553	18	76
19	Other non-life	0	0	0	0	0	0	0
I	NON-LIFE INSURANCE (1-19)	34,135	564,249	62,353	486,649	49,382	60	253
20	Life insurance	1,055	31,156	807	29,969	1,435	197	208
21	Annuities	16	1,645	3	1,631	27	197	85
22	Supplementary life insurance	699	5,727	2,145	3,480	801	74	150
23	Voluntary pension insurance	0	0	0	0	0	0	0

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

Code	Line of insurance	RRC 2015	Number of claims for indemnity in 2016				Average in 000 dinars*	
			FC	Cancl and Rej	SC	RRC	SC	RRC
24	Other life lines	3	107	8	82	20	311	1
25	Unit-lined life insurance	0	0	0	0	0	0	0
II	LIFE (20 to 24)	1,773	38,635	2,963	35,162	2,283	185	184
III	TOTAL (I+II)	35,908	602,884	65,316	521,811	51,665	68	250

* The calculation of average settled claims did not include the number of rejected and cancelled claims for indemnity.
Source: The National Bank of Serbia (2017c)

As in the previous year, the growth in the total number of all categories of claims for indemnity and the downfall in the average amount of settled and reserved reported claims continued. The number of filed claims increased by 14.3 percent as compared to 8.7 percent, the number of cancelled and rejected claims by 13.3 percent as compared to 1.8 percent, the number of settled and paid by 12.7 percent as compared to 8 percent and the number of reserved reported claims increased by as much as 42.5% as compared to 18.1% at the end of 2015.

There were 638,792 claims under adjustment, compared to 556,875 claims in 2015. The number of settled claims amounted to 587,127 or 91.9 percent, compared to 520,625 claims or 93.5 percent in 2015. At the end of 2016, 51,665 claims or 8.1 percent were reserved, compared to 36,250 claims or 6.5 percent in 2015. Of the settled claims, 65,316 claims or 11.1% were cancelled and rejected, as compared to 57,637 claims or 11.1%, and/or 521,811 claims or 88.9% were settled and paid, as compared to 462,988 claims or 88.9% in 2015.

The average settled and reserved claims for indemnity was calculated on the basis of the number of claims settled in Table 2 and the amount of claims settled in Table 3, whereas the average reserved reported claims was stated on the basis of the number of items in Table 2 and the part of the amount in Table 4 referring to RRC. The average amounts depend to a large extent on the specificity of each line of insurance⁶. The average settled claim of 68 thousand dinars was reduced by 3.9 percent, as compared to 0.6 percent, and the average reserved claims of 250 thousand dinars by 31.3 percent, as compared to 17.8 percent in 2015.

With the non-life insurance, the lowest average was registered with voluntary health insurance (10 thousand dinars settled and 6 thousand dinars reserved claims), and the highest with the aircraft insurance (4,690 thousand dinars settled and 4,751 thousand dinars reserved claims).

With life insurance, the average of settled claims ranged between RSD 74 thousand in supplementary life insurance and RSD 311 thousand in other lines

⁶ The average is net of the number of canceled and rejected claims for indemnity.

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

of insurance, and of the reserved items between RSD 1 thousand in other lines of insurance and RSD 208 thousand in life insurance

Table 3: Settled claims for indemnity in 2015 and 2016 in 000 dinars

Code	Line of insurance	2015			2016		
		Amount	%	Index*	Amount	%	Index*
01	Personal Accident insurance	2,727,833	9.8	105.8	2,664,302	9.1	97.7
02	Voluntary health insurance	1,257,584	4.5	124.8	1,592,098	5.5	126.6
03	Motor vehicles insurance	4,750,072	17.1	94.4	5,391,255	18.5	113.5
04	Rolling stock insurance	55,558	0.2	209.3	24,338	0.1	43.8
05	Aircrafts insurance	49,116	0.2	935.9	14,071	0.0	28.6
06	Vessels insurance	31,910	0.1	58.8	63,583	0.2	199.3
07	Goods in transit	123,214	0.4	68.8	193,903	0.7	157.4
08	Property against fire and allied perils	4,371,859	15.7	173.7	1,496,279	5.1	34.2
09	Other property lines	4,178,927	15.0	93.5	6,174,376	21.2	147.8
10	Motor TPL	8,802,904	31.7	100.5	9,831,891	33.7	111.7
11	Aircraft liability	299	0.0	0.0	11	0.0	3.7
12	Vessel liability	1	0.0	48.6	1,318	0.0	0.0
13	General liability	334,461	1.2	99.4	529,271	1.8	158.2
14	Credit insurance	146,084	0.5	218.4	277,754	1.0	190.1
15	Warranty insurance	42,849	0.2	178.0	25,155	0.1	58.7
16	Financial loss insurance	95,875	0.3	144.6	109,810	0.4	114.5
17	Legal expenses insurance	42	0.0	15.6	0	0.0	0.0
18	Roadside assistance	821,180	3.0	126.7	797,302	2.7	97.1
19	Other non-life	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
I	NON-LIFE INSURANCE (1-19)	27,789,768	100.0	107.8	29,186,717	100.0	105.0
20	Life insurance	4,580,608	89.3	110.5	5,892,461	90.7	128.6
21	Annuities	278,815	5.4	109.7	321,070	4.9	115.2
22	Supplementary life	257,631	5.0	100.9	256,992	4.0	99.8
23	Voluntary pension insurance	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
24	Other life lines	10,185	0.2	13.1	25,479	0.4	250.2
25	Unit-linked life insurance		0.0	0.0	0	0.0	
II	LIFE (20 to 24)	5,127,239	100.0	108.3	6,496,002	100.0	126.7
III	TOTAL (I+II)	32,917,007	100.0	107.9	35,682,719	100.0	108.4

* Previous year = 100.

Source: The National Bank of Serbia (2017c)

*Settled claims including expenses*⁷ amounted to 35.7 billion dinars (289 million euros), compared to 32.9 billion dinars (270.6 million euros) in 2015. They increased by 8.4 percent as a result of an increased life insurance claims of 26.7 percent and non-life insurance of 5 percent.

In the structure of non-life claims, 73.4% refers to three lines of insurance with the highest share (18.5% motor hull, 21.2% other property insurance and 33.7% MTPL), as compared to 63.8% (17.1% motor hull, 15% other property insurance and 31.7% MTPL) in 2015. A sharper reduction in participation, from 15.7% in 2015 to 5.1% in 2016, was recorded in fire and allied perils insurance. Compared to the previous year, the growth by line of insurance ranged between 11.7% in MTPL and 99.3% in insurance of vessels, as compared to 5.2% in accident and 830.8% in aircraft insurance in 2015. There was a downfall of 2.3% in the accident insurance and 96.3% in the aircraft liability insurance, as compared to a 1.1% drop in general liability and 84.5% in the insurance of legal expenses in 2015.

In the life insurance lines, the largest share of settled damages of 90.7% was recorded in ordinary life insurance and 9.3% in all other life lines.

Income from recourses and sales of insured damaged items (hereinafter referred to as "income from recourse") amounted to 1,478,007 thousand dinars, compared to 1,285,746 thousand dinars in 2015⁸, of which 580,039 thousand dinars relate to MTPL insurance, compared to 662,806 thousand dinars in 2015. In the calculation of actual losses, the income from recourse in 2016 was allocated as per lines of insurance based on the data gathered from individual profit and loss accounts by insurance groups, in proportion to the average share of income from recourses by line of insurance in the previous three years⁹.

Indirect damages under compulsory traffic insurance were not included in the number and amount of the settled and reserved claims in Tables 2, 3 and 4. They were covered by contributions to the Republic Health Insurance Fund (hereinafter: RFZO) and contributions to the guarantee fund at the Association of Serbian Insurers (hereinafter: GF). The contribution to the RFZO amounted to 5% of the gross insurance premium (1.5 billion dinars) or 15.4%, compared to 16.5% in 2015 of the amount of paid MTPL claims. The contribution to the guarantee fund was 1.3 billion dinars or 5.4%, compared to 5.5% of the gross premium, whereas in the amount of compensations paid for all types of compulsory traffic insurance - 13.6% compared to 14.9% in 2015.

⁷ Costs related to damages, including damages from received coinsurance, include the costs of insight, assessment, liquidation and payment, legal expenses, expert fees, recovery and other costs.

⁸ www.apr.gov.rs

⁹ The National Bank of Serbia did not publish the data on income from recourse in 2016, due to which the collective data from the profit and loss account by insurance groups are allocated to types of insurance in proportion to the amount of gross premiums, except for insurance of motor hull and insurance of aircrafts for which there are special profit and loss accounts, whereas for the MTPL insurance the data of the Association of Serbian Insurers are used.

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

Reserved claims in Table 2 are shown by number and average amount of reserved reported claims, and the Table 4 shows the total amount of the reserved claims that includes the sum of reserved reported and reserved non-reported claims.

Table 4: Reserved claims for indemnity in 2015 and 2016 in 000 dinars

Code	Line of insurance	2015			2016		
		Amount	%	Index*	Amount	%	Index*
01	Accident	1,224,605	4.7	113.4	1,193,767	4.4	97.5
02	Voluntary health insurance	308,559	1.2	138.4	412,007	1.5	133.5
03	Motor vehicles insurance	1,569,678	6.1	110.1	1,686,160	6.2	107.4
04	Rolling stock insurance	34,636	0.1	105.3	29,366	0.1	84.8
05	Aircrafts insurance	87,153	0.3	166.6	43,424	0.2	49.8
06	Vessels insurance	25,193	0.1	109.2	19,064	0.1	75.7
07	Goods in transit	220,717	0.9	331.6	240,520	0.9	109.0
08	Property against fire and allied perils	1,800,780	6.9	96.1	1,071,606	3.9	59.5
09	Other property insurance	2,424,410	9.4	82.7	2,024,627	7.4	83.5
10	Motor TPL	16,720,700	64.5	104.5	18,757,108	68.6	112.2
11	Aircraft liability	30	0.0	0.0	399	0.0	1330.0
12	Vessel liability	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
13	General liability	1,125,755	4.3	205.9	1,343,423	4.9	119.3
14	Credit insurance	61,448	0.2	192.0	138,069	0.5	224.7
15	Warranty insurance	12,415	0.0	53.8	20,100	0.1	161.9
16	Financial loss insurance	40,450	0.2	42.2	43,333	0.2	107.1
17	Legal expenses insurance	572	0.0	87.5	962	0.0	168.2
18	Roadside assistance	268,455	1.0	111.1	318,766	1.2	118.7
19	Other non-life lines	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
I	NON-LIFE INSURANCE (1-19)	25,925,556	100.0	105.2	27,342,701	100.0	105.5
20	Life insurance	219,125	51.6	103.2	302,118	57.5	137.9
21	Annuities	1,615	0.4	1495.2	2,294	0.4	142.0
22	Supplementary life	203,670	48.0	121.3	221,035	42.1	108.5
23	Voluntary pension insurance	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
24	Other life lines	61	0.0	0.0	26	0.0	42.6
25	Unit-linked life insurance		0.0	0.0	0	0.0	
II	LIFE (20 to 24)	424,471	100.0	111.6	525,473	100.0	123.8
III	TOTAL (I+II)	26,350,027	200.0	105.3	27,868,174	200.0	105.8

* Previous year = 100

Source: The National Bank of Serbia (2017c)

Reserved claims for indemnity at the end of 2016 amounted to 27.9 billion dinars (225.7 million euros), as compared to 26.4 billion dinars (216.6 million euros) in 2015. The majority of 98.1% belongs to non-life and 1.9% to life insurance lines, as compared to 98.4% and/or 1.6% in 2015. Observed by lines of non-life insurance, the highest share of 68.6% was recorded by MTPL, and the lowest of 0.1% by the warranties, as compared to 64.5% of MTPL and 0.1% of insurance of rolling stock and vessels in 2015. In life insurance, the share ranged from 0.4% with the annuity insurance to 57.5% with life insurance, as compared to 0.4% and/or 51.6% with these lines in 2015.

Compared to the previous year, the amount of reserved claims increased by 5.8% (23.8% life and 5.5% non-life insurance), as compared to 5.3% (11.6% of life and 5.2% non-life insurance) in 2015. By lines of non-life, the increase ranged from 7.1% in insurance of financial losses to as much as 1230, % with aircraft insurance, whereas the decrease ranged from 2.5% in accident insurance to 50.2% in aircraft insurance. By lines of life, the increase ranged between 8.5% in supplementary life and 42% in the annuity insurance, while the decrease of 47.4% was recorded only by other life lines.

Reserved reported claims amounted to 12.9 billion dinars (104.4 million euros), as compared to 13.2 billion dinars (108.3 million euros) in 2015. Major share of 96.7% belonged to non-life, and significantly less - 3.3% to life insurance, compared to 97.5% to non-life, and 2.5% to life insurance in 2015. In non-life, 82.7% as covered by three largest lines of insurance (7.6% by motor hull, 8.5% other property insurance and 66.6% MTPL) whereas 17.3% of the total amount of reserved reported non-life claims was covered by all other insurance lines. 71% of the life reserves was accounted for by ordinary life insurance and 29% referred to all other life lines.

Reserved unreported claims amounted to 15 billion dinars (121.3 million euros), as compared to 13.2 billion dinars (108.3 million euros) in 2015. The largest share of 99.3%, compared to 99.2% belongs to non-life and 0.7%, compared to 0.8% in 2015, to life lines. 83.4% (6.6% accident insurance, 6.5% other property insurance and 70.3% MTPL) of the reserved amount for non-life insurance is accounted for by three largest lines and 16.6% by all other lines of insurance. In life insurance, 97.1% was accounted for by the supplementary life insurance and the remaining 2.9% to life insurance.

Technical insurance reserves are determined on the basis of the deeds of the business policy of the insurance company and the decisions of the NBS regulating the closer criteria and method of accounting for technical insurance reserves, in accordance with the law regulating insurance¹⁰

¹⁰ Decision on Technical Reserves (*Official Gazette of the Republic of Serbia, No. 42/2015*) replacing the Decision on closer criteria and method of calculating unearned premiums (*Official Gazette of RS, No. 19/2005*); Decision on closer criteria and method of calculation of the reserved claims (*Official Gazette of RS, number 86/2007*); Decision on closer criteria and method of calculation of risk equalization reserves (*Official Gazette of RS, No. 13/2005 and 23/2006*) and Decision on closer criteria and method of calculation of mathematical reserves and profit sharing reserve (*Official Gazette of RS, No. 7 / 2010, 93/2011 and 87/2012*).

Table 5: Technical insurance reserves in 2015 and 2016 in 000 dinars

No.	Description	2015		2016		
		Amount	%	Amount	%	Growth
1	Unearned life premium	281,497	0.2	396,368	0.3	140.8
2	Unearned non-life premium	26,496,374	21.3	28,898,716	20.3	109.1
3	<i>Unearned premium total</i>	26,777,871	21.6	29,295,084	20.6	109.4
4	Reserved claims - life	424,471	0.3	525,473	0.4	123.8
5	Reserved claims –non-life	25,925,556	20.9	27,342,701	19.2	105.5
6	<i>Reserved claims - total</i>	26,350,027	21.2	27,868,174	19.6	105.8
7	Risk balancing reserves – non-life	544,503	0.4	781,709	0.5	143.6
8	Mathematical life reserve	68,478,965	55.2	82,270,973	57.8	120.1
9	Reserve for bonuses and discounts -life	706	0.0	4,541	0.0	643.2
10	Reserve for bonuses and discounts –non-life	114,936	0.1	154,993	0.1	134.9
11	<i>Reserve for bonuses and discounts - total</i>	115,642	0.1	159,534	0.1	138.0
12	Unexpired risk reserve-life	961	0.0	0	0.0	0
13	Unexpired risk reserve-non-life	1,870,114	1.5	1,894,522	1.3	101.3
14	<i>Unexpired risk reserve-total</i>	1,871,075	1.5	1,894,522	1.3	101.3
15	Insurance reserves in the investment risk - life	0	0.0	1,785	0.0	0.0
16	<i>Technical reserves total -life</i>	69,186,600	55.7	83,199,140	58.5	120.3
17	<i>Technical reserves total –non-life</i>	54,951,483	44.3	59,072,641	41.5	107.5
18	<i>Technical reserves-total</i>	124,138,083	100.0	142,271,781	100.0	114.6

Source: The National Bank of Serbia (2017c)

Technical insurance reserves amounted to 142.3 billion dinars (1.152.3 million euros), as compared to 124.1 billion dinars (1.020.7 million euros), and were increased by 14.6% as compared to 13.6% in 2015. As in the previous year, the majority of 57.8% of all technical reserves, compared to 55.2% in 2015, belongs to the mathematical life insurance fund, and the minimum of 0.1% to technical reserves for bonuses and discounts. The highest growth of 43.6% was recorded by the risk equalization reserve, while the lowest of 5.8% by the reserved claims.

6. Reinsurance and Outwards Coinsurance

The volume of transferred excess risks into reinsurance and outwards coinsurance recorded a slight increase of premium to the amount of RSD 10.4 billion (EUR 81 million), as compared to 9.9 billion dinars (81.4 million euros) or 11.6%, compared to 12.2% of the gross insurance premium in 2015. Most of the 96.6% of

the reinsurance and passive coinsurance premium is covered by the non-life risk and 3.6% by life insurance risks. The largest part of reinsurance and passive coinsurance premium for non-life, of 34.2%, compared to 34.8% in 2015, was allocated to cover the risks of other property insurance, 21.8% as compared to 24.1% for the insurance of property against fire and allied perils and 10.3% compared to 7.9% for general liability insurance, 9.9% compared to 10.3% for motor hull and 7.3% compared to 6.9% for MTPL insurance, and 16.5% compared to 15.9% in 2015 for 14 other lines of non-life insurance. In life insurance, 64.6% compared to 67.7% is accounted for by supplementary life insurance, and 35.4% compared to 32.3% in 2015 by life insurance.

The share of reinsurance and passive coinsurance in settled insurance claims amounted to RSD 6.6 billion (EUR 52.3 million) or 18.4%, as compared to RSD 4.9 billion (EUR 40.7 million, or 16.1% in 2015. The major part, 98.2% compared to 98.6% belongs to non-life, and 1.8% compared to 1.4% in 2015 to life insurance.

The largest percentage of total claims paid by non-life reinsurance and coinsurance - 39% compared to 18.5% is accounted for by other property insurance lines, 16.7% compared to 11.7% by motor hull insurance, 13.5% compared to 2.8% by MTPL, 10.5% compared to 57.7% by property against fire and allied perils and 7.9% compared to 4.5% by accident insurance, 12.4% compared to 4.8% in 2015 is accounted for by other 14 non-life lines. Out of the share of reinsurers and co-insurers in the life insurance settled damages, 64% compared to 24% refers to ordinary life insurance, 33% compared to 76% to supplementary life insurance, 2.8% to 0% to annuity insurance and 0.2% in 2015 to other life lines.

7. Achieved Business Results

The insurance company prepares financial statements of operations in accordance with the law governing accounting, using the chart of accounts and the content and form of the financial statements prescribed by the NBS in accordance with the law governing insurance.¹¹ The results are determined in accordance with International Accounting Standards and International Financial Reporting Standards. For the purpose of reviewing and analysing the achieved results, financial statements, notes to the financial statements, other business data and some additional insurance specific indicators are used. In addition to the cumulative profit and loss account, the profit and loss accounts per lines of insurance transacted by the

¹¹ Decision on the Chart of Accounts and Contents of the Accounts in the Chart of Accounts for Insurance Companies (*Official Gazette of the Republic of Serbia*, No. 135/2014 and 102/2015) and the Decision on the Content and Form of Financial Statements for Insurance Companies (*Official Gazette of the Republic of Serbia*, No. 135 / 2014, 141/2014 and 102/2015).

insurance company are provided, with the obligation to indicate in the heading of those balances the line of business they relate to¹².

With the non-life insurance, in addition to the cumulative profit and loss account, individual profit and loss accounts are composed for two lines of business, *motor hull (03) and insurance of aircrafts (05)*, as well as for six insurance groups. the accident insurance and VHI – personal accident insurance (01) and voluntary health insurance (02), insurance of vessels and Insurance of accidents and DZO - insurance of persons from consequences of the accident (01) and voluntary health insurance (02), insurance of vessels and transport - insurance of rolling stock (04), insurance of vessels (06) and insurance of transport (07) *property insurance lines* –property against fire and (08) other property insurance (09), *liability insurance* – MTPL (10), aircraft liability (11), vessel liability (12) and general liability (13), *credit and guarantee insurance* – insurance of credits (14) and guarantee insurance (15), and non-grouped non-life insurance - insurance of financial losses (16), insurance of legal expenses (17), roadside assistance insurance (18) and other non-life insurance (19).

An integral part of the annual business report is a comparative overview of revenues and expenditures in carrying out MTPL insurance activities that the company compiles in accordance with the law regulating compulsory traffic insurance.

In addition to the cumulative profit and loss account of life insurance, an individual income statement is compiled *for life insurance (20) and for life insurance lines excluding ordinary life - annuity insurance (21)*, supplementary life insurance (22), other life lines (24) and unit-linked life insurance (25).

Below is a 2016 summary of the performance of all insurance companies, using ratio numbers, the actual technical result and profit and/or loss.

7.1. Ratio Numbers and Actual Technical Result

Ratio numbers and the actual technical result of insurance have a special significance for determining and analysing the achieved business results, for the technical organization of the insurance function, for drafting, amending and supplementing general acts and acts of business policy and for assessing the standing of insurance companies.

¹² Financial statements are submitted to the Agency for Business Registers in accordance with the law governing accounting and the National Bank of Serbia, in accordance with the law regulating insurance and the law governing compulsory insurance in traffic.

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

Table 6: Ratio numbers and actual technical insurance result of as of 31.12.2016

Code	Ratio number			Combined		Technical result in 000 dinars and %			
	OL*	UWE**	Damage***	OL	UWE	With OL	%	With UWE	%
01	32.0	76.2	62.4	94.4	138.6	284,169	90.3	-1,580,052	249.9
02	25.7	61.1	85.7	111.4	146.9	-200,083	113.4	-900,791	213.3
03	25.1	36.4	76.7	101.8	113.1	-81,210	101.6	-821,208	119.5
04	18.4	33.4	16.6	34.9	49.9	74,033	20.3	56,947	24.9
05	5.8	73.2	0.0	0.0	44.7	131,775	0.0	61,525	0.0
06	31.4	57.1	61.2	92.6	118.2	9,818	85.2	-13,897	132.6
07	19.6	35.5	31.9	51.4	67.4	305,503	40.1	202,965	50.2
08	19.3	23.1	15.6	34.9	38.8	3,147,820	19.4	2,961,561	20.3
09	22.8	27.3	56.5	79.3	83.9	2,123,632	73.1	1,658,734	77.7
10	18.4	25.6	46.9	65.3	72.5	9,819,996	58.5	7,688,422	64.3
11	5.7	11.9	0.0	5.8	12.0	83,858	0.0	78,377	0.0
12	26.3	54.6	6.4	32.7	61.0	17,348	8.4	10,356	13.3
13	18.7	38.7	42.5	61.1	81.2	722,027	50.8	369,077	66.9
14	59.1	38.4	46.7	105.8	85.1	104,021	70.2	212,588	53.5
15	23.0	14.9	36.6	59.6	51.5	33,743	49.3	40,980	44.5
16	23.8	51.2	12.7	36.6	63.9	489,441	18.7	247,824	31.2
17	45.9	98.5	6.2	52.0	104.6	3,134	11.1	-201	206.4
18	41.0	87.9	44.7	85.6	132.6	276,116	75.4	-615,004	364.7
19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.0
I	22.1	34.2	50.3	72.4	84.5	17,345,142	64.8	9,658,204	76.8
20	15.8	24.3	91.4	107.2	115.7	-1,501,862	108.4	-3,311,522	120.7
21	15.0	18.9	122.5	137.5	141.3	-226,316	144.1	-249,698	150.9
22	20.8	26.2	23.8	44.6	50.0	640,827	29.7	640,827	31.8
23	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	25.2	31.7	247.7	272.9	279.4	-22,113	331.1	-22,945	362.6
25	10.3	13.0	2.8	13.1	15.8	1,695	3.1	1,643	3.2
II	16.0	24.3	88.6	104.6	112.9	-1,040,220	105.4	-2,941,695	116.9
III	20.5	31.6	60.5	81.0	92.1	16,304,922	76.3	6,716,509	88.6

* OL =Overhead Loading

** Underwriting expenses are allocated per lines of insurance on the basis of individual profit and loss accounts pro rata the amount of gross premium per each line of business pertaining to the particular insurance group, and for the MTPL on the basis of data of the Association of Serbian Insurers.

*** With the code 01, 10, 11 and 12, the actual losses include the contribution to the GF, with code 10 also the contribution to RFZO, and with code 20, 21, 22 and 24 the mathematical reserve to the amount of balance at the end of the current and previous year.

Source: The National Bank of Serbia (2017c), the UOS for the MTPL underwriting expenses, and the APR for the underwriting expenses of life and other non-life lines.

The ratio of the overhead loading amounted to 20.5% (16% life, 22.1% non-life), as compared to 20.2% (16.4% life, 21.4% non-life) in 2015. Observed by lines

of life insurance, it ranged between 10.3% in unit-linked life insurance to 25.2% in other life lines, and in non-life insurance from 5.7% with insurance against liability of aircraft owners up to 59.1 % with credit insurance.

The ratio of underwriting expenses continues to decline from 37.2% (30.2% life, 39.4% non-life insurance) in 2014, through 33.2% (26.5% life, 35.4% non-life insurance) in 2015 to 31.6% (24.3% life, 34.2% non-life insurance) in 2016. With life insurance lines, it ranged from 13% in unit-linked insurance to 31.7% in other life lines. Observed by lines of non-life insurance, the differences are very high, from 11.9% in the insurance against the liability of aircraft owners to as much as 98.5% in the insurance of legal expenses.

The claims ratio registered a slight increase to 60.5% (88.6% life, 50.3% non-life insurance) from 59.6% (85.7% life, 51.2% non-life insurance) in 2015¹³. In life insurance, it ranged between 2.8% in unit-linked insurance to 247.7% in other life lines, whereas in the non-life lines, it ranged from the lowest 6.2% in the insurance of legal expenses to a maximum of 85.7 % in voluntary health insurance

The combined ratio of overhead loading and claims increased to 81% (104.6% life, 72.4% non-life insurance), compared to 79.8% (102.1% life, 72.6% non-life insurance) in 2015. With life insurance lines, it ranged between 13.1% in unit-linked insurances and 272.9% in other life lines, while in non-life insurance, from 5.8% in insurance against liability of aircraft owners up to 111.4% in voluntary health insurance.

The combined ratio of underwriting expenses and claims recorded a slight decrease to 92.1% (112.9% life, 84.5% non-life insurance), compared to 92.9% (112.2% life, 86.6% non-life insurance) in 2015¹⁴. In life insurance, it ranged from 15.8% in unit-linked insurance and 279.4% in other life lines, while with non-life insurance, from 12% in aircraft liability insurance up to 146.9% in voluntary health insurance.

The underwriting expenses amounted to RSD 27.3 billion (EUR 221.3 million) or 31.6%, compared to RSD 26.3 billion (EUR 216 million) or 32.5% of the total gross premium in 2015¹⁵. Life insurance UWE amounted to RSD 5.6 billion (EUR 45.3 million), and non-life insurance UWE to RSD 21.7 billion (EUR 176 million). The trend of

¹³ The damages under compulsory traffic insurance include the contributions to the guarantee fund at the Association of Serbian Insurers, and in case of motor vehicle TPL insurance, the contribution to the Republican Health Insurance Fund as well, which serves to cover the recourse claims of all social security organizations.

¹⁴ The National Bank of Serbia, Annual Report on Operations and Results 2016 p. 54, the combined non-life insurance ratio (the sum of actual claims and underwriting expenses incurred according to the actual retained premium) is 89.1% versus 94.8% and the benefit ratios, as an indicator of the adequacy of life insurance premium (the ratio of sum of settled claims and changes in technical reserves in self-retention according to the actual retained premium) amounts to 90.1% compared to 86.9% in 2015.

¹⁵ www.apr.gov.rs

increasing the coverage of the underwriting expenses by overhead loading from 58.5% (58% of life, 58.6% non-life insurance) in 2014, through 60.8% (61.8% life, 60.5% non-life insurance) in 2015 to 64.9% (66% life, 64.6% non-life insurance) in 2016.

The actual technical result with overhead loading without the effects of reinsurance and outwards co-insurance amounts to 16.3 billion dinars (132 million euros) and/or 76.3 percent, as compared to 14.8 billion dinars (122 million euros) or 76 percent in 2015. With non-life insurance, a positive technical result of 17.3 billion dinars (140.5 million euros) was achieved, i.e. 64.8 percent, as a result of a movement of 8.4% in the vessel owners liability insurance to 113.4% in the voluntary health insurance. With life insurance, a negative technical result of 1 billion dinars (8.4 million euros) or 105.4 percent was recorded, as a result of the movement between the most favorable of 3.1% in unit-linked insurance and the most unfavorable of 331.1% in other life lines.

The actual technical result with an overhead loading, as an indicator of price and adequacy policy, i.e. sufficiency of premium systems confirms that premium systems of all types of insurance, except voluntary health insurance, 113.4% (2015 = 124.8%), motor hull 101.6% (2015 = 95.8%), life insurance 108, 4% (2015 = 104.8%), annuity insurance 144.1% (2015 = 125.4%) and other life lines 331.1 (2015 = 1516.4%), were sufficient to cover the liabilities under the insurance contract, underwriting expenses up to the amount of calculated overhead loading and other legal liabilities.

*The actual technical result with underwriting expenses without the effects of reinsurance and outwards coinsurance*¹⁶ amounts to 6.7 billion dinars (54.4 million euros) or 88.6%, as compared to 4.5 billion dinars (37.3 million euros) or 91.2%) in 2015. The non-life insurance recorded a positive result of 6.9 billion dinars (56.6 million euros) or 76.8% compared to 6.9 billion dinars (56.6 million euros), i.e. 81.6%, whereas in life insurance, the negative result amounted to RSD 2.9 billion (EUR 23.8 million) or 116.9%, compared to RSD 2.3 billion (EUR 19.3 million), or 116.5% in the year before. Observed by lines of non-life insurance, the most favorable result of 13.3% was recorded by vessel owners' liability insurance, and the most unfavorable of 364.7% by roadside assistance insurance. With the life insurance, it ranged between 3.2% in unit-linked insurance and 362.6% in other life lines. The tariff systems were insufficient to cover the obligations under the insurance contract, underwriting expenses and other legal liabilities in six types of non-life insurance (accidents 249.9% (2015 = 123.2%), voluntary health insurance 213.3 (2015 = 169.4%), motor hull 119.5% (2015 = 131.4%), insurance of vessels 132.6% (2015 = 69.9%), insurance of legal expenses 206.4% (2015 = 0.0%) and roadside assistance expenses 364.7% (2015 = 85.3%), and in three types of life insurance (ordinary life insurance 120.7%

¹⁶ The underwriting expenses are determined through the APR based on the profit and loss account of the insurance companies. They are allocated according to the lines of insurance based on the individual P&L accounts by lines and insurance groups in proportion to the amount of gross premium, and for MTPL insurance based on UOS data.

M. Cerović: Underwriting Results in Serbia in 2016

(2015 = 119.5%), annuity insurance 150.9% (2015 = 144.6%) and other life lines 362.6% (2015 = 2062.6%).

7.2. Financial Result

Insurance companies determine the profit or loss both for individual insurance transactions and in the aggregate for all lines of insurance in accordance with the accounting law and the law regulating insurance.

Table 7: Financial results of insurance and reinsurance in 2015 and 2016 in 000 dinars

Year	Description	Net profit		Net loss		Net profit-Net loss	
		Amount	Ad No.*	Amount	Ad No.	Amount	Ad No.
2015	Insurance	4,109,928	13	1,721,355	7	2,388,573	20
	Reinsurance	515,698	4	0	0	515,698	4
	Total	4,625,626	17	1,721,355	7	2,904,271	24
2016	Insurance	5,710,174	15	286,508	4	5,423,666	19
	Reinsurance	299,473	4	0	0	299,473	4
	Total	6,009,647	19	286,508	4	5,723,139	23

*AD - Shareholding Company
Source: Business Registers Agency

Of the RSD 5.7 billion (EUR 46.4 million), 94.8% of total profits are attributable to insurance companies and 5.2% to reinsurance companies, compared to 82.2% and 17.8% respectively in 2015. The increase in total profit compared to the previous year of 97.1% was the result of an increase in profits in insurance business by 127.1% and a fall in reinsurance profits by 41.9%.

The 1.5 billion dinars (12.4 million euros) life insurance profit comprises a profit realized by 8 companies to the amount of 1.6 billion dinars (13.2 million euros) and loss in 3 insurance companies to the amount of 103.3 million dinars (836.8 thousand euros). Observed by individual profit and loss account, 68.5% of the total life insurance premium pertains to ordinary life insurance and 31.5% to all other life lines.

In the non-life insurance business, the realized profit amounted to RSD 3.9 billion (EUR 31.5 million), as a result of the profit of 12 insurance companies to the amount of 4.1 billion dinars (33.3 million euros) and losses of 2 companies to the amount of 213.3 million dinars (1.7 million euros). Observed by individual profit and loss account, the profit was recorded with liability insurance to the amount of RSD 7.8 billion¹⁷, property insurance RSD 369.2 million and insurance of rolling stock,

¹⁷ According to data released by the Association of Serbian Insurers, the profit net of taxation in MTPL insurance in 2016 amounted to 8.5 billion dinars, which means that for other life lines included in the group of liability insurance, a loss of 688.5 million dinars was incurred.

vessels and transport 39.4 million dinars¹⁸. The loss to the amount of 1.8 billion dinars was incurred in accident and voluntary health insurance, 1.6 billion dinars in vehicle insurance, 541.3 million dinars in other non-life lines, 156.4 million dinars in insurance of credits and guarantees, and 49,6 million dinars in aircraft insurance

8. Conclusion

The achieved results of the insurance sector in the Republic of Serbia in 2016 are characterized by the continuous growth of gross insurance premiums, technical reserves and realized net profit, in relation to the slower increase in the number and amount of claims for indemnity.

The increase was recorded in the gross premium by 10.1% (19.4% life, 7.2% non-life insurance), technical insurance reserves by 14.6% (20.3% life, 7.5% non-life insurance), settled claims for damages by 8.4% (26.7% life, 5% non-life insurance) and reserved claims for indemnity by 5.8% (23.8% life, 5.5% non-life insurance).

The indicators of non-life insurance business as a whole are within the limits of positive values. With regard to life insurance, the ratio of the overhead expenses and underwriting expenses has a positive value, and the combined ratio still retains the negative value.

The actual technical result without the reinsurance and outwards co-insurance effects, in general and in non-life insurance is more positive compared to the previous year, while in life insurance it is negative, approximately to the level recorded in the previous year. Observed by type of insurance, existing premium systems were not sufficient to cover damages, underwriting expenses and other legal liabilities in six types of non-life and three types of life insurance.

According to the indicators of development, the insurance sector in Serbia is underdeveloped, it is below the average compared to the EU member states, but compared to the group of developed countries and countries of the Central and Eastern Europe, it can be concluded that it is satisfactory.

Literature

- National Bank of Serbia (2015): *Annual Report on Business and Results of 2015*
- National Bank of Serbia (2016a): *Annual Report on Business and Results of 2016*
- National Bank of Serbia (2016b): Department for Supervision of Performing Insurance Activities, *Insurance Sector in Serbia, Report for 2016*.

¹⁸ The sum of profits by lines and insurance groups consists of a tax on profit in the amount of 191,971 thousand dinars which is stated in Dunav consolidated profit and loss account for non-life insurance, but it is not shown in the individual profit and loss accounts, so that profit by insurance lines and groups is higher by this amount.

- National Bank of Serbia (2017): *Table B, Basic Macroeconomic Indicators*, update on: July 7, 2017
- Republic Statistical Office (2017): *Gross Domestic Product (GDP) of the Republic of Serbia 1995-2016*. (ESA 2010), updated on 30.6.2017.
- Association of Insurance Companies of Serbia (2016): *Income Statement in 2016 (mandatory insurance of motor vehicle owners against third party liability, code NBS 10.01)*, BUAO-2015xsl.
- Association of Serbian Insurers (2017): *Business Report inclusive of Calculation of Income and Expenses of the Guarantee Fund for 2016*, Belgrade, March 2017.
- Decision on Technical Reserves (*Official Gazette of RS*, No. 42/2015).
- Law on Compulsory Traffic insurance, *Official Gazette of the RS*, No. 51/09, 78/11, 101/11, 93/12 and 7/13 Decision of the Constitutional Court.
- Insurance Law, *Official Gazette of RS*, No. 139/14
- National Bank of Serbia (2017b), Insurance Supervision, Registry of Market Participants, Search for insurance supervisory entities, Registry of Authorised Insurance Agents, www.nbs.rs/internet/cirilica/60/60_1/index.html, visited on 27.6.2017.
- National Bank of Serbia (2017c), Insurance Supervision, Insurance Companies Business, www.nbs.rs/internet/cirilica/60/60_2/index.html, visited on 27.6.2017.
- Business Registers Agency, Financial Reports, Publication of Financial Reports, www.apr.gov.rs/РЕГИСТРИ/ФИНАНСИЈСКИХИЗВЕШТАЈИ/ПРЕТРАГАОБЈАВЉЕНИХФИНАНСИЈСКИХИЗВЕШТАЈАПОЧЕВОД2014ГОДИНЕ.aspx, visited on 25.7.2017.

Translated from Serbian by: **Bojana Papović**

UDK:347.627.2: 368:122: 368.891: 657.471.11: 347.52:347.615+65.012.16+(497.11)

Prof. dr Slobodan O. Jovanović¹

OSIGURANJE OD POSLEDICA RAZVODA BRAKA

PREGLEDNI RAD

Apstrakt

Brak je zakonom uređena zajednica života žene i muškarca. U toj zajednici ostvaruju se ličnopravna (promena imena supružnika, državljanstvo, vođenje zajedničkog života, obaveza uzajamnog pomaganja i poštovanja, vođenja domaćinstva i određivanje mesta stanovanja) i imovinskopravna dejstva (izdržavanje, sticanje imovine tokom braka, upravljanje i raspolaganje zajedničkom imovinom, odgovornost za obaveze itd.).

U ovom članku autor analizira osiguranje od imovinskopravnih posledica razvoda braka jer se u njemu stiču nova imovinska prava koja postaju deo zajedničke imovine ili posebne imovine supružnika stečene tokom trajanja braka besteretnim sticanjem i na druge načine. U radu se razmatra uticaj razvoda braka na postojeće polise osiguranja i obavezu osiguranja, te na njegove karakteristike analizom prava odabranih saveznih američkih država i nemačkog prava i uslovā osiguranja. Autor zaključuje da su učestalost razvoda brakova i slaba kultura zaključivanja bračnih ugovora velika šansa društava za osiguranje u Srbiji da osmisle uslove osiguranja posledica razvoda braka i ponude ih potencijalnim osiguranicima.

Ključne reči: *brak, razvod, osiguranje, odgovornost, pravna zaštita, izdržavanje, informisanje, savetovanje*

I Uvod

Prema čl. 3, st. 1 Porodičnog zakona Republike Srbije, „brak je zakonom uređena zajednica života žene i muškarca“. U toj zajednici ostvaruju se ličnopravna (promena imena supružnika, državljanstvo, vođenje zajedničkog života, obaveza

¹ Predsednik Udruženja za pravo osiguranja Srbije

I-mejl: nsbob@sezampro.rs

Rad je primljen: 19. 6. 2017.

Rad je prihvaćen: 20. 6. 2017.

uzajamnog pomaganja i poštovanja, vođenja domaćinstva i određivanje mesta stanovanja) i imovinskopravna dejstva (izdržavanje, sticanja imovine tokom braka, upravljanje i raspolaganje zajedničkom imovinom, odgovornost za obaveze itd.). Ipak, njegova najizraženija funkcija tiče se reprodukcije, brige o deci, njihovom obrazovanju, socijalizaciji i poreklu.² Brak nastaje iz duhovne konvergencije, intelektualne i telesne privlačnosti lica različitih polova koja su izgradila uzajamni odnos zasnovan na privrženosti i ljubavi. Motiv za zaključenje braka takođe se može ispoljiti i traženjem bračnog druga koji raspolaže velikom imovinom. U nekim slučajevima ekonomski razlozi su primarni, a ponekad to mogu da budu i sasvim drugi motivi, kao što su poreske povlastice, sticanje državljanstva ili prava na boravak u nekoj zemlji.

U ovom radu autor analizira osiguranje imovinskopravnih posledica razvoda braka jer se u njemu stiču nova imovinska prava koja postaju deo zajedničke imovine ili posebne imovine supružnika stečene tokom trajanja braka besteretnim sticanjem (nasledstvom, poklonom, nalaženjem izgubljene stvari, okupacijom) i na druge načine. To je važno naglasiti zato što se tokom trajanja skladnih odnosa i razumevanja supružnika ne otvaraju pitanja vlasništva nad pojedinim pravima, jer celokupna imovina služi funkcionisanju cele bračne zajednice.

Na uspešnost i dugo trajanje braka nije moguće uticati pravnim normama, jer se on zaključuje iz gorenavedenih razloga. Moguće je da će brak između intelektualno zrelih lica biti trajan, ali i da će u određenim godinama života doći do neslaganja i nepomirljivih razlika supružnika, zbog kojih će nastupiti razvod braka. Takođe, brzopleto zaključen brak između dvoje mladih ljudi može da traje kraće zbog nerešenih egzistencijalnih pitanja (zaposlenje, stan) ili drugih razloga (pritisak roditelja, nezrelost partnera ili prerano roditeljstvo).

Treba imati u vidu da je, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku,³ u 2014. godini broj zaključenih brakova iznosio 36.429, a 2015. godine 36.949. Na 1.000 stanovnika Republike Srbije to je u 2014. godini iznosilo 5,1 brak, a u 2015. godini 5,2, što predstavlja neznatno povećanje broja zaključenih brakova.

U obe posmatrane godine najbrojnije su mladoženje koje su brakove zaključivale između 25. i 34. godine života (prosečno životno doba mladoženje bilo je 30,9 godina u 2014. godini), dok su godine života nevesta prilikom zaključenja prvog braka bile u rasponu od 20 do 29 (prosečno životno doba neveste u 2014. godini bilo je 27,9 godina).

U 2014. godini razvedeno je 7.614 brakova, a u 2015. 9.381. Na 1.000 zaključenih brakova u Srbiji 2014. godine 209 ih je razvedeno, a u 2015. godini 253,9. Ako se ima u vidu da je u 2005. godini bilo 197,21, a u 2006. godini 206,36 razvedenih brakova,⁴ možemo zaključiti da su razvodi u Srbiji u blagom porastu. Prosečno životno

² <https://www.britannica.com/topic/marriage>, 12. 6. 2017.

³ *Statistički godišnjak Republike Srbije 2016*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2016, str. 47 i 48.

⁴ Slobodan I. Panov, *Porodično pravo*, Beograd, 2016, str. 54.

doba muža prilikom razvoda braka u 2014. godini bilo je 43,1 godinu, a supruge 39,3 godine. Prosečno trajanje razvedenog braka 2014. bilo je 13,6 godina. Prema nekim analizama, Srbija se nalazi na četvrtom mestu u Evropi po broju razvedenih brakova, posle Litvanije, Češke i Danske, dok je u regionu na prvom mestu.⁵

II Uticaj razvoda braka na postojeće polise osiguranja i obavezu osiguranja

Iz pravnog ugla gledano, onog trenutka kada dođe do poremećaja međusobne komunikacije koja se ogleda u netrpeljivosti ili nepoverenju, javlja se želja da se takav, ozbiljno i trajno poremećen odnos prekine i da svaki supružnik nastavi da vodi život odvojeno od drugog. Ukoliko supružnici imaju dovoljno tolerantnosti i pragmatičnosti, oni će uspeti da se dogovore o daljoj sudbini zajedničke imovine, a u suprotnom, o tome će morati da odlučuje sud. Iako pravno jednostavni, sporovi o deobi zajedničke imovine supružnika u praksi su činjenično komplikovani i stoga dugotrajni, što za posledicu ima gubitak vremena i novca, nemogućnost raspolaganja predmetom zajedničke imovine, isključenje iz pravnog prometa na izvesno vreme itd.⁶ Poseban vid tereta predstavlja obaveza davanja izdržavanja za decu i supružnika koji nema nužnih sredstava za život zbog toga što je nezaposlen ili nesposoban za rad. Takođe ističemo i mogućnost da se jedan supružnik osveti drugom preprodajom dela imovine i ostavljanjem supružnika bez mogućnosti da unovči stvari stečene tokom braka, a tu je i nemogućnost razrešenja tereta finansijskih obaveza. Sve navedeno može jednog od supružnika da dovede u tešku materijalnu situaciju bez njegove krivice, te je i u ovoj oblasti društvenih odnosa bilo neophodno smisliti način finansijske zaštite.

Prvu uslugu osiguranja od posledica razvoda braka ustanovio je 2005. godine Džon Logan, osnivač i direktor američkog društva za osiguranje „SafeGuard Guaranty Corporation“, i to baš kao rezultat svog ličnog iskustva, tačnije finansijskih problema koje je imao posle razvoda braka 2002. godine.⁷ Ta vrsta osiguranja od 2011. godine postala je dostupna u Francuskoj,⁸ Velikoj Britaniji i drugim državama suočenim s visokom stopom razvoda brakova i velikim troškovima koji pogađaju

⁵ Vesna Miličević, „Razvod braka i njegove pravne posledice“, Institut za pravo i finansije, Beograd, <http://ipf.rs/razvod-braka-i-njegove-pravne-posledice/>, 12. 6. 2017.

⁶ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 126.

⁷ https://en.m.wikipedia.org/wiki/Divorce_insurance, 12. 6. 20167.

⁸ Osiguravač „Solly Azar“ je 2010. godine prvi uveo osiguranje izdržavanja u korist majki kojima je povereno sprovođenje roditeljskog prava nad decom, dok je brokerska kuća „Mazal Assur“ 2012. godine ponudila osiguranje od finansijskih rizika u slučaju razvoda braka. – Marie Pellefigue, „Assurance mariage et assurance divorce: à examiner avant de dire oui“, *Capital*, 10/02/2012, <http://www.capital.fr/votre-argent/assurance-mariage-et-assurance-divorce-a-examiner-avant-de-dire-oui-697041>, 14.6.2017.

bivše „zauvek srećne mladence“⁹ u nekim slučajevima pod karakterističnim nazivima usluga kao što su: osiguranje novog početka (*Assurance Nouveau départ*), osiguranje bračne pravne zaštite (*Ehe-Rechtsschutz*), osiguranje od raskidanja venčanih zaveta (*WedLock Divorce Insurance*) itd.

U nastavku izlaganja osvrnućemo se na neke aspekte ovog osiguranja prema odabranim pravima saveznih američkih država, nemačkog prava i uslovā osiguranja.

Kada se, pored gorenavedenog, uzme u obzir to da u razvijenim državama supružnici često imaju zajedničke polise zdravstvenog i životnog osiguranja, kao i kasko osiguranja motornih vozila, te da propuštanje da se posle razvoda braka izvrše adekvatne izmene tih polisa osiguranja brisanjem bivšeg supružnika kao osiguranika ili zaključivanjem svog osiguranja može da dovede do nadosiguranja, podosiguranja, sopstvene neosiguranosti ili prevare u osiguranju zbog neprijavlivanja promene ličnog statusa,¹⁰ stvari izgledaju još ozbiljnije od pukog površnog sagledavanja posledica razvoda braka. Osim toga, za razvedenog supružnika zaključenje sopstvene polise osiguranja može da bude znatno skuplje nego što je bilo po zajedničkoj polisi osiguranja,¹¹ ali to je neminovna posledica odvojenog života posle razvoda braka.

U slučaju razvoda braka karakteristična neprijatna situacija u uzajamnom osiguranju života supružnika jeste potreba brisanja jednog od supružnika kao osiguranika ili korisnika osigurane nadoknade. U tom slučaju supružnik koji je ugovorio osiguranje može da isključi drugog supružnika iz pokrća ili da odredi drugog korisnika osiguranja te da bivšeg supružnika tako ostavi bez osiguravajućeg pokrća. S druge strane, u nekim saveznim državama SAD sud može bivšem supružniku da naloži da održi polisu životnog osiguranja u korist razvedenog supružnika radi pokrća alimentacije.¹² U tom slučaju polisa životnog osiguranja služi kao sredstvo obezbeđenja plaćanja alimentacije za slučaj smrti dužnika tokom perioda u kojem postoji obaveza plaćanja izdržavanja. Naredba suda da se polisa životnog osiguranja održava na snazi zasniva sa na sledećim elementima: godinama života i mogućnosti osiguranja dužnika obaveze, zatim na ceni osiguranja, iznosu na koji glasi presuda, postojanju polisa zaključenih tokom braka, trajanju obaveze plaćanja alimentacije, kamatama u trenutku donošenja presude i drugim obavezama dužnika alimentacije.¹³

⁹ „U trendu je osiguranje od rastave braka,“ *Svijet osiguranja*, 29. 4. 2011, <http://www.svijetosiguranja.eu/hr/novosti/u-trendu-je-osiguranje-od-rastave-braka,11985.html>, 12. 6. 2017.

¹⁰ Geoff Williams, „How to untangle your insurance plans in divorce“, *Reuters*, September 11, 2012, <http://www.reuters.com/article/us-divorce-insurance-idUSBRE88A0UY20120911>, 14.6.2017.

¹¹ *Ibidem*.

¹² 2015 North Carolina General Statutes, Chapter 50 – Divorce and Alimony. Article 1 – Divorce, Alimony and Child Support, Generally (skr. NC Gen Stat § 50-16.3A (2015)).

¹³ 2016 Massachusetts General Laws, Part II Real and personal property and domestic relations, Title III Domestic relations, Chapter 208 DIVORCE, Section 55 Reasonable security for alimony in event of payor's death; orders to maintain life insurance; modification of orders (skr. MA Gen L ch 208 § 55 (2016)); 2016 California Code, Family Code – FAM, Division 9 – Support, Part 3 – Spousal support, Chapter 5 – Provision for Support After Death of Supporting Party, Section 4360 (skr. CA Fam Code § 4360 (2016)).

Kada se radi o zdravstvenom osiguranju jednog supružnika koje obuhvata i drugog supružnika, u slučaju razvoda braka sud što odlučuje o alimentaciji u američkoj saveznoj državi Masačusets obavezno proverava da li dužnik ima polisu osiguranja ili drugu vrstu pokrića preko poslodavca. Sud će naložiti supružniku dužniku alimentacije jednu od sledećih obaveza: da proširi osiguravajuće pokriće u korist razvedenog supružnika ili da zaključi osiguranje u korist razvedenog supružnika.¹⁴ U istom smislu važi pravilo da sudovi prilikom donošenja ili izmene odluke o izdržavanju obavezuju jednog ili oba roditelja da održavaju osiguranje na snazi ili da zaključe (ново) zdravstveno osiguranje u korist maloletne dece.¹⁵

III Karakteristike

Osiguranje od posledica razvoda braka predstavlja oblik osiguranja od odgovornosti čija nadoknada u slučaju pravosnažno okončanog razvoda može da posluži za različite namene: pokriva troškova brakorazvodne parnice ili preseljenja i opremanja novog stana ili kuće. Prema pravilima osiguranja *Wedlock Divorce Insurance*, premija i suma osiguranja određuju se prema vrednosti boda. To znači da se dobijaju množenjem broja bodova s vrednošću boda, pri čemu posle isteka pričeknog perioda osiguravač svake godine dodaje izvesna sredstva i ugovorena suma osiguranja uvećava se za dodatni manji iznos.

Kao i kod drugih vrsta osiguranja, i u osiguranju od posledica razvoda braka postoji moralni hazard koji osiguravača može dovesti u situaciju da plaća nadoknadu za lažirane razvode braka.

Kao što se u stranoj štampi ističe, osiguranje od posledica razvoda braka od samog početka može da ukaže da je kod supružnika razvod jedna od opcija.¹⁶ Zato se uslovima osiguranja, da bi se predupredio namerni razvod braka samo zbog privlačne nadoknade, predviđa pričekni period koji može iznositi tri¹⁷ do četiri godine od dana zaključenja polise osiguranja kako bi mogao da se postavi odštetni zahtev. U pričeknom periodu ne postoji obaveza osiguravača ako se polisa osiguranja produžava kod istog osiguravača.

U slučaju postavljanja odštetnog zahteva, osigurana nadoknada sastoji se u isplati sume koja je ugovorena, što znači da se ne primenjuju pravila o srazmernom smanjenju osigurane nadoknade zbog podosiguranja.

¹⁴ 2016 Massachusetts General Laws, Part II Real and personal property and domestic relations, Title III Domestic relations, Chapter 208 DIVORCE, Section 34 Alimony or assignment of estate; determination of amount; health insurance (skr. MA Gen L ch 208 § 34 (2016)).

¹⁵ 2016 Revised Code of Washington, Title 26 – Domestic relations, 26.26 Uniform parentage act. 26.26.165 Health insurance coverage (skr. WA Rev Code § 26.26.165 (2016)); nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 107, st. 2.

¹⁶ Belinda Luscombe, "Divorce Insurance: Get Unhitched, Get a Payout", *Time*, September 19, 2010, <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,2015772,00.html>, 12. 6. 2017.

¹⁷ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung* (ARB 2016), Stand 01.2016, § 4(1).

S druge strane, ističu se dva razloga iz kojih se čini da je redovno izdvajanje određenog mesečnog iznosa na štednju na koji se zarađuje kamata u banci mnogo isplativije od ove vrste osiguranja. Prvi razlog je u tome što novac koji se nalazi na štednom računu uvećan za kamatu ne može da propadne ili nestane, dok kod osiguranja osiguranik plaća premiju koja ostaje osiguravaču i ako ne dođe do razvoda braka. Drugi razlog odnosi se na činjenicu da se neki razvodi braka relativno lako i mirno rešavaju i ne moraju biti skupi. Krunski argument koji navodi na zaključak da ova vrsta osiguranja ima ključnu prednost u poređenju sa štednjom nalazi se u činjenici da bi i sredstva štednje jednog supružnika mogla da budu predmet podele na jednake delove, što, svakako, ne predstavlja adekvatno obezbeđenje supružnika koji je formirao štednju za slučaj razvoda braka,¹⁸ a i činjenica je da većina njih sredstva za štednju ne izdvaja redovno. Osim navedenog, kako je istaknuto u komentarima u prilog ovoj vrsti osiguranja, godišnja revalorizacija sume osiguranja određenim iznosom po svakom bodu može da predstavlja kompenzaciju za iznos kamate koja bi se ostvarila po štednom računu.¹⁹

Pored gorenavedenih, jedan od načina na koji bi se moglo upravljati rizicima karakterističnim u slučaju razvoda braka jeste institut bračnog ugovora (*pacta nuptialia*). Posle Srpskog građanskog zakonika iz 1844. godine, u našem pravu zaključenje bračnog ugovora uvedeno je kao mogućnost Porodičnim zakonom 2005. godine, koji je u čl. 188 propisao da supružnici, tačnije budući supružnici (i bračni i vanbračni) svoje imovinske odnose na postojećoj ili budućoj imovini mogu urediti ugovorom, kao i da se bračni ugovor koji se odnosi na nepokretnosti upisuje u javni registar prava na nepokretnostima. Međutim, zaključenje bračnog ugovora ne praktikuje se u većoj meri u Francuskoj, Holandiji, Nemačkoj i u Srbiji.²⁰ Osnovni smisao tog ugovora između supružnika u tome je što se njime otklanja zakonska pretpostavka o jednakim udelima u zajedničkoj imovini stečenoj tokom trajanja bračne zajednice, kao i primena pravila o tome šta ulazi u sastav zajedničke imovine supružnika. Njime se opredeljuju imovinska i druga prava što u slučaju razvoda braka pripadaju svakom od supružnika. Time se supružnici za slučaj spora obezbeđuju materijalno, radi psihološkog mira i socijalnog zdravlja.²¹

Prema uslovima osiguranja nemačkog društva ARAG SE, koje ovu vrstu osiguranja sprovodi kao osiguranje bračne pravne zaštite,²² smatra se da je osigurani događaj nastao u sledećim slučajevima: (a) odgovornosti za štetu; (b) savetovanju

¹⁸ U našoj pravnoj teoriji ističe se da štednja i kamata na ušteđeni novac ulaze u sastav zajedničke imovine (Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 337), pa samim tim svaki supružnik, ako nije zaključen bračni ugovor kojim bi ovo pitanje bilo drugačije regulisano, ima pravo na polovinu tih sredstava.

¹⁹ Jennifer Schultz Saranow, "Divorce Insurance (Yes, Divorce Insurance)", *The New York Times*, August 6, 2010, https://bucks.blogs.nytimes.com/2010/08/06/divorce-insurance-yes-divorce-insurance/?_r=0, 12. 6. 2017.

²⁰ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 360.

²¹ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 363.

²² Više o osiguranju od troškova pravne zaštite videti kod: Slobodan Jovanović, „Osiguranje troškova pravne zaštite“, *Evropski put prava osiguranja Srbije posebno ugovora o osiguranju* (urednici Jovan Slavnić, Predrag Šulejić i Jasna Pak), Beograd, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2008, str. 212–227.

o pravnoj zaštiti u porodičnom pravu, odnosima između supružnika i naslednom pravu, kao i za slučaj sudskog razvoda kada dođe do promene pravnog položaja ugovarača osiguranja ili njegovog saosiguranika. Osiguranjem se pokrivaju interesi oba bračna ili vanbračna partnera u slučaju razvoda ili poništenja braka u sudskom postupku, i to na sumu osiguranja od 30.000 evra po jednom osiguranom događaju.²³ Osim toga, ako supružnici prihvate mirno rešenje svog spora posredovanjem, ovaj osiguravač nadoknađuje do 3.000 evra troškova po jednom posredovanju u Nemačkoj, a najviše 6.000 evra troškova za sva posredovanja u kalendarskoj godini. Karakteristika tog tipa pokrića u tome je da se njime pokrivaju troškovi i nagrade advokata, veštaka, suda, i kako sopstvenih troškova tako i troškova druge strane u slučaju gubitka spora.²⁴ Ako se u posredovanju pojavljuju i neosigurana lica, osiguravač isplaćuje svoju obavezu srazmerno ukupnom broju lica. Ta vrsta osiguranja može da se zaključi kao samostalna osiguravajuća polisa ili kao proširenje pokrića u polisi osiguranja od odgovornosti i ne pokriva praznine (razlike) u pokriću po drugim polisama osiguranja, već samo one gubitke ili štete koji su direktna posledica razvoda braka.

Ukoliko se posebno ugovori, osiguravajuće pokriće ostaje na snazi i bez obaveze plaćanja premije osiguranja za slučaj gubitka posla i nezaposlenosti pod uslovom da je osiguranik registrovan kao nezaposlen na tržištu rada ili je izgubio radnu sposobnost, sve u skladu s odredbama nemačkog Zakona o socijalnom osiguranju (čl. 137 i 43). U tom slučaju, osiguranik mora da bude u radnom odnosu na određeno vreme najmanje dve godine zaredom i da bude primalac naknade za nezaposlene zbog slabo plaćenog radnog odnosa.²⁵ Obaveza osiguravača u tom slučaju traje maksimalno pet godina, s tim da posle smrti osiguranika postoji mogućnost da se izuzeće od plaćanja premije nastavi i sa licem koje sa ovim društvom nastavi ili zaključi ugovor o osiguranju.

Do oslobođenja od plaćanja premije ne dolazi ako neko drugo lice ima obavezu da plati premiju. Oslobođenje od plaćanja premije ne važi u (uslovima osiguranja) alternativno propisanim slučajevima: (1) kada osiguranik ima zakonsku obavezu davanja izdržavanja, (2) ako je do gubitka posla ili gubitka radne sposobnosti došlo pre zaključenja ugovora o osiguranju, (3) ako je nezaposlenost ili gubitak radne sposobnosti nastupio u roku od šest meseci posle zaključenja osiguranja, osim ako je nezaposlenost ili gubitak radne sposobnosti nastupio kao posledica nezgode u tom roku, (4) ako nezaposlenost ili gubitak radne sposobnosti bude prouzrokovan vojnim sukobima, nemirima, štrajkovima ili nuklearnim dejstvom, izuzev u slučaju

²³ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 2, (I).

²⁴ S. Jovanović, str. 213.

²⁵ Prema čl. 8 Četvrte knjige (nemačkog) Zakona o socijalnom osiguranju iz 2009. godine (*Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch*), „Slabo plaćeni radni odnos postoji: (1) kada naknada za rad ne premašuje 450 evra mesečno, i (2) radni odnos tokom kalendarske godine traje maksimalno dva meseca ili 50 radnih dana u zavisnosti od prirode posla ili vremenskog ograničenja predviđenog ugovorom o radu, osim ako se ne radi o radu u vidu zanimanja i mesečna naknada premašuje 450 evra.“

medicinskog tretmana ili (5) ako nezaposlenost, profesionalna ili opšta radna nesposobnost bude namerno prouzrokovana radnjom ili prekršajem osiguranika.

Osiguravač svoju obavezu prema ugovaraču osiguranja i / ili osiguranicima ispunjava za sve njihove obaveze nastale na teritoriji Nemačke i ostalih evropskih država, kao i za slučaj odluka sudova u Nemačkoj ili bilo kojoj evropskoj državi. Jedino isključenje obaveze osiguravača od prethodno navedenog odnosi se na pravne interese u vezi sa sticanjem ili otuđenjem imovinskih prava ili podeljenog vremenskog korišćenja zemlje (*timeshare*), zgrada ili delova zgrada.

Takođe je predviđeno automatsko produženje polise osiguranja za još godinu dana pod uslovom da ugovarač osiguranja ne otkáže osiguravajuću polisu najmanje tri meseca pre isteka polise.

Interesantno je da je stupanje na snagu osiguravajućeg pokrća kao obaveze osiguravača uslovljeno plaćanjem prve premije, to jest ako premija bude plaćena sa zakašnjenjem, osiguranje stupa na snagu s danom uplate premije. Ako osiguranik kasni s plaćanjem dugovanih iznosa nakon isteka roka za plaćanje premije osiguranja, osiguravač može otkazati ugovor ne pridržavajući se otkaznog roka. Međutim, rok za plaćanje osiguravač može povezati sa otkazom, tako da istekom roka za plaćanje otkaz postaje punovažan, pod uslovom da osiguranik u tom trenutku kasni s plaćanjem. Ni ovo pravo osiguravač ne može da koristi ako osiguranika prethodno nije izričito upozorio na ovu posledicu. Ipak, treba reći da se od gorenavedenih pravila ne može odstupiti na štetu osiguranika.

Međutim, ako osiguranik dokaže da do kašnjenja u plaćanju premije nije došlo njegovom krivicom, osiguranje stupa na snagu na ugovoreni dan.²⁶ Dokazivanjem da do plaćanja nije došlo njegovom krivicom osiguranik otklanja mogućnost nastupanja docnje u plaćanju premije. Otkaz polise osiguranja bračne pravne zaštite neće proizvoditi pravna dejstva ako osiguranik plati dugovanu premiju u roku od mesec dana nakon izjavljenog otkaza, ali u tom slučaju osiguravač nije dužan da nadoknadi štete koje nastanu od trenutka kada je osiguranik dospao u docnju s plaćanjem premije osiguranja i datumom plaćanja dužne premije.²⁷

Opomena na plaćanje premije osiguranja proizvodi dejstvo samo ako sadrži podatke o sledećem: neizmirenoj premiji, kamati i troškovima, kao i upozorenje na pravne posledice neplaćanja premije u roku (suspenzija osiguravajućeg pokrća od dana padanja u docnju). Osiguravač je oslobođen plaćanja naknade samo ako je posebnim pismenim obaveštenjem ili putem upadljivog upozorenja u polisi osiguranja upozorio osiguranika na pravne posledice neplaćanja premije.²⁸

²⁶ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 9, B(2).

²⁷ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 9, C(5), nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 38, st. 3.

²⁸ Slobodan Jovanović, „Pravne posledice neplaćanja premije neživotnog osiguranja u odabranim pravnim sistemima EU i srpskom pravu“, *Evropsko zakonodavstvo*, br. 47-48, januar–jun 2014, str. 234.

Kako bi osiguravač očuvao adekvatan nivo premije osiguranja koju osiguranik treba da plati osiguravaču, uslovima osiguranja predviđena je korekcija premije svake kalendarske godine na dan 1. jul. Korekcija premije osiguranja vrši se tako što nezavisni aktuar, uzimajući u posmatranje sva društava za osiguranje koja prodaju osiguranje pravne zaštite na tržištu, koristeći statističke podatke u vezi sa učestalošću odštetnih zahteva i prosečnom visinom pojedinačnog odštetnog zahteva, odlučuje o potrebi povećanja i smanjenja premije osiguranja.²⁹ Aktuarski se određuje promena vrednosti po vrstama osiguranja odgovornosti: pravna zaštita u saobraćaju, pravna zaštita pravnih lica i preduzetnika, te udruženja, domaćinstava, poljoprivrednih gazdinstava itd.

Savesno ponašanje osiguranika, uz pažnju dobrog domaćina, podrazumeva se, te osim obaveza prijavljivanja bitnih činjenica prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, on mora savesno da se ponaša i posle nastupanja osiguranog događaja. Osiguranik je dužan da posle nastupanja osiguranog slučaja otkloni i umanjí štetu u skladu sa svojim mogućnostima, a u slučaju osiguranja bračne pravne zaštite mora voditi računa da troškovi odbrane budu manji (advokatski troškovi, sudske takse, troškovi druge strane itd.) od zahteva postavljenih prema njemu. Osiguranje obuhvata sudske i vansudske troškove koji nastaju prilikom odbrane od zahteva koje je podnelo treće lice,³⁰ ukoliko su troškovi prikladni okolnostima slučaja, to jest u vezi sa odnosima supružnika. Osiguravač je dužan da naknadi troškove spora koji je vođen prema njegovom nalogu, uključujući i troškove odbrane u krivičnom postupku, čak i kada oni zajedno s troškovima koje je osiguravač imao prilikom isplate zahteva podnetih protiv osiguranika premašuju sumu osiguranja. To važi i za kamate koje osiguranik duguje trećem licu zbog odugovlačenja njegovog namirenja, koje je prouzrokovao osiguravač.³¹

Osiguranik je u obavezi da u najvećoj mogućoj meri sledi uputstva osiguravača ili svog advokata ukoliko je to za njega pogodno i ako je to moguće u datim okolnostima u kojima ne postoje razlozi za hitno postupanje. Osiguravač pruža preliminarne pravne savete tako što osiguraniku dostavlja telefonski broj advokata za savetovanje u pravnim pitanjima nemačkog prava, a kada se radi o primeni prava neke strane države, osiguravač ARAG SE obezbeđuje advokate koji pružaju savete o pravima država članica EU, uključujući pored toga i Srbiju, Tursku i SAD.

Potreba za uslugom savetovanja od strane osiguravača nastaje kada se javi potreba za konsultacijom radi analize ili izbegavanja budućeg sudskog spora. U tom slučaju osiguravač ARAG SE nadoknađuje trošak telefonskog savetovanja i

²⁹ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 10(2).

³⁰ Nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 101, st. 1.

³¹ Nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 101, st. 2.

informisanja od strane advokata do 250 evra, a maksimalno 500 evra tokom jedne kalendarske godine.

Pravo osiguranika na slobodan izbor advokata, u skladu sa čl. 3 i 4 Direktive Saveta 87/344/EEC od 22. juna 1987. o ujednačavanju zakona, podzakonskih akata i upravnih propisa u vezi sa osiguranjem troškova pravne zaštite,³² garantovano je čl. 17, st. 3 Opštih uslova osiguranja pravne zaštite društva za osiguranje ARAG SE, s tim što osiguravač može da imenuje advokata samo: (1) ako je to od njega tražio osiguranik, (2) ako osiguranik ne imenuje advokata a neophodna je hitna reakcija. Osiguravač imenuje advokata u ime osiguranika i za njegov račun i ne odgovara za rad advokata ni u jednom od prethodno navedenih slučajeva.

Osiguranik je obavezan da u roku od nedelju dana prijavi osiguravaču činjenice koje za posledicu mogu imati nastanak njegove odgovornosti prema trećem licu. Ako je treće lice podnelo zahtev protiv osiguranika, osiguranik je obavezan da o tome podnese prijavu u roku od nedelju dana nakon što je treće lice podnelo zahtev. Ako je zahtev protiv osiguranika podnet sudu, ako je tražena naknada parničnih troškova ili ako mu je saopšteno da je pokrenut sudski spor, osiguranik je dužan da to bez odlaganja prijavi osiguravaču. To važi i kada se protiv osiguranika vodi istražni postupak zbog štetnog događaja na kome se zasniva zahtev.

Kada osiguranik prijavi nastanak osiguranog događaja, osiguravač potvrđuje osiguraniku postojanje i visinu pokrića za dati događaj. Ali ako osiguranik odluči da preduzme određene radnje radi ostvarivanja svojih pravnih interesa pre nego što osiguravač potvrdi osiguravajuće pokriće, osiguravač pokriva samo troškove koje je osiguranik imao pre preduzimanja tih radnji. Ovde treba naglasiti da je sporazum prema kojem osiguravač nije obavezan da plati naknadu ništav ako je bez njegove saglasnosti osiguranik namirio treće lice ili priznao njegov odštetni zahtev, te da je to pravilo imperativne prirode u nemačkom ugovornom pravu osiguranja.³³

Od trenutka angažovanja advokata, osiguranik je dužan da advokatu dostavi potpune i istinite informacije, dokaze, neophodne podatke, isprave, kao i da osiguravača obaveštava o stanju u kojem se nalazi predmet. U slučaju da osiguranik grubom nepažnjom prekrši pomenute obaveze, osiguravač je ovlašćen da smanji svoju obavezu srazmerno težini učinjene povrede (povrede neuobičajeno visokog stepena). Osiguranik se ne može osloboditi odgovornosti za neprijavlivanje pomenutih informacija osiguravaču samo zato što je očekivao da će advokat to učiniti umesto njega. Ako osiguranik prekrši obavezu informisanja ili davanja informacija radi razjašnjenja osiguranog događaja, osiguravač ima pravo da delimično ili u potpunosti odbije

³² 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.

³³ Nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 105 u vezi sa čl. 112.

svoju obavezu samo pod uslovom da je upozorio osiguranika posebnim pismenim obaveštenjem (preporučenim pismom ili elektronskom poštom). Međutim, osiguranje proizvodi dejstva i osiguravač ima obavezu da nadoknadi štetu osiguraniku ako osiguranik dokaže da navedene obaveze nije prekršio grubom nepažnjom.³⁴ Opšti uslovi osiguranja bračne pravne zaštite konkretizuju obavezu dokazivanja osiguranika tako što uslovljavaju obavezu osiguravača time da osiguranik treba da dokaže kako kršenje ugovorenih obaveza nije bilo uzrok nastanka osiguranog događaja.

Posebna je obaveza osiguranika da očuva prava koja ima prema svom dužniku kako bi osiguravač mogao da ostvari regres od njega. Na primer, ako druga strana u sporu ima obavezu da osiguraniku nadoknadi parnične troškove ili troškove drugog postupka, onda osiguravač ima pravo na naplatu tih troškova pod uslovom da ih je on snosio (privremeno pre okončanja postupka).³⁵ To znači da je osiguranik dužan da osiguravaču preda isprave radi naplate troškova, jer ako osiguranik namerno to ne učini, pa osiguravač ne uspe da naplati troškove od dužnika, osiguranik će biti dužan da osiguravaču nadoknadi ukupan iznos tih troškova. U slučaju grube nepažnje osiguravač ima pravo da umanja svoju obavezu srazmerno krivici osiguranika, s tim da osiguranik može da dokaže kako do toga nije došlo njegovom grubom nepažnjom.

Opšti uslovi osiguranja bračne pravne zaštite u nekoliko odredaba određuju i nadležnost Suda za pokretanje tužbe protiv osiguravača i osiguranika u skladu s nemačkim pravom i pravom EU.

U osiguranju bračne pravne zaštite nemačkog društva za osiguranje ARAG SE, pored ugovarača osiguranja, ako su u osiguravajućoj polisi navedena i imena lica koja su prijavljena da žive u prebivalištu ugovarača osiguranja, osigurani su još i: (1) bračni ili vanbračni drug bez obzira na to da li traje ili je prestala zajednica života; (2) maloletna deca; (3) neudata ili neoženjena deca sve dok ne zasnuju radni odnos ili postanu preduzetnici; (4) lica koja žive zajedno sa osiguranikom u istom domaćinstvu (stanu ili kući), koji su srodnici osiguranika ili njegovog partnera, pod uslovom da su prijavljeni da žive na datoj adresi; (5) sva lica u svojstvu vozača s važećom vozačkom dozvolom za motorna vozila registrovana na neka od gorenavedenih lica na dan zaključenja ili tokom trajanja ugovora o osiguranju. Osiguravajuće pokriva obuhvata sve pravne interese osiguranika u svojstvu vlasnika, držaoca, zakupodavca, zakupca, kupca i vozača motornih vozila na kopnu, po vodi ili u vazduhu, uključujući i prikolice kao i sva električna vozila (bicikli, Segways, električni skejtbordi i sl.).

Iz pokriva su isključeni rizici koji se odnose na komercijalne aktivnosti, aktivnosti slobodnih profesija i druge nezavisne aktivnosti.

³⁴ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 17(5); nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 28, st. 2.

³⁵ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 17(8).

Na osnovu imperativne odredbe nemačkog Zakona o ugovoru o osiguranju,³⁶ u osiguranju bračne pravne zaštite osiguravač je obavezan da oslobodi osiguranika od zahteva trećeg lica u roku od dve nedelje, računajući od trenutka kad je zahtev trećeg lica, sa obavezujućim dejstvom u odnosu na osiguravača, utvrđen pravosnažnom presudom, priznanjem ili poravnanjem. Ako je osiguranik namirio treće lice s obavezujućim dejstvom prema osiguravaču, osiguravač je obavezan da osiguraniku nadoknadi plaćeni iznos duga u roku od dve nedelje od dana namirenja trećeg lica. Osiguravač je dužan da nadoknadi osiguraniku i troškove u roku od dve nedelje od dana kada mu je dostavljen obračun. Osim toga, ako suma osiguranja ne dostiže kapitalnu vrednost rente koju je osiguranik obavezan da plaća trećem licu, osiguravač je obavezan samo da plati srazmerni deo rente.³⁷ Ako osiguranik ima obavezu prema većem broju lica a njihovi zahtevi u ukupnom iznosu premašuju sumu osiguranja, osiguravač je obavezan da ispuni ove zahteve srazmerno njihovim iznosima u odnosu na sumu osiguranja. Međutim, radi se o dispozitivnom pravilu iz čl. 109 nemačkog Zakona o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*) koje uslovima osiguranja može da bude izmenjeno u korist osiguranika.

Posebni slučajevi isključenja obaveze osiguravača odnose se na troškove nastale u osiguranju pravne zaštite lica u drugačijem svojstvu (npr. osiguranje pravne zaštite preduzetnika ili povodom povrede prava intelektualne svojine isključuje osiguranje pravne zaštite u slučaju osiguranja bračne pravne zaštite itd).

IV Zaključak

Zakonom priznata zajednica dvoje ljudi različitog pola predstavlja značajnu instituciju društva koju karakterišu emotivni, psihološki, prokreacioni, socijalni i pravno-ekonomski aspekti. Tokom braka supružnici se brinu o izdržavanju svoje dece i stižu određenu imovinu, preuzimaju prava i obaveze, i dok traju skladni odnosi i međusobno razumevanje supružnika, ne otvaraju se pitanja vlasništva nad pojedinim pravima jer celokupna imovina služi funkcionisanju cele bračne zajednice. Kada dođe do razvoda braka, nastupaju brojne imovinske posledice koje mogu bitno da poremete finansijsko stanje bračnih drugova i njihovu sposobnost ispunjavanja raznih obaveza. Institut bračnog ugovora veoma se retko primenjuje u praksi, ali takođe treba istaći da zaključenje bračnog ugovora ne mora da bude potpuna garancija da jedan od supružnika neće pokrenuti spor povodom nekog prava koje bračnim ugovorom nije regulisano. S druge strane, osiguranje od posledica razvoda braka može da pruži zaštitu koja ne postoji zbog propusta prilikom sastavljanja uslova bračnog ugovora. Imajući u vidu takvu nepovoljnu mogućnost razvoja događaja po supružnike, u

³⁶ Nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 106.

³⁷ Nemački Zakon o ugovoru o osiguranju iz 2007. godine (*Versicherungsvertragsgesetz*), čl. 107, st. 1.

uporednom pravu i praksi osiguranja uvedeno je osiguranje od posledica razvoda braka koje pokriva navedene situacije. Učestalost razvoda brakova i slaba kultura zaključivanja bračnih ugovora predstavlja veliku šansu društava za osiguranje u Srbiji da osmisle uslove osiguranja od posledica razvoda braka i ponude ih potencijalnim osiguranicima. Pogotovo što ova vrsta osiguranja može da bude i poklon srodnika, kumova ili prijatelja mladencima prilikom zaključenja braka.

Literatura

- ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016.
- Council Directive 87/344/EEC of 22 June 1987 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to legal expenses insurance („Direktiva Saveta 87/344/EEC od 22. juna 1987. godine o ujednačavanju zakona, podzakonskih akata i upravnih propisa u vezi s osiguranjem troškova pravne zaštite – Direktiva o osiguranju troškova pravne zaštite“), *Official Journal of the European Communities*, L 185, 4. 7. 1987, str. 77–80.
- Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist (Četvrta knjiga nemačkog Zakona o socijalnom osiguranju).
- Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631) (nemački Zakon o ugovoru o osiguranju).
- Marriage, <https://www.britannica.com/topic/marriage>, 12.6.2017.
- Divorce insurance, https://en.m.wikipedia.org/wiki/Divorce_insurance, 12. 6. 2017.
- Jovanović, S., „Pravne posledice neplaćanja premije neživotnog osiguranja u odabranim pravnim sistemima EU i srpskom pravu“, *Evropsko zakonodavstvo*, br. 47-48, januar–jun 2014, str. 226–242.
- Jovanović, S., „Osiguranje troškova pravne zaštite“, *Evropski put prava osiguranja Srbije posebno ugovora o osiguranju (urednici Jovan Slavnić, Predrag Šulejić i Jasna Pak)*, Beograd, Udruženje za pravo osiguranja Srbije, 2008, str. 212–227.
- Luscombe, B., „Divorce Insurance: Get Unhitched, Get a Payout“, *Time*, September 19, 2010, <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,2015772,00.html>, 12. 6. 2017.

- Milićević, V., „Razvod braka i njegove pravne posledice“, Institut za pravo i finansije, Beograd, <http://ipf.rs/razvod-braka-i-njegove-pravne-posledice/>, 12. 6. 2017.
- Panov, I. S., *Porodično pravo*, Univerzitet u Beogradu – Pravni fakultet, Beograd, 2016.
- Pellefigue, M., “Assurance mariage et assurance divorce: à examiner avant de dire oui”, *Capital*, 10/02/2012, <http://www.capital.fr/votre-argent/assurance-mariage-et-assurance-divorce-a-examiner-avant-de-dire-oui-697041>, 14.6.2017.
- Porodični zakon, *Službeni glasnik Republike Srbije*, br. 18/2005, 18/2011 i dr. zakon, 6/2015.
- Saranow, J. S., “Divorce Insurance (Yes, Divorce Insurance)”, *The New York Times*, August 6, 2010, https://bucks.blogs.nytimes.com/2010/08/06/divorce-insurance-yes-divorce-insurance/?_r=0, 12. 6. 2017.
- *Statistički godišnjak Republike Srbije 2016*, Republički zavod za statistiku, Beograd, 2016.
- „U trendu je osiguranje od rastave braka“, *Svijet osiguranja*, 29. 4. 2011, <http://www.svijetosiguranja.eu/hr/novosti/u-trendu-je-osiguranje-od-rastave-braka,11985.html>, 12. 6. 2017.
- Williams, G., “How to untangle your insurance plans in divorce”, *Reuters*, September 11, 2012, <http://www.reuters.com/article/us-divorce-insurance-idUSBRE88A0UY20120911>, 14.6.2017.

UDK:347.627.2: 368:122: 368.891: 657.471.11: 347.52:347.615+65.012.16+(497.11)

Prof. Slobodan O. Jovanović, PhD¹

DIVORCE INSURANCE

REVIEW ARTICLE

Abstract

Marriage is the cohabitation of a man and a woman governed by law. This cohabitation is characterised by the effects of personal rights (changing family name of a spouse, citizenship, community life, duty of mutual aid and respect, maintaining household, and deciding on the place of residence) and the effects of property rights (financial maintenance, acquiring property during marriage, managing and disposing of joint ownership, liability for obligations, etc.).

In this paper, the author analyses the insurance of consequences the divorce produces on the property rights, because during the marriage, new property rights are acquired and become a part of joint ownership or special property of spouses which is acquired as debt free or otherwise. By analysing the rights effective in the selected federal states of America, in the German law, and the rights arising from insurance terms and conditions, the paper considers the effects of divorce on the existing insurance policies, and insurance liabilities and their characteristics. The author concludes that high divorce rate and poor culture regarding the conclusion of prenuptial agreements represent a big opportunity for insurance companies in Serbia to draw up the terms and conditions for insurance against the risk of divorce and offer them to prospective policyholders.

Key words: *marriage, divorce, insurance, liability, legal protection, maintenance, informing, counselling*

I Introduction

According to Article 3, paragraph 1 of the Family Law of the Republic of Serbia, "Marriage is the cohabitation of a man and a woman governed by law." This

¹ President of the Association for Insurance Law of Serbia
E-mail: nsbob@sezampro.rs

cohabitation is characterised by the effects of personal rights (changing family name of a spouse, citizenship, community life, duty of mutual aid and respect, maintaining household, and deciding on the place of residence), and the effects of property rights (financial maintenance, acquiring property during marriage, managing and disposing of joint ownership, liability for obligations, etc.). Still, its strongest function concerns procreation, the care of children and their education and socialization, and regulation of lines of descent.² Marriage comes from spiritual convergence and intellectual and physical attraction of persons of different gender, who have built their mutual relationship based on loyalty and love. A motive for solemnisation of marriage can also be sought in looking for a marital partner who is in possession of a considerable property. In particular cases, principal reasons are those of economic nature, however, sometimes motives can be quite different such as tax reliefs, acquiring citizenship, or the right to reside in a country.

In this paper, the author analyses the insurance of consequences the divorce produces on the property rights, because in marriage, new property rights are acquired and become a part of joint ownership or special property of spouses which is acquired as debt free (inheritance, founding a lost object, occupation), and otherwise. This is worth noting because the issues of ownership over particular rights are not addressed when the relationship and understanding between spouses is harmonious, since the entire property serves the purpose of a particular matrimonial cohabitation.

Because marriage is solemnised for the above reasons, legal norms are not able to influence its success and longevity. It is possible that the marriage concluded between intellectually mature persons will last, however, it may happen that when spouses reach a particular age, they will be met with irreconcilable differences which, in turn, will lead to divorce. In addition, hasty marriage between two young people may last shorter due to unresolved existential issues (employment, housing), or other reasons (disapproval of parents, immaturity of partners, or early parenthood).

It should be borne in mind that according to the data of the Statistical Office of the Republic of Serbia³, in 2014, the number of concluded marriages was 36.429, and in 2015, 36.949. In 2014, crude divorce rate per 1.000 inhabitants of the Republic of Serbia was 5.1, and in 2015, it was 5.2, which represents a slight increase in the number of concluded marriages.

In both analysed years, the majority of grooms got married between the age of 25 and 34 (in 2014, average age of a groom was 30.9), whereas the age of a bride when concluding the first marriage varied between 20 and 29 (in 2014, average age of a bride was 27.9).

² <https://www.britannica.com/topic/marriage>, 12.6.2017.

Paper received: 19. 6. 2017.

Paper accepted: 20. 6. 2017.

³ Statistical Yearbook of the Republic of Serbia 2016, Statistical Office of the Republic of Serbia, Belgrade, 2016, pp. 47 and 48.

In 2014 and 2015, there were 7.614 and 9.381 divorces, respectively. In 2014, there were 209.0 divorces per 1.000 marriages in the Republic of Serbia, whereas in 2015, this figure amounted to 253.9. If had in mind that in 2005, there were 197.21 divorces and that in 2006, this number amounted to 206.36⁴, we can conclude that in the Republic of Serbia, there is a slight increase in the number of divorces. In 2014, the average age of a husband when getting a divorce was 43.1, and of a wife 39.3. The average length of marriage in 2014 was 13.6 years. According to certain analyses, Serbia takes the fourth place in Europe in the number of divorces, behind Lithuania, Check Republic and Denmark, whereas in the region, it ranks first.⁵

II Effect of Divorce on the Existing Insurance Policies and Insurance Obligations

From legal perspective, when mutual communication is disrupted due to intolerance and distrust, the spouses begin to wish to lead their separate lives and end the relationship that is so seriously and permanently **disturbed**. If the spouses are sufficiently tolerant and sensible, they will manage to agree on the future of their joint property. Otherwise, this decision will be referred to the court. Even though legally simple, in practice, the disputes over joint property division are actually complicated and time-consuming, consequently resulting in the waste of time and money, inability to independently dispose of the share in joint ownership, temporary exclusion from legal transactions, etc.⁶ A special type of obligation is the obligation to pay child support and maintenance for the spouse who has no means of support and is unemployed or incapable of work. We would also like to point out the possibility of a revenge of one of the spouses against the other by selling a part of property and leaving the other spouse with burden of financial obligations and without the possibility to cash in on the possessions acquired during the marriage. All of the aforementioned may leave one of the spouses in a difficult financial situation through no fault of his/her own and therefore, in this area of social relationships, it was necessary to design the ways of financial protection.

The first divorce insurance was developed in 2005 by John Logan, a founder and CEO of *SafeGuard Guaranty Corporation*, an American insurance company, as a result of Logan's own financial turmoil following his divorce in 2002.⁷ Since 2011, this type of insurance has become available in France⁸, United Kingdom, and other

⁴ Slobodan I. Panov, *Porodično pravo*, Beograd, 2016, pp. 54.

⁵ Vesna Miličević, „Razvod braka i njegove pravne posledice“, Institut za pravo i finansije, Beograd, <http://ipf.rs/razvod-braka-i-njegove-pravne-posledice/>, 12. 6. 2017.

⁶ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, pp. 126.

⁷ https://en.m.wikipedia.org/wiki/Divorce_insurance, 12. 6. 20167.

⁸ In 2010, the insurer, *Solly Azar*, was the first to introduce the insurance of maintenance of the mothers with custody over their children, whereas a brokerage firm, *Mazal Assur*, in 2012 offered the insurance of

countries experiencing high divorce rate and expenses affecting former newlyweds who were supposed to „live happily ever after“⁹. In particular cases, these products had specific names such as: New Beginning Insurance (*Assurance Nouveau départ*), Marriage-Legal Protection Insurance (*Ehe-Rechtsschutz*), WedLock Divorce Insurance, etc.

Further in the text, we will present some aspects of this insurance according to the selected rights effective in the federal states of America, German Law, and insurance terms and conditions.

When, in addition to the above, one has in mind that in the developed countries spouses often take out joint health, life and comprehensive motor vehicle insurance policies, and that failing to make appropriate changes to such policies after the divorce (including dropping a former spouse from a policy or getting one's own insurance) can cause a person to be over-insured, underinsured, or not being insured at all, and even lead to insurance fraud due to the failure to report the change in the personal status,¹⁰ things look even grimmer than a mere superficial analysis of divorce consequences. In addition, a divorcee may find that taking out his/her own policy is much more expensive than was the joint insurance policy¹¹. However, this is an unavoidable consequence of a separate life after the divorce.

In the event of a divorce, a characteristic unpleasant situation in mutual life insurance of spouses is the necessity to remove the spouse who is a policyholder or insurance beneficiary. In such case, a spouse who took out the insurance may exclude the other spouse from the cover or designate another insurance beneficiary and thus leave his/her partner without the insurance cover. On the other hand, in some federal states of the USA, the court may order the former spouse to maintain life insurance policy for the benefit of the divorced spouse to cover the alimony.¹² In such case, life insurance policy serves as security for alimony in the event of payor's death during the alimony period. The court order to maintain life insurance policy is based on the following factors: age and insurability of the payor, cost of insurance, amount of the judgment, policies carried during the marriage, duration of the alimony order, prevailing interest rates at the time of the order, and other obligations of the payor.¹³

financial risks in case of a divorce – *Marie Pellefigue*, „Assurance mariage et assurance divorce: à examiner avant de dire oui“, *Capital*, 10/02/2012, <http://www.capital.fr/votre-argent/assurance-mariage-et-assurance-divorce-a-examiner-avant-de-dire-oui-697041>, 14.6.2017.

⁹ „U trendu je osiguranje od rastave braka“, *Svijet osiguranja*, 29.4.2011, <http://www.svijetosiguranja.eu/hr/novosti/u-trendu-je-osiguranje-od-rastave-braka,11985.html>, 12. 6. 2017.

¹⁰ Geoff Williams, „How to untangle your insurance plans in divorce“, *Reuters*, September 11, 2012, <http://www.reuters.com/article/us-divorce-insurance-idUSBRE88A0UY20120911>, 14.6.2017.

¹¹ *Ibidem*.

¹² 2015 North Carolina General Statutes, Chapter 50 – Divorce and Alimony. Article 1 – Divorce, Alimony, and Child Support, Generally (abbr. NC Gen Stat § 50-16.3A (2015)).

¹³ 2016 Massachusetts General Laws, Part II Real and personal property and domestic relations, Title III Domestic relations, Chapter 208 DIVORCE, Section 55 Reasonable security for alimony in event of payor's death; orders to maintain life insurance; modification of orders (abbr. MA Gen L ch 208 § 55 (2016)); 2016

When it comes to health insurance available to one of the spouses, which also covers the other spouse, in case of the divorce, the court which makes an order for alimony in the federal state of Massachusetts shall determine whether the obligor under such order has health insurance or other health coverage available to him/her through an employer that may be extended to cover the spouse for whom support is ordered or shall order him/her to obtain coverage for the spouse.¹⁴ To this end, there is a rule that the courts, when entering or modifying a support order, shall require either or both parents to maintain or provide (new) health insurance coverage for any dependent child.¹⁵

III Characteristics

Divorce insurance is a form of contractual liability insurance where cash benefits in the event of validly terminated marriage may serve for different purposes: to cover the costs of a divorce suit or expenses of moving and setting up a new apartment or house. According to the rules of *Wedlock Divorce Insurance*, the premium and sum insured are determined according to the value of units. This means that the premium and the sum insured are obtained by multiplying the number of units by the unit value, whereby after the expiry of the waiting period, each year, the insurer increases the agreed sum insured by an additional lower amount.

As in the other types of insurance, the divorce insurance entails moral hazard which may put an insurer in a situation to pay benefits for fictitious divorces.

As pointed out in foreign press, divorce insurance may imply from the beginning that divorce is already an option.¹⁶ Therefore, to prevent the divorce intended solely for the purpose of receiving an attractive benefit, insurance terms and conditions stipulate a waiting period for filing a claim, which may be three¹⁷ to four years from the date of policy conclusion. Waiting period where there is no liability of the insurer does not exist if the insurance policy is extended with the same insurer.

In the event of a claim, the benefit involves the payment of the agreed sum, which means that the rules of proportional decrease of insured benefit due to underinsurance are not applied.

California Code, Family Code – FAM, Division 9 – Support, Part 3 – Spousal support, Chapter 5 – Provision for Support After Death of Supporting Party, Section 4360 (abbr. CA Fam Code § 4360 (2016)).

¹⁴ 2016 Massachusetts General Laws, Part II Real and personal property and domestic relations, Title III Domestic relations, Chapter 208 DIVORCE, Section 34 Alimony or assignment of estate; determination of amount; health insurance (abbr. MA Gen L ch 208 § 34 (2016)).

¹⁵ 2016 Revised Code of Washington, Title 26 – Domestic relations, 26.26 Uniform parentage act. 26.26.165 Health insurance coverage (abbr. WA Rev Code § 26.26.165 (2016)); German Insurance Contracts Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 107, paragraph 2.

¹⁶ Belinda Luscombe, "Divorce Insurance: Get Unhitched, Get a Payout", *Time*, September 19, 2010, <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,2015772,00.html>, 12. 6. 2017.

¹⁷ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung* (ARB 2016), Stand 01.2016, § 4(1).

On the other hand, two reasons are highlighted for which it may seem that regular monthly allocation of money to the bank account and interest earned from savings pay off much more than this type of insurance. Firstly, this is because interest increases yields on a savings account and cannot go to waste or disappear, whereas when the insurance is taken out, the payments of premium will be kept by the insurer even if the divorce never happens. The other reason relates to the fact that some divorces are settled relatively easily and amicably and are not necessarily costly. The main argument supporting the conclusion that this type of insurance has a key advantage over savings lies not only in the fact that the savings funds of one spouse could be the subject of division in equal parts (which certainly does not represent the adequate security for the spouse who saved in case of the divorce¹⁸), but also in the fact that majority of people do not have the discipline to save consistently. In addition, as pointed out in the comments in favour of this type of insurance, annual appreciation per unit may represent quite an offset for the returns available on savings accounts.¹⁹

In addition to the above, one of the ways to manage risks entailing divorce is the institute of prenuptial agreement (*pacta nuptialia*). Following the Serbian Civil Code of 1844, the possibility to enter prenuptial agreement was introduced in the Family Law of 2005, which in Article 188 stipulates that spouses or future spouses (married couples and cohabitantes) may regulate property relations regarding their existing or future property by a contract, and that prenuptial agreement pertaining to immovable property is to be entered into the public record of rights on immovable property. However, the conclusion of a prenuptial agreement in France, the Netherlands, Germany, and Serbia is not common.²⁰ The main purpose of this agreement between spouses is to eliminate the legal presumption of equal shares in joint property acquired during the marriage, and to apply the rules which will help distinguish what joint property is comprised of. This agreement regulates property and other rights belonging to each spouse in the event of divorce. Thus, in the event of a dispute, spouses are financially secured for the purpose of their peace of mind and social wellbeing.²¹

According to insurance terms and conditions of a German company, ARAG SE, which underwrites this class as marriage-legal protection insurance²², the insured

¹⁸ In Serbian legal theory it is pointed out that savings and accrued interest are included in the joint property (Slobodan I. Panov, *Ibidem*, pp. 337) and thus, in the absence of a prenuptial agreement which would regulate this matter otherwise, each spouse is entitled to the half of those funds.

¹⁹ Jennifer Schultz Saranow, "Divorce Insurance (Yes, Divorce Insurance)", *The New York Times*, August 6, 2010, https://bucks.blogs.nytimes.com/2010/08/06/divorce-insurance-yes-divorce-insurance/?_r=0, 12. 6. 2017.

²⁰ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 360.

²¹ Slobodan I. Panov, *Ibidem*, str. 363.

²² Više o osiguranju troškova pravne zaštite, videti kod: Slobodan Jovanović, „Osiguranje troškova pravne zaštite“, *Evropski put prava osiguranja Srbije posebno ugovora o osiguranju* (urednici Jovan Slavnić, Predrag Šulejić i Jasna Pak), Beograd, Association for Insurance Law of Serbia, 2008, pp. 212–227.

event is considered to have occurred in the following cases: (a) liability for damage; (b) counselling on legal protection in family law, relationships between spouses and inheritance law, as well as in the event of a judicial separation when the legal position of the policyholder or his/her co-insured is changed. This insurance covers the interests of both married couples and cohabitants in the event of divorce or marriage annulment in the court proceedings, to the sum insured of EUR 30.000 per any one insured event.²³ In addition, provided that the spouses accept to settle their dispute amicably, by mediation, this insurer reimburses the expenses of up to EUR 3.000 per one mediation in Germany, and maximum EUR 6.000 worth of expenses for all mediations in a calendar year. This type of insurance characteristically covers the expenses and fees for lawyers, expert witnesses, and court, both of one's own and of the other party in the event that the dispute is lost.²⁴ If uninsured persons appear in mediation, the insurer pays for its liability in proportion to the total number of persons. This type of insurance can be concluded either as stand-alone insurance policy or as an extended cover in liability insurance policy, and does not cover the gaps (differences) between the covers of other insurance policies but only those losses or damages which have occurred as a direct consequence of the divorce.

In case of lost employment or unemployment, and if specially agreed, the insurance cover remains effective even without the obligation to pay the premium, provided that the insured is registered in the labour market as unemployed or has lost his/her earning capacity, all in accordance with the provisions of German Social Code (Articles 137 and 43). In this case, the insured must be temporarily employed for minimum two consecutive years and be the beneficiary of unemployment benefits for low paid employment.²⁵ In such case, the liability of the insurer is effective for maximum five years, provided that after the death of the insured, the person who maintains-concludes the insurance contract with this same company is given the possibility to continue to be exempted from premium payment.

The premium payment will not be subject to exemption if any other person has the obligation to pay for it. Exemption from premium payment is not valid in alternatively stipulated cases (in the insurance terms and conditions): (1) when the insured is legally obliged to pay the financial maintenance, (2) if the employment or earning capacity was lost prior to the conclusion of the insurance contract, (3) if the unemployment or loss of earning capacity occurred within six months after the insurance was written, unless unemployment or the loss of earning capacity

²³ ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 2, (I).

²⁴ S. Jovanović, str. 213.

²⁵ According to Article 8 of the Book IV of (German) Social Code of 2009 (*Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch*) „Low paid employment exists: (1) when the wage does not exceed EUR 450 per month, and (2) employment lasts maximum two months in a calendar year or 50 working days, depending on the nature of the job and time limits stipulated in the labour contract, unless it is the work in the form of occupation and a monthly fee exceeds EUR 450.”

has occurred, within such period, as a consequence of an accident, (4) if unemployment or loss of earning capacity are caused by military conflicts, unrests, strikes or nuclear effects, except in the event of a medical treatment, or (5) if unemployment, professional or general incapacity for work are caused intentionally by action or violation of the insured.

The insurer will meet his liability to the policyholder and/or insureds for all their obligations incurred on the territory of Germany and other European countries, as well as for those arising from the decisions of the courts in Germany or any other European country. The only exclusion of the insurer's liability from the aforementioned relates to the legal interests in connection with acquiring or alienation of property rights or timeshare of buildings or parts of buildings.

In addition, the automatic extension of insurance policy is stipulated for additional year, provided that the policyholder does not cancel the insurance policy minimum three months before the policy expiry.

It is interesting to note that the effectiveness of insurance cover/insurer's liability is conditioned by the payment of the first premium, that is, if the payment of premium is delayed, the insurance will become effective on the date when the premium is paid. If after the expiry of the premium payment period the insured is in default regarding the payment of outstanding amounts, the insurer may cancel the contract without the observance of the cancellation period. However, the insurer may connect the payment period with the cancellation so that upon the expiry of the payment period, the cancellation becomes effective, provided that at that moment the insured is in default in payment. The insurer cannot exercise this right unless he has expressly warned the insured about this consequence. Nevertheless, it should be noted that the insurer cannot deviate from the above rules to the detriment of the insured.

However, if the insured is able to prove that the default in premium payment did not occur through his/her fault, the insurance will become effective on the agreed date.²⁶ By proving that the default in payment was through no fault of his own, the insured eliminates the possibility of default in premium payment. The cancellation of marriage-legal protection insurance policy will become void if the policyholder makes the payment of outstanding premium within one month after the contract has been cancelled. However, in such case, the insurer is not obliged to compensate for the damages occurred from the moment when the insured was in default in premium payment until the date when the outstanding premium is paid.²⁷

Dunning notice for outstanding insurance premium will be effective only if it contains the information of: outstanding premium, interest and expenses, and caution about legal consequences of failure to pay the premium within the defined

²⁶ ARAG Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016), Stand 01.2016, § 9, B(2).

²⁷ ARAG Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016), Stand 01.2016, § 9, C(5), German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 38, paragraph 3

period (suspension of the insurance cover as of the date of default). Insurer is not liable to pay the benefit only if he has warned the insured about legal consequences of premium non-payment in a special written notice or warning visibly indicated in the insurance policy.²⁸

To maintain an adequate level of insurance premium payable by the insured, in the insurance terms and conditions the insurer anticipates that the premium will be adjusted each calendar year, on 1 July. Premium adjustment is made by an independent actuary who analyses the whole insurance market and companies selling legal protection insurance, uses statistical data in connection with frequency of claims and average amount of an individual claim, and decides whether the insurance premium needs to be increased or decreased.²⁹ The actuary also determines the change in value by types of liability insurance: legal protection in traffic, legal protection of legal persons and entrepreneurs, associations, households, farms, etc.

It goes without saying that the insured is to act with due care and, in addition to the obligation to report the relevant facts when concluding the insurance contract, the insured must act with due care even after the occurrence of the insured event. The insured is obliged to eliminate and minimise the loss after the occurrence in accordance with his/her means, and in case of marriage-legal protection insurance, he/she must do his/her best to minimise the defence costs (attorney's expenses, court fees, counterparty's costs, etc.). The insurance also covers the judicial and extra-judicial costs arising from claims asserted by a third party³⁰, insofar as the circumstances, that is, relationships between spouses, necessitate the expenditure. The insurer shall also reimburse the costs of a legal dispute conducted at his instigation and the costs for defence counsel, insofar as they exceed the sum insured plus the insurer's expenses for indemnifying the policyholder. This shall also apply to interest payments which the policyholder owes the third party as a result of a delay in satisfying the third party occasioned by the insurer.³¹

The policyholder must follow, to the greatest extent possible, the instructions of the insurer or of his attorney, if circumstances permit. The insurer provides preliminary legal advice by providing the policyholder with the telephone number of the attorney in charge of counselling in legal matters regarding the German Law. When it comes to the law of a foreign country, the insurer *ARAG SE* provides the attorneys which give advice on the rights in EU countries, and in: Serbia, Turkey and USA.

The need for advisory services of the insurer arises when the consultation is necessary for the analysis and avoidance of a potential judicial proceedings. In such

²⁸ Slobodan Jovanović, „Pravne posledice neplaćanja premije neživotnog osiguranja u odabranim pravnim sistemima EU i srpskom pravu“, *Evropsko zakonodavstvo*, no. 47–48, January–June 2014, pp. 234.

²⁹ *ARAG Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 10(2).

³⁰ German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 101, paragraph 1.

³¹ German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 101, paragraph 2.

case, the insurer *ARAG SE* refunds the expense of attorney's counselling and informing over the telephone up to EUR 250, and maximum EUR 500 in one calendar year.

The right of the insured to choose his lawyer, in accordance with Articles 3 and 4 of the Council Directive 87/344/EEC of 22 June 1987 on the coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to legal expenses insurance,³² is guaranteed in Article 17, paragraph 3 of the General Legal Expenses Terms and Conditions of the company *ARAG SE*, provided that the insurer may appoint a lawyer only: (1) if requested by the policyholder, (2) if the policyholder fails to appoint the lawyer and an urgent response is required. The insurer appoints the lawyer for and on behalf of the policyholder and is not responsible for the lawyer's actions in any of the aforementioned cases.

The policyholder is obliged to disclose to the insurer, within one week, those facts which could give rise to his responsibility vis-à-vis a third party. If the third party asserts a claim against the policyholder, the policyholder is obliged to disclose that fact to the insurer within one week after the claim is asserted. Where a claim is asserted against the policyholder in court, legal aid is applied for or a third-party complaint is filed against him in court, he is obliged to disclose that fact to the insurer without undue delay. This also applies when investigative proceedings have been initiated against the policyholder on account of the occurrence of the loss giving rise to a claim.

When the policyholder reports the occurrence of the insured event, the insurer will confirm to the policyholder the existence and amount of cover for the given occurrence. However, if the policyholder decides to take certain actions before the insurer has confirmed the insurance cover, for the purpose of his legal interests, the insurer will cover only those expenses which the policyholder had prior to taking such actions. Here, it should be pointed out that the agreements under which the insurer is not obliged to effect payment if the policyholder satisfies the third party or acknowledges his entitlement without the insurer's consent shall be void, and this rule in the German Insurance Contract Act is of a mandatory nature.³³

As of the engagement of the lawyer, the policyholder is obliged to provide to such lawyer complete and true information, evidence, necessary data and documents, and to inform the insurer of the developments in the case. In the case of grossly negligent non-observance of the obligation, the insurer is entitled to reduce any benefits payable commensurate with the severity of the policyholder's fault. The policyholder may not be released from liability for failing to disclose the said

³² 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.

³³ German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 105 in connection with Article 112.

information to the insurer solely on the grounds that he has expected his lawyer to do so. If the policyholder breaches the obligation to inform or provide information for the purpose of clarifying the insured event, the insurer is entitled to refuse his obligation, partly or fully, provided that he has warned the policyholder thereof, in a special written notice (in a registered letter or e-mail). However, the insurance will be effective and the insurer will be liable to pay the benefit to the policyholder if the policyholder proves that he has not breached the said obligations by gross negligence.³⁴ General insurance terms and conditions of legal protection in marriage concretizes the obligation of the policyholder to present evidence by conditioning the obligation of the insurer with the fact that the policyholder is supposed to prove that the breach of contractual obligations did not cause the occurrence of the insured event.

The policyholder has a special obligation to preserve his rights to his debtor, so that the insurer can effect the recovery. For example, if the other party to a dispute has the obligation to compensate the policyholder for the litigation costs or costs of other procedure, the insurer is entitled to collect these costs provided that he has borne such costs (temporarily, before the completion of the procedure).³⁵ This means that the policyholder is obliged to surrender to the insurer the documents necessary to recover the costs. If the policyholder intentionally fails to do so, and the insurer does not succeed in recovering the costs from the debtor, the policyholder will be obliged to compensate the insurer for the entire amount of such costs. In the event of gross negligence, the insurer is entitled to reduce any benefits payable in proportion to the fault of the policyholder, provided that the policyholder can prove that such fault did not occur through his/her gross negligence.

Several provisions of the general insurance terms and conditions regarding legal protection in marriage also define the jurisdiction of the Court before which the proceedings will be instituted against the insurer and the policyholder, in accordance with the German law and the EU law.

If agreed, insurance policy of marriage-legal protection of the German insurance company *ARAG SE* includes, in addition to the policyholder, the names of persons registered as living in the place of residence of the policyholder : (1) spouse or cohabitee, no matter if the community of life still lasts or has ended; (2) minor children; (3) unmarried children until they are employed or become entrepreneurs; (4) persons living in the same household with the policyholder (apartment or house), who are relatives of the policyholder or his partner, provided that they are registered as living at the same address; (5) all persons in the capacity of a driver with valid driving license for motor vehicles registered in the name of any of the above persons

³⁴ *ARAG Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 17(5); German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 28, paragraph 2.

³⁵ *ARAG Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016, § 17(8).

as at the date of the conclusion of the insurance contract or the term thereof. The insurance cover includes all legal interests of the policyholder in the capacity of the owner, holder, lessor, lessee, buyer, and the driver of motor vehicles on land, water or air, including trailers, and all electric vehicles (bicycles, Segways, electric skateboards and the like).

The cover excludes the risks relating to commercial activities, activities of independent professions, and other independent activities.

Under the compulsory provision of the German Insurance Contract Act³⁶, in the insurance of marriage-legal protection, the insurer is obliged to release the policyholder from the third party's claim within two weeks, beginning at the time when the third party's claim is established with binding effect for the insurer by final judgement, acknowledgement, or settlement. If the third party has been satisfied by the policyholder with binding effect for the insurer, the insurer is obliged to pay the compensation to the policyholder within two weeks after the third party has been satisfied. The insurer shall be obliged to pay any costs to be reimbursed within two weeks after communication of the calculation. In addition, if the sum insured is not equal to the capital value of the annuity that the policyholder is obliged to pay to the third party, the insurer is only liable to pay a pro-rata share of the annuity.³⁷ If the policyholder bears responsibility towards several third parties and their claims are in excess of the sum insured, the insurer shall pay these claims in proportion to their amounts. However, this is an operative rule as per Article 109 of the German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*) which can be modified in the insurance terms and conditions in favour of the policyholder.

Special cases in which the insurer's liability is excluded relate to the insurance of legal expenses when the legal protection of persons is insured in a different capacity (e.g. insurance of legal expenses of entrepreneurs or insurance in connection with the infringement of intellectual property rights excludes legal protection insurance related to marriage, etc.).

IV Conclusion

The cohabitation of two people of different gender, governed by law, represents an important institution of society which is characterized by emotional, psychological, procreational, social, legal, and economic aspects. During marriage, spouses support their children, acquire particular property, and assume rights and obligations. The ownership over particular rights is not addressed when the relationship and understanding between spouses is harmonious, since the entire property serves the purpose of a particular matrimonial cohabitation. The divorce entails

³⁶ German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 106.

³⁷ German Insurance Contract Act of 2007 (*Versicherungsvertragsgesetz*), Article 107, paragraph 1.

numerous consequences for the property, which may seriously disturb financial status of spouses and their ability to meet different obligations. The institute of prenuptial agreement is not common in practice and it should be pointed out that the conclusion of a pre-nup does not necessarily guarantee that one of the spouses will not file a suit regarding a right not stipulated in the prenuptial agreement. On the other hand, divorce insurance can provide protection regarding the matters omitted to be entered in the terms of a prenuptial agreement. Taking into account the possibility that events may unfold adversely for the spouses, divorce insurance was introduced to comparative law and insurance practice to cover the mentioned situations. High divorce rate and poor culture regarding the conclusion of prenuptial agreements represent a big chance for insurance companies in Serbia to draw up the terms and conditions for insurance against the risk of divorce and offer them to prospective policyholders. This is particularly when had in mind that this type of insurance can be taken out as a wedding present to newlyweds from relatives, groomsmen, or friends.

Literature

- ARAG *Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2016)*, Stand 01.2016.
- 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, pp. 77–80.
- Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist.
- Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631).
- Marriage, <https://www.britannica.com/topic/marriage>, 12.6.2017.
- Divorce insurance, https://en.m.wikipedia.org/wiki/Divorce_insurance, 12. 6. 2017.
- Jovanović, S., „Pravne posledice neplaćanja premije neživotnog osiguranja u odabranim pravnim sistemima EU i srpskom pravu“, *Evropsko zakonodavstvo*, no. 47–48, January–June 2014, pp. 226–242.
- Jovanović, S., „Osiguranje troškova pravne zaštite“, *Evropski put prava osiguranja Srbije posebno ugovora o osiguranju* (editors Jovan Slavnić, Predrag Šulejić and Jasna Pak), Beograd, Association for Insurance Law of Serbia, 2008, pp. 212–227.

- Luscombe, B., "Divorce Insurance: Get Unhitched, Get a Payout", *Time*, September 19, 2010, <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,2015772,00.html>, 12. 6. 2017.
- Milićević, V., „Razvod braka i njegove pravne posledice“, Institut za pravo i finansije, Beograd, <http://ipf.rs/razvod-braka-i-njegove-pravne-posledice/>, 12. 6. 2017.
- Panov, I. S., *Porodično pravo*, University of Belgrade – Faculty of Law, Belgrade, 2016.
- Pellefigue, M., "Assurance mariage et assurance divorce: à examiner avant de dire oui", *Capital*, 10/02/2012, <http://www.capital.fr/votre-argent/assurance-mariage-et-assurance-divorce-a-examiner-avant-de-dire-oui-697041>, 14.6.2017.
- Family Law, *Official Gazette of the Republic of Serbia*, no. 18/2005, 18/2011 and other law, 6/2015.
- Saranow, J. S., "Divorce Insurance (Yes, Divorce Insurance)", *The New York Times*, August 6, 2010, https://bucks.blogs.nytimes.com/2010/08/06/divorce-insurance-yes-divorce-insurance/?_r=0, 12. 6. 2017.
- Statistical Yearbook of the Republic of Serbia 2016, Statistical Office of the Republic of Serbia, Belgrade, 2016.
- „U trendu je osiguranje od rastave braka“, *Svijet osiguranja*, 29.4.2011, <http://www.svijetosiguranja.eu/hr/novosti/u-trendu-je-osiguranje-od-rastave-braka,11985.html>, 12. 6. 2017.
- Williams, G., "How to untangle your insurance plans in divorce", *Reuters*, September 11, 2012, <http://www.reuters.com/article/us-divorce-insurance-idUSBRE88A0UY20120911>, 14.6.2017.

Translated from Serbian by: **Zorica Simović**

UDK: (047.3):368.023.1+368.029(439.55)(497.15)(497.16)(497.13)(495.6)(497.12)(497.11)

Zorana Z. Nikolić Joldić, dipl. filolog¹

28. SUSRET OSIGURAVAČA I REOSIGURAVAČA U SARAJEVU

SORS OGLEDALO REGIONALNE OSIGURAVAJUĆE PRAKSE

Dvadeset osmi SorS, regionalni susret osiguravača i reosiguravača, održan je od 7. do 9. juna ove godine u Sarajevu. Hotel „Bristol“ bio je tradicionalno poprište korisnih predavanja, prezentacija i okruglih stolova na goruće teme koje se dotiču osiguravajućih društava iz regiona. Poznat kao dobro mesto razmene ideja i iskustava iz delatnosti osiguranja, SorS je i posle dvadeset i osam godina održavanja privukao 130 učesnika iz 18 zemalja sveta. Članovi Udruženja SorS predstavnici su 15 osiguravajućih kuća iz Bosne i Hercegovine, Crne Gore, Hrvatske, Makedonije, Slovenije i Srbije, što tom udruženju daje poseban značaj u smislu boljeg regionalnog povezivanja tržišta osiguranja. Zlatni sponzor susreta ove godine bio je reosiguravač „Trust Re“, srebrni kompanija „C Consulting“, dok se kompanija „Tectus“ našla u ulozi tehničkog organizatora. Časopis „Svijet osiguranja“ bio je medijski pokrovitelj događaja.

Rezultati regionalnih tržišta na otvaranju SorS-a

Kako se već i na prethodnim susretima ustalila praksa, i ove godine su na otvaranju skupa prikazani pokazatelji poslovanja osiguravajućih društava po regionima – u BiH, Crnoj Gori, Hrvatskoj, Makedoniji, Sloveniji i Srbiji.

U ime Agencije za osiguranje u Bosni i Hercegovini **Suzana Šakotić** iznela je statistiku o ukupnoj premiji osiguranja koja je u BiH u 2016. iznosila 324 miliona evra, odnosno 6,42 posto više nego lane. Odnos udela neživotnog i životnog osiguranja u ukupnoj premiji je 79,61 posto u korist neživotnog osiguranja, odnosno 20,39 posto u korist životnih osiguranja. Prema njenim rečima, u ovoj državi posluje 27 društava

¹ Autor je specijalista u Odeljenju za informisanje i izdavačku delatnost, Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o.
I-mejl: zorana.nikolic-joldic@dunav.com
Rad je primljen: 19. 7. 2017.
Rad je prihvaćen: 20. 7. 2017.

i u prvih pet ulaze „Uniq“, „Sarajevo osiguranje“, „Euroherc BiH“, „Bosna Sunce osiguranje“ i „Croatia“, a kako je Šakotićeva kazala, ukupna premija po glavi stanovnika u BiH iznosi 80 evra. Kada su u pitanju izazovi pred kojima se nalaze osiguravači u toj zemlji, Suzana Šakotić je navela konsolidovanje tržišta spajanjem i akvizicijom, jačanje kapaciteta nadzornih tela radi sprovođenja Solventnosti II, aktivniju ulogu Udruženja osiguravača u promociji osiguranja i povećanje poverenja u tu delatnost, uz napomenu da će posebno osetljivo područje biti liberalizacija tržišta osiguranja od auto-odgovornosti.

Crnogorsko tržište osiguranja predstavio je **Nebojša Šćekić** iz Nacionalnog biroa osiguravača Crne Gore. Prema pregledu učešća u ukupnoj premiji osiguranja, u toj zemlji osiguranje od auto-odgovornosti čini 43,97 procenata premije, životna osiguranja 17,07, imovinska 12,37, osiguranje od nezgode 11,99 procenata, dok na automobilski kasko otpada 6,34 posto, a na zdravstvena osiguranja svega 2,22 odsto od ukupne premije. Kako je Šćekić izvestio okupljene, lider crnogorskog tržišta je „Lovćen osiguranje“ s tržišnim udelom od 37,31 posto, a zatim „Sava Montenegro“ sa 14,55 odsto, „Đenerali“ sa 13,67, i „Uniqa neživot“ sa 13,09 posto udela na tržištu. Osiguravači u Crnoj Gori u 2016. godini, prema njegovim rečima, generisali su ukupnu premiju od 80 miliona evra, 66 miliona iz neživotnih i 13 miliona evra iz životnih osiguranja, dok je njihova ukupna neto dobit iznosila 3,83 miliona evra.

Dr Damir Zorić, predsednik Upravnog odbora Hrvatskog ureda za osiguranje, prikazao je podatak da je na hrvatskom tržištu zaključno sa 30. septembrom 2016. godine ukupna imovina finansijskog sistema u Hrvatskoj iznosila 562 milijarde kuna, i dodao da je ukupna imovina osiguravajućih društava u toj zemlji u 2015. godini iznosila oko 40 milijardi kuna. Zorić je objasnio i da se u Hrvatskoj broj osiguravajućih društava smanjuje, što se pripisuje ulasku u EU i mogućnosti osnivanja predstavništava u zemljama EU. Nasuprot tome, broj društava za zastupanje povećao se za trideset i dva, a broj obrta za zastupanje u osiguranju za 86. Broj društava za osiguranje iz drugih država članica za koje je Hanfa primila obaveštenje o nameri pružanja usluga u Republici Hrvatskoj povećao se za 42. Što se tiče udela premije osiguranja u BDP u toj zemlji, on iznosi 2,55 posto, u odnosu na prosek zemalja EU koji je 7,6 posto. Premija osiguranja po stanovniku u Hrvatskoj je 279 evra, od čega 186 evra za neživotna i 93 evra za usluge životnih osiguranja. Kako je naglasio Zorić, ova statistika je daleko ispod proseka EU, koji iznosi 1.843 evra, koliko stanovnici ostalih članica Unije izdvajaju godišnje za osiguranje.

Društva za osiguranje s većinskim domaćim kapitalom imaju veći udeo u premiji neživotnih osiguranja (64,34%), dok društva za osiguranje u većinskom inostranom vlasništvu beleže veći udeo u premiji životnih osiguranja (72,97%).

Kada je reč o kanalima prodaje osiguranja, u Hrvatskoj se, prema Zorićevoj izjavi, neživotna osiguranja plasiraju najviše preko internih zastupnika, i to 39,1 procenat, zatim preko zaposlenih u osiguravajućim kućama 21,7 posto, dok se

preko agencija za zastupanje generiše 19,3 posto premije neživotnih osiguranja. Zanimljivo je i to da se čak 24,3 posto usluga životnih osiguranja proda preko internih zastupnika, 21,8 procenata preko agencija, 11,1 posto ostvare zaposleni u direktnoj prodaji u osiguravajućim kućama, dok se preko banaka ostvaruje najveći plasman od 36, 2 procenta. Iz izlaganja Damira Zorića treba izdvojiti i njegov savet kolegama povodom hrvatskog iskustva s liberalizacijom cena premije osiguranja od automobilske odgovornosti, koja je uzrokovala pad cena, tako da je prosečna premija po ovoj vrsti iznosila 929 kuna na kraju 2016. godine. Tim povodom, on je savetovao zemlje u okruženju koje se pripremaju za liberalizaciju da se ne takmiče spuštanjem cena već produktivnošću, inovacijama i kvalitetom usluge.

O Makedonskom tržištu osiguranja od **Trajčeta Latinovskog** iz Nacionalnog biroa za osigurivanje moglo se saznati da na tom tržištu posluje 15 društava, da je ukupna premija u 2016. iznosila 141,8 miliona evra, dok je prosečna premija po stanovniku 68,5 evra, a udeo osiguranja u BDP-u 1,44 posto.

Maja Krumberger, direktorka Slovenačkog zavarovalnog združenja, iznela je podatak da je ukupna premija osiguranja u Sloveniji u 2016. godini iznosila dve milijarde evra, kao i da životno osiguranje ima najveći udeo u tržišnoj premiji od 27,3 posto. Što se udela ostalih osiguranja tiče, zdravstveno zauzima udeo od 24,4 posto, imovinska osiguranja 12,2 posto, kasko 11,6 posto, auto-odgovornost 11 posto, te osiguranje od nezgode 4,8 posto udela u ukupnoj tržišnoj premiji. Pored osnovnih pokazatelja stanja na slovenačkom tržištu, Krumberger je od najvažnijih tržišnih događaja navela pripremu za IDD direktivu Evropske unije, reformu zdravstva i Uredbu o dokumentima s ključnim informacijama za upakovane investicione usluge za male ulagače i investicione osiguravajuće usluge (PRIIPs).

Ukupna premija osiguranja u Srbiji u 2016. godini iznosila je 742 miliona evra, podatak je koji je u predstavljanju tog tržišta naveo **Duško Jovanović**, predsednik Udruženja osiguravača Srbije. Udeo auto-odgovornosti u ukupnoj premiji iznosi 33,96 posto, a potom slede životna osiguranja sa udelom od 25,95 procenta, na osiguranja imovine otpada 18,21 posto, automobilski kasko obuhvata 7,76 posto, a osiguranje od nezgode 4,9 posto udela. Kako Jovanović kaže, na tržištu Republike Srbije posluje 19 društava za osiguranje. Najveći udeo u premiji ima „Dunav osiguranje“ (25,68 odsto), a potom slede „Đenerali“ (22,25 odsto), DDOR (11,59 odsto), „Viner“ (10,67 odsto) i „Triglav“ (4,74 posto).

Jureći voz zvan Solventnost II

Na ovogodišnjoj konferenciji SorS-a glavnu temu i centralno mesto zauzela su predavanja o primeni direktive Solventnost II. **Sergej Simoniti**, direktor Agencije za nadzor tržišta osiguranja Slovenije, smatra da je uvođenje Solventnosti II u ovoj članici EU proteklo glatko i bezbolno zahvaljujući činjenici da su pripreme za njeno

uvođenje u Sloveniji trajale još od 2004. godine. Pored svih prednosti te direktive, on smatra i da je Solventnost II učvrstila vezu između osiguravajućih društava i nadzora nad osiguranjem zahvaljujući gotovo svakodnevnoj komunikaciji te dve strane.

Hrvatska iskustva na ovu temu iznela je **Gordana Letica**, članica Upravnog veća Hanfe, slikovitim opisom da je Hrvatska ulaskom u EU 2013. godine „uskočila u jureći voz“ zvan Solventnost II, ali da je prilagođavanje novonastaloj situaciji, koje je obuhvatilo mnogo rada i truda kako društava za osiguranje tako i nadzornog tela, bilo veoma uspešno. U hrvatskom udruženju Hanfa u toku je validacija godišnjih izveštaja za 2016. godinu i dospelog tromesečnog izveštaja za prvi kvartal tekuće godine. Kvalitet dostavljenih podataka na kraju validacije bio je zadovoljavajući, kazala je Letica, uz pohvalu upućenu osiguravačima zbog vidnog napretka u poređenju s prethodnim periodima izveštavanja. Ona je ovom prilikom upozorila osiguravače da obrate pažnju na dovoljnost premije i kombinovanu stopu koja u 2016. iznosi 95.

Primena direktive Solventnost II izložila je osiguravajuća društva većim troškovima, a to je posebno pogodilo manje osiguravače koji su bili u obavezi da nadgrade postojeće ili pribave nove programske platforme, povećaju broj zaposlenih i obezbede različite vrste edukacije. Dešavalo se i to da su domaća društva morala da angažuju konsultante. Neka društva su morala i da se spajaju, tako da je od 2013. pripojeno ukupno sedam društava, dok je u najavi spajanje još dva društva, a neki osiguravači okrenuli su se autsorsingu pojedinih usluga, najčešće na poslovima kompjuterske obrade podataka (IT usluge) i poslovima upravljanja imovinom. Prema rečima Gordane Letice, primena direktive uticala je i na znatan pad premije kod tradicionalnih vrsta životnih osiguranja i na porast premije *unite-linked* polisa. Taj rast prvenstveno se odnosi na nove jednokratne premije koje su u 2016. zabeležile rast od 148,7 procenata. Što se tiče *unit-linked* polisa, čija prodaja beleži veliki rast, udeo ove vrste osiguranja je u 2016. iznosio 16,6 posto, u poređenju sa 8,2 posto u 2015. godini ili 5,2 procenta u 2014, objasnila je Letica i dodala da to dovoljno govori u kom se smeru osiguravači života u Hrvatskoj kreću.

Okrugli stolovi i rasprave

Tokom drugog dana konferencije SorS u Sarajevu održani su okrugli stolovi i rasprave. Okrugli sto na temu vansudskog poravnjanja vodio je moderator **Marijan Ćurković**, a sto na temu saosiguranja i Zakona o zaštiti konkurencije **Zlatan Filipović**. Filipović je naglasio kako se u praksi koja se sprovodi u regionu dešava da je saosiguranje zapravo drugačije nazvano reosiguranje, te je stoga cilj da svako tržište jasno odredi šta je to saosiguranje, u kojim slučajevima je prihvatljivo, a kada bi ograničavalo konkurenciju na tržištu. Filipović je ovde pomenuo kako postoji i Direktiva EU, te da bi bilo logično uzimati je u obzir kada se odluke o reosiguranju i saosiguranju donose.

Jelena Lončar iz Narodne banke Srbije održala je predavanje o Strategiji implementacije Solventnosti II u Republici Srbiji. Tu strategiju, kako je ona naglasila, usvojio je IO Narodne banke Srbije pre godinu dana, 7. jula 2016. godine. Analizom ispunjenosti uslova iz čana 4. Direktive Solventnost II utvrđeno je kako u Srbiji nijedno društvo, prema trenutnim informacijama, nije u režimu malih društava. Takođe, utvrđeno je da postoji adekvatan nivo spremnosti kapaciteta za primenu drugog stuba Solventnosti II, dok, prema njenoj izjavi, društva očekuju da će biti spremna za primenu Solventnosti II u periodu između 2018. i 2021. godine. Značajan test spremnosti za primenu te direktive, kako tvrdi Jelena Lončar, biće sprovođenje kvantitativne studije uticaja.

Konferencija koja okuplja prijatelje

Na kraju izveštaja o ovogodišnjoj konferenciji SorS održanoj u hotelu „Bristol“ u Sarajevu treba preneti i poruku Zlatana Filipovića, generalnog sekretara Udruženja osiguravajućih društava SorS i direktora „Bosna reosiguranja“, da SorS ima u planu dalje unapređivanje konferencije kako bi se i u budućnosti održalo tako veliko interesovanje za učešće, ali i podstaklo da ono bude još veće. Učesnici konferencije iz 18 zemalja (Nemačke, Slovenije, Srbije, Crne Gore, Bosne i Hercegovine, Hrvatske, Poljske, Engleske, Austrije, Italije, Švajcarske, Makedonije, Rusije, sa Kipra, iz Francuske, Češke, Libana i Turske) samo potvrđuju da je susret u Sarajevu idealno mesto kako za informisanje i upoznavanje tako i za sklapanje budućih poslova i saradnje. Popularnost SorS-a dokazuje i to da mu se mnogi učesnici vraćaju, kao mestu na kome akcenat nije samo na poslu već i na susretu dugogodišnjih prijatelja.

UDK: (047.3):368.023.1+368.029(439.55)(497.15)(497.16)(497.13)(495.6)(497.12)(497.11)

Zorana Z. Nikolić Joldić, BA in Philology¹

28th MEETING OF INSURANCE AND REINSURANCE
COMPANIES IN SARAJEVO

REGIONAL INSURANCE PRACTICE MIRRORED IN THE SORS

The 28th SorS, regional meeting of insurance and reinsurance companies, was held from 7 to 9 June 2017 in Sarajevo. Bristol hotel was a traditional venue where the burning issues of insurance companies in the region were discussed through useful lectures, presentations, and round tables. As a well-known place for exchange of ideas and experience in insurance business, SorS attracted 130 participants from 18 countries across the globe, even after twenty eight years of its holding. The fact that the members of the SorS Insurance Association are the representatives of 15 insurance companies from Bosnia and Herzegovina, Montenegro, Croatia, Macedonia, Slovenia and Serbia attaches a particular importance to this Association in terms of enhanced connections between these insurance markets. This year's Golden Sponsor was a reinsurance company, *Trust Re*, the Silver Sponsor was *C Consulting*, whereas the company *Tectus* assumed the role of a technical organiser. Media sponsor of the event was the journal *World of Insurance*.

Results of Regional Markets at SorS Opening Ceremony

Modelling upon a well-established practice in the previous meetings, this year, at the opening ceremony, business indicators of insurance companies were presented by regions – B&H, Montenegro, Croatia, Macedonia, Slovenia and Serbia.

On behalf of the Insurance Agency of Bosnia and Herzegovina, **Suzana Šakotić** presented the statistics of the total insurance premium in B&H, which in 2016,

¹ Author is a Specialist in the Information and Publishing Service, Dunav Insurance Company a.d.o.

E-mail: zorana.nikolic-joldic@dunav.com

Paper received: 19-07-2017

Paper accepted: 20-07-2017

amounted to 324 million EUR that is, was by 6.42 % higher than in the previous year. Ratio between non-life and life insurance share in the total premium was 79.61% and 20.39%, respectively. According to Ms Šakotić, there are 27 insurance companies operating in Bosnia and Herzegovina among which the first five are *Uniqa*, *Sarajevo osiguranje*, *Euroherc B&H*, *Bosna Sunce osiguranje*, and *Croatia*. Ms Šakotić informed the participants that in B&H, the total premium per capita amounts to 80 Euros. As challenges faced by the insurers in this country, Ms Šakotić mentioned market consolidation by mergers and acquisitions, capacity building of supervisory bodies for the purpose of Solvency II implementation, more active role of the Association of Insurance Companies in the promotion of insurance business and more trust in this industry, noting that market liberalisation of motor third party liability insurance will represent a particularly sensitive area.

Montenegrin insurance market was presented by **Nebojša Šćekić** from the National Bureau of Montenegro Insurers. According to the breakdown of share in the total insurance premium in that country, MTPL insurance accounts for 43.97% of the premium, life lines 17.07%, property 12.37%, accident 11.99%, comprehensive motor insurance 6.34%, whereas health insurance lines account for only 2.22% of the total premium. As Mr Šćekić reported at the gathering, the leader on the Montenegrin market is *Lovćen osiguranje* with the market share of 37.31%, and is followed by *Sava Montenegro* with 14.55%, *Generali* with 13.67%, and *Uniqa neživot* with 13.09% of the market share. According to him, in 2016, the insurers operating in Montenegro generated the total premium of 80 million Euros: 66 million and 13 million Euros respectively for non-life and life, whereas their total net profit amounted to 3.83 million Euros.

Damir Zorić, PhD, a Chairman of the Board of Directors of the Croatian Insurance Bureau, presented the information that inclusive of 30 September 2016, the total assets within the financial system of the Croatian market amounted to 562 billion kunas, adding that in 2015, the total assets of insurance companies in that country amounted to 40 billion kunas. Zorić explained that the number of insurance companies in Croatia is decreasing because of the accession to the EU and possibility to open representative offices in the EU countries. As opposed to the aforementioned, the number of brokerage companies rose by thirty two, and the number of brokerage businesses by 86. The number of insurance companies from other member states (for which Hanfa was notified of their intent to provide services in the Republic of Croatia) has increased by 42. As regards the share of insurance premium in GDP, it amounts to 2.55% relative to the 7.6 % average of the EU countries. In Croatia, insurance premium per capita amounts to 279 Euros, of which 186 Euros account for non-life and 93 Euros for life insurance lines. As Mr Zorić stressed, this statistics is far below the EU average of 1.843 Euros which the EU citizens annually allocate for insurance.

Domestic insurance companies have a bigger share in non-life insurance premium (64.34%), whereas their counterparts in majority foreign ownership record higher share in life insurance lines (72.97%).

When it comes to sales channels, according to Mr Zorić, non-life business is largely placed through tied agents (39.1%) and employees of insurance companies (21.7%), whereas the brokerage agencies generate 19.3% of non-life premium. It is interesting to note that as much as 24.3% of life insurance services are sold through tied agents, 21.8% through agencies, 11.1% are realised in the direct sale by employees of insurance companies, and the biggest placement of 36.2% is made through banks. In his presentation, Damir Zorić referred to the experience of Croatia with the liberalisation of prices for MPTL insurance premium which at the end of 2016 caused the drop in prices, reducing the average premium for this insurance class to 929 kunas. Thus, he advised that the surrounding countries, which are preparing for liberalisation, should strive for productivity, innovations, and better service quality instead of becoming low-price competitors.

Trajče Latinovski, from the National Insurance Bureau, informed the gathering that 15 companies operate on the Macedonian insurance market, and that in 2016, the premium totalled to 141.8 million Euros, whereas the average premium per capita and share of insurance in GDP amounted to 68.5 Euros and 1.44%, respectively.

Maja Krumberger, the Director of the Slovenian Insurance Association, presented the data that the total insurance premium in Slovenia amounted to two billion Euros in 2016, whereas life insurance accounted for the biggest share in market premium with 27.3%. As regards the shares of other insurance lines, health insurance accounted for the share of 24.4%, property 12.2%, comprehensive motor insurance 11.6%, MTPL insurance 11%, and accident 4.8%. In addition to the main indicators of circumstances prevailing on the Slovene market, as most important market events Ms Krumberger highlighted the preparation for the IDD Directive of the European Union, health care system reform, and the Regulation on key information documents on packaged retail and insurance-based investment products (PRIIPs).

Duško Jovanović, the President of the Association of Serbian Insurers, presented the data that in 2016, the total insurance premium in Serbia amounted to 742 million Euros. The share of MTPL insurance in the total premium amounted to 33.96% and is followed by life insurance lines with the share of 25.95%. Property insurance accounted for 18.21%, comprehensive motor insurance for 7.76%, and accident insurance for 4.9% of the share. According to Mr Jovanović, 19 insurance companies operate on the market of the Republic of Serbia. *Dunav Insurance* accounts for the biggest share in premium (25.68%), and is followed by *Generali* (22.25%), *DDOR* (11.59%), *Wiener* (10.67%) and *Triglav* (4.74%).

High-Speed Train Called Solvency II

At this year's SorS conference, lectures on the implementation of Solvency II Directive represented the main topic and took the central place. **Sergej Simoniti**, the Director of Insurance Supervision Agency of Slovenia, considers that the introduction

of Solvency II to this EU member state was smooth and painless owing to the fact that the preparations for this introduction went on since 2004. Among all other advantages of this Directive, he feels that Solvency II strengthened the connections between insurance companies and insurance supervision authorities due to almost daily two-way communication.

Experience of Croatia in connection with this topic was presented by **Gordana Letica**, the member of the Governing Council of HANFA, by the graphic description that upon entering the EU in 2013, Croatia „jumped on a high-speed train“ called Solvency II, but the adjustment to this new situation, which took a lot of work and effort on the part of both insurance companies and supervisory authority, was highly successful. In the Croatian Association HANFA, the validation of 2016 annual statements and received report for the first quarter of the current year is underway. At the end of validation, the quality of submitted data was satisfactory, as Ms Letica said, praising the insurers for their visible improvement compared to the previous reporting periods. On this occasion, she warned the insurers to pay attention to the premium sufficiency and combined rate which in 2016 amounted to 95.

The application of Solvency II Directive entailed higher costs for insurance companies, and particularly affected smaller insurers who had to upgrade the existing and acquire new programme platforms, increase the number of employees, and ensure different types of trainings. On some occasions, domestic companies had to engage consultants. Some companies had to merge and thus, the total of seven companies have been merged since 2013, and the merger of two more companies is announced. Some insurers started to outsource particular services, mostly regarding computer data processing (IT services) and asset management activities. According to Gordana Letica, the application of the Directive had an impact on a considerable decline in premium of traditional life insurance classes and rise in the premium of unit-linked policies. This rise notably relates to new flat premiums which, in 2016, recorded the rise of 148.7%. Selling of unit-linked policies recorded a considerable growth and in 2016, the share of this type of insurance amounted to 16.6 relative to 8.2% in 2015 or 5.2% in 2014, Letica explained and added that this sufficiently shows the path taken by the Croatian life insurance companies.

Round Tables and Discussions

The second day of SorS conference in Sarajevo was dedicated to round tables and discussions. The round table dedicated to the topic of out-of-court settlement was moderated by **Marijan Ćurković**, whereas the round table addressing coinsurance and Competition Law was moderated by **Zlatan Filipović**. Mr Filipović pointed out that in the practice which has taken roots in the countries in the region, coinsurance is often mistaken for reinsurance and thus, each market should clearly

define what actually coinsurance is and in which cases this situation is acceptable and in which cases it represents the restriction of market competition. Mr Filipović mentioned that it would be only logical to take into account the existing EU Directive when taking decisions on reinsurance and coinsurance.

Jelena Lončar from the National Bank of Serbia gave a lecture on the Solvency II Implementation Strategy in the Republic of Serbia. She pointed out that the Strategy was adopted by the Executive Board of the National Bank of Serbia a year before, on 7 July 2016. Analysing the fulfilment of conditions as per Section 4 of the Solvency II Directive it was established that according to the current information, there is no company in Serbia which falls under the regime of small insurance undertakings. In addition, it was established that there is an adequate level of capacity readiness for the application of the second pillar of Solvency II, whereas, according to her, the companies expect to be ready for the implementation of Solvency II in the period between 2018 and 2021. Quantitative Impact Studies will represent an important test of the readiness to implement this Directive, claims Jelena Lončar.

Conference Gathering Friends

In the end of the report on this year's SorS conference held in Bristol hotel in Sarajevo, it is worth conveying the message of Zlatan Filipović, the General Secretary of SorS Insurance Association and the Director of *Bosna reosiguranje*. Namely, he said that SorS plans to further improve its conferences with the aim to keep such great interest in participation and encourage its expansion. The conference participants from 18 countries (Germany, Slovenia, Serbia, Montenegro, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Poland, Great Britain, Austria, Italy, Switzerland, Macedonia, Russia, Cyprus, France, Check Republic, Lebanon and Turkey) confirm that the meeting in Sarajevo is an ideal place for both information and familiarisation and for future business and cooperation. The popularity of SorS is also supported by the fact that many participants keep coming again, since SorS is not only a place where business is discussed but also a place where old friends are reunited.

Translated from Serbian by: Zorica Simović

UDK: 34: 368: 347.961.8: 33: 368.025.13: 316.647.82 +368.861.41:347.725 (497.11)

Mr Slobodan N. Ilijić¹

PRIKAZ SAVETOVANJA

PRAVO OSIGURANJA NA DVADESET ŠESTOM SUSRETU UDRUŽENJA PRAVNIKA U PRIVREDI SRBIJE

1) Udruženje pravnika u privredi Srbije i njegov časopis *Pravo i privreda* organizovali su ovaj susret od 22. do 24. maja na Zlatiboru, u kongresnom centru „Mona“. Osnovna tema susreta bila je „Privreda i sudska i arbitražna praksa“, i na tu temu referat je podneo predsednik Udruženja pravnika u privredi Srbije akademik **prof. dr Mirko Vasiljević**. Svi referati u zborniku radova odštampani su u tri toma časopisa *Pravo i privreda*. Najveća pažnja ovog prikaza usmerena je ka referatima u kojima su autori neposredno obrađivali teme iz oblasti prava osiguranja, a tek posle njih biće reči i o referatima bliskih pravu osiguranja.

2) Već osnovni referat, u jednom delu, bio je blizak statusnom pravu osiguranja. Naime, prema članu 18. stav 1. Zakona o osiguranju² (dalje u tekstu: ZO) društvo za osiguranje, društvo za reosiguranje, društvo za posredovanje u osiguranju, društvo za zastupanje u osiguranju i zastupnik u osiguranju primenjuju zakon kojim se uređuju privredna društva, osim ako ovim zakonom nije drukčije propisano. Iz ove osnovne odredbe ZO proizlazi opšte pravilo da se u statusnom pravu osiguranja primenjuje Zakon o privrednim društvima³ (dalje u tekstu: ZOPD), osim ako neki pravni institut u ZO nije drukčije predviđen. Istini za volju, u osnovnom referatu se ne pominje ZO, ni njegov čl. 18, ali se deo referata odnosi upravo na pravne institute iz ZOPD, koji nisu drukčije predviđeni u ZO. Među brojnim institutima ZOPD koji nisu drukčije predviđeni u ZO u osnovnom referatu razmatrane su statusne promene (čista podela, podela kombinovana s formama spajanja, čisto izdvajanje, izdvajanje kombinovano

¹ Autor je član Predsedništva Udruženja pravnika Srbije

I-mejl: slobodanilijic@yahoo.com

Rad je primljen: 28. 6. 2017.

Rad je prihvaćen: 30. 6. 2017.

² *Službeni glasnik RS*, br. 139/2014

³ *Službeni glasnik RS*, br. 36/2011, 99/2011, 83/2014-dr. zakon i 5/2015

s formom spajanja), prava poverilaca privrednog društva, prava manjinskih akcionara, poslovno planiranje i investiranje, raspolaganje imovinom velike vrednosti itd. Dakle, osnovni referat bio je vrlo blizak i aktuelan za delatnost osiguranja u delu u kome su razmatrani navedeni pravni instituti iz ZOPD.

3) Kao i ranijih godina, organizator susreta razvrstao je sve referate u 13 tematskih oblasti. U tematsku oblast „Pravo osiguranja“ razvrstao je 12 referata, koji su neposredno tretirali teme iz oblasti prava osiguranja.

3.1. Čelno mesto pripalo je referatu naučnog savetnika Instituta za uporedno pravo **dr Vladimira Čolovića**, koji je obradio temu „Diskriminacija kod određivanja premije osiguranja“. Preovlađujući predmet referata omeđen je Direktivom Saveta br. 2004/113/EZ od 13. decembra 2004. godine o primeni ravnopravnog tretmana muškaraca i žena u pristupu nabavci robe i usluga, kao i Odlukom Evropskog suda pravde u predmetu Test-Achats. Direktivom je uveden ravnopravan tretman muškaraca i žena, uključujući i oblast osiguranja. Po oceni referenta, navedena direktiva važna je utoliko što predviđa zabranu diskriminacije koja je bila na snazi u periodu posle 21. decembra 2007. godine i oličena je u tome da se premija osiguranja različito obračunava u zavisnosti od pola (član 5. stav 2.). Odlukom Evropskog suda pravde u predmetu Test-Achats poništen je upravo član 5. stav 2. navedene direktive, budući da se time sprečava jednako postupanje prema muškarcima i ženama u obračunu premije osiguranja, podvukao je referent. U referatu je potom istaknuto da je navedena odluka morala da bude sprovedena u državama članica EU do 21. decembra 2013. godine, a da su posle tog roka sve države članice bile dužne da podnesu izveštaje. Napomenuto je da sadržaji tih izveštaja još nisu poznati, ali da su sve države sprovele navedenu odluku Evropskog suda pravde. U referatu je posebno naglašeno da će sprovođenje navedene odluke ubuduće izazivati velike posledice, kao i da će se posledice naročito osetiti u osiguranju života. U jednom odeljku prikazan je način na koji su neke od članica EU sprovele odluku Evropskog suda pravde, a zatim je u narednom odeljku prezentiran odnos između načela ugovornog prava osiguranja i navedene direktive. U referatu su posebno analizirane mogućnosti osiguravača da ublaži diskriminaciju pri određivanju premije, kao i specifični uslovi osiguravača u sprovođenju diskriminacije u osiguranju od auto-odgovornosti (u EU i u svetu). U zaključcima, referent je zadržao kritički ton izlaganja prema Direktivi i Odluci Evropskog suda pravde. Referent je mišljenja da se diskriminacijom osiguranika ne sme ublažavati dejstvo rizika, što mu je poslužilo da postavi pitanje da li se diskriminacija vezuje samo za pol ili za karakteristike rizika kod jednog odnosno kod drugog pola? Najzad, referent je u zaključcima izlagao različite načine na koje se osiguravači mogu prilagoditi zahtevima Direktive i Odluke Evropskog suda pravde.

3.2. Za ovaj susret vanredni profesor Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu **dr Nataša Petrović Tomić** pripremila je referat na temu „O odgovornosti direktora akcionarskog društva za osiguranje – neke specifičnosti sektorskog pristupa“. Tri grupe

pitanja su dominirale, s tim što je u ovom referatu za metod izlaganja uzeto upoređenje odredaba ZO sa odgovarajućim odredbama ZOPD. Prva grupa pitanja obuhvatila je uslove koje treba da ispune kandidati za članove uprave akcionarskog društva za osiguranje, kao i ulogu Narodne banke Srbije (dalje u tekstu: NBS) u odnosu na njihov izbor. Druga grupa pitanja odnosila se na nadležnost izvršnog i nadzornog odbora u dvodnomnom sistemu upravljanja sa posebnim osvrtom na njihovu odgovornost. Težište u razmatranju treće grupe pitanja bilo je na odredbama ZO, koje su regulisale odgovornost članova uprave društva za osiguranje. U pogledu prve grupe pitanja, referent je najpre prikazao odredbe ZOPD o uslovima koje treba da ispune kandidati za članove uprave društva, a zatim je istaknuto da je ZO propisao i negativne i pozitivne uslove koje treba da ispune kandidati za člana uprave osiguravajućeg društva. Takođe, podvučeno je da je NBS uključena u proces odlučivanja o kandidatu za člana uprave društva najpre putem prethodne saglasnosti, a zatim i putem konačne saglasnosti o kandidatu za člana uprave društva za osiguranje. U okviru druge grupe pitanja u referatu su objašnjene najpre nadležnosti izvršnog i nadzornog odbora po ZOPD, pa po ZO – razume se, uz ukazivanje na razlike i sličnosti. Tim povodom citiran je član 57. ZO, u kome je predviđeno da izvršni odbor društva za osiguranje (dalje u tekstu: IO) čine najmanje dva člana, uključujući predsednika (stav 1.), zatim da predsednik IO predstavlja i zastupa akcionarsko društvo za osiguranje (stav 2.), i najzad, da je pri zaključenju pravnih poslova i preduzimanju pravnih radnji iz svog delokruga predsednik IO dužan da obezbedi potpis jednog člana IO (stav 3.). Potom je citirani član 57. ZO upoređen sa članom 383. stav 3. i doveden u vezu sa članom 428. ZOPD. Naime, u članu 383. stav 3. ZOPD predviđeno je da se na društvo koje ima jednog ili dva direktora shodno primenjuju odredbe ovog zakona o odboru direktora, osim odredaba o sednicama odbora direktora. U članu 428. ZOPD predviđeno je da se na društvo koje ima jednog ili dva izvršna direktora shodno primenjuju odredbe ovog zakona o IO, osim odredaba o sednicama IO. Upotreba zakonskog izraza „shodno“ u navedena dva člana ZOPD poslužilo je referentu za nijansiranje analize o tome dokle seže uticaj ZOPD i zakonski izraz „shodno“ na tumačenje člana 57. ZO. S obzirom na to da je ZO donet posle ZOPD i da je tema člana 57. ZO odgovornost direktora, odnosno predsednika i člana IO, u referatu su za član 57. ZO izložene različite ravni za odgovornosti predsednika i člana IO. U trećem krugu pitanja dominirao je zaključak da je ZO predvideo kolektivnu odgovornost za članove IO i nadzornog odbora (dalje u tekstu: NO). Ovaj zaključak analize dovođen je u vezu s odgovarajućim odredbama ZOPD o odgovornosti za štetu pričinjenu društvu, uz konstataciju referenta da ni te odredbe ZOPD ne prate preovlađujuće stavove iz sudske prakse nastale na osnovi Zakona o obligacionim odnosima⁴ (dalje u tekstu: ZOO). Pored toga, u referatu je

⁴ Službeni list SFRJ, br. 29/78, 39/85, 45/89-Odluka USJ i 57/89 Službeni list SRJ, br. 31/93 i Službeni list SCG, br. 1/2003-Ustavna povelja

zaključeno da se prema članovima IO i NO ne može primeniti institut oslobođenja od odgovornosti za štetu predviđen u ZOPD, što je u referatu poslužilo za konstataciju da je zakonski režim u ZO u pogledu odgovornosti članova IO i NO stroži nego zakonski režim tih tela u ZOPD.

3.3. Mr Slobodan Ilijić, član Predsedništva Udruženja pravnika Srbije, podneo je referat na temu „Način zaključenja ugovora o osiguranju u Prednacrta građanskog zakonika Republike Srbije“. Referent je najpre prikazao dilemu koju je sugerisao Prednacrta građanskog zakonika RS (dalje u tekstu: Prednacrta). Dilema se sastojala u predlogu da se u javnoj diskusiji odgovori na sledeće pitanje: da li treba prihvatiti čl. 1400. i 1401. Prednacrta ili alternativu na ta dva člana? Dilema je u referatu svedena na pravno pitanje: da li u budućem zakoniku ugovor o osiguranju treba da bude formalni ili neformalni pravni posao? Pošto su u autorskom članku redaktora Prednacrta objavljeni svi argumenti za i protiv jednog i drugog načina zaključenja ugovora o osiguranju, tim povodom u referatu je ukazano da u evropskoj pravnoj tekovini, saglasno ratifikovanom SSP-u, nema važećeg propisa ili odluke Suda pravde u Luksemburgu koja bi zahtevala od države članice EU da se opredeli u nacionalnoj regulativi, upravnoj ili sudskoj praksi za formalni ili pak za neformalni pravni posao kod zaključenja ugovora o osiguranju. Drugim rečima, referent je konstatovao da je u EU stvar nacionalnog zakonodavca da li će regulisati zaključenje ugovora o osiguranju kao formalni ili kao neformalni pravni posao. Dalje, o načinu zaključenja ugovora o osiguranju u referatu su navedeni stavovi iz sudske prakse do kojih se došlo tokom poslednjih više od 50 godina. Takođe, izložena je kritika kompetentnih civilista (jednog nemačkog i jednog srpskog pisca) neformalnog načina zaključenja ugovora o osiguranju, kao i najnoviji stavovi iz javne rasprave o Prednacrta u meri u kojoj se konkretno govorilo o načinu zaključenja ugovora o osiguranju. Na bazi svega toga konstatovano je da nije bilo zahteva za uvođenje neformalnog pravnog posla u zaključenje ugovora o osiguranju, niti je bilo podrške zaključenju ugovora o osiguranju kao neformalnom pravnom poslu u smislu rešenja iz Prednacrta. U zaključcima je redaktorima Prednacrta preporučeno da ne prihvate formulacije čl. 1400 i 1401. Prednacrta, već da se prihvati alternativa na ta dva člana. Opređeljujući se za alternativu, autor referata je u zaključcima predložio redaktorima Prednacrta da usvoje dosadašnju formulaciju člana 901. stava 1. ZOO, po kojoj je ugovor o osiguranju zaključen kad strane ugovornice potpišu polis osiguranja ili list pokrića. Isto tako, referent se osvrnuo i na zaključenje ugovora o reosiguranju opređeljujući se i za formalan način zaključenja ugovora o reosiguranju. Redaktorima Prednacrta u zaključcima referata preporučeno je da se u novom članu, uz odredbu o formalnom načinu zaključenja ugovora o osiguranju, kao dopuna u drugom stavu doda i odredba o formalnom načinu zaključenja ugovora o reosiguranju, pa je i ta nova odredba formulisana u zaključcima.

3.4. Dr Nenad Grujić iz kuće „Đenerali osiguranje“ Srbija a.d.o., Beograd, izložio je na ovom susretu referat pod naslovom „Pravne posledice neispunjenja

obaveze predugovornog informisanja korisnika usluga osiguranja“. U referatu se pošlo od konstatacije da su odredbe čl. 82. do 84. ZO unele prekretnicu u dosadašnje sprovođenje obaveze osiguravača da predugovorno informiše ugovarača osiguranja odnosno osiguranika. U referatu je izloženo mišljenje da je predugovorno informisanje ugovarača osiguranja odnosno osiguranika konkretizacija načela savesnosti i poštenja iz člana 12. ZOO. U vezi s tim načelom istaknuto je dalje da je iz člana 907. ZOO proizašla obaveza osiguranika da osiguravaču prijavi sve okolnosti od značaja za procenu rizika koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, a da je iz čl. 82. do 84. ZO proizašla obaveza osiguravača da predugovorno informiše ugovarača osiguranja odnosno osiguranika, čime je u osiguranju uspostavljen ugovorni reciprocitet. Pošto je predugovorno informisanje ugovarača osiguranja odnosno osiguranika obligacionopravne prirode, referent je u preostalom delu referata detaljno analizirao moguće kaznenopravne i građanskopravne posledice neispunjenja obaveze predugovornog informisanja od strane osiguravača u smislu odredaba ZO (član 260. stav 1. tač. 30.). Referat je u analizu uključio i odredbe Zakona o zaštiti potrošača, kao i član 1402. Prednacrta, koji je regulisao predugovorno informisanje. U zaključku je ukazano da predstoje brojni sudski sporovi na temu neispunjenja obaveze predugovornog informisanja od strane osiguravača, te da dok to ne dođe na dnevni red, osiguravači imaju „prelazni period“ da poboljšaju kvalitet predugovornog informisanja ugovarača osiguranja odnosno osiguranika.

3.5. Predrag Četković, ranije sudija Ustavnog suda Srbije, i **Miloš Radovanović**, pravni zastupnik u Udruženju osiguravača Srbije, bili su koautori referata pod naslovom – „Veštačka tačka vezivanja za zasnivanje mesne nadležnosti za tužbu protiv osiguravajućeg društva“. Težište ovog referata bilo je na analizi sudske prakse, a naročita pažnja poklonjena je utvrđivanju mesne nadležnosti suda po tužbi oštećenog, odnosno njegovog punomoćnika, za naknadu nematerijalne štete nastale u saobraćajnoj nezgodi. Izraz „tačka vezivanja“ pozajmljen je iz materije međunarodnog privatnog prava, s tim što ovaj referat ne spada u tu pravnu materiju. Upotrebom tog izraza u referatu išlo se za tim da se osvetle kriterijumi iz sudske prakse po kojima sud utvrđuje mesnu nadležnost prilikom rešavanja spora po tužbi za naknadu nematerijalne štete nastale u saobraćajnoj nezgodi na teritoriji Republike Srbije. Ustanovljenjem kovanice „veštačka tačka vezivanja“ iz naslova referata išlo se dalje za tim da se ukaže da je u sudskoj praksi bilo predmeta u kojima mesna nadležnost suda nije bila pravilno ni zakonito utvrđena, već da je bila veštački izdejstvovana. Kao veštački kriterijum za utvrđivanje mesne nadležnosti suda korišćeno je mesto, grad u kome je oštećeni platio usluge advokatu, punomoćniku, trošak zastupanja, istakli su koautori. To je bila ta veštačka tačka vezivanja koja je pobudila pažnju koautora. Konstatovali su ipak da to nije bila preovlađujuća sudska praksa u Srbiji, ali se takva sudska praksa, po navodima koautora, najčešće događala u novosadskom pravosuđu (referenti su apostrofirali Viši sud u Novom Sadu).

U zaključku je istaknuto da bi opisana „veštačka tačka vezivanja“ mogla da znači nepostojanje zakonskih kriterijuma za utvrđivanje mesne nadležnosti suda u Srbiji. Konačno, koautori su se založili da se taj kriterijum napusti u praksi kao proizvoljan i neutemeljen na važećem građansko-procesnom zakonu.

3.6. Student doktorskih studija Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu **Marko Radović** podneo je referat pod naslovom „Namirenje poverilaca u postupku prinudne likvidacije društva za osiguranje“. Referent je pošao od konstatacije da se posebnost društava za osiguranje u odnosu na druga privredna društva sastoji u tome što se postupak likvidacije sprovodi na specifičan način, i to po postupku propisanom posebnim zakonom, tj. Zakonom o stečaju i likvidaciji banaka i društava za osiguranje⁵. Posle ukazivanja na razlike između prinudne i dobrovoljne likvidacije, u referatu su bliže osvetljena dejstva pokretanja postupka prinudne likvidacije na kamatu, zatim procesnopravne posledice pokretanja postupka prinudne likvidacije i pravna priroda roka za podnošenje prijave potraživanja, i najzad, pravni tretman „nastalih neprijavljenih šteta“ i „šteta u sporu“ u postupku prinudne likvidacije. U zaključku referata ukazano je na dileme u sudskoj praksi, kao i na nedorečenosti Zakona o stečaju i likvidaciji banaka i društava za osiguranje, tako da bi, po mišljenju referenta, inicijativa za promene u navedenom pozitivnom zakonu bila poželjna.

3.7. Master prava i student doktorskih studija Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu **Milena Ćorkalo** u zborniku radova zastupljena je s referatom na temu „Predugovorna obaveza savetovanja osiguravača“. Već u uvodu referata postavljeno je nekoliko paralela između ZOO i Prednacrtu. U jednoj od njih prigovoreno je Prednacrtu što nije precizirao domen primene svojih odredaba na potrošačka osiguranja. Otuda, konstatovano je u referatu, pregovori između osiguravača i ugovarača osiguranja odnosno osiguranika vode se samo o predmetu osiguranja, visini osigurane sume i trajanju osiguranja, a o ostalim uslovima osiguranja se ne pregovara, niti su oni poznati drugoj strani. Tek u XXI veku nastala su pravila potrošačkog prava, kojima je cilj zaštita osiguranika. U poglavlju o zaključenju ugovora o osiguranju ukazano je da ugovarač osiguranja odnosno osiguranik uviđa svu kompleksnost ugovora tek kad nastupi osigurani slučaj, jer konstatuje da zaključeni ugovor nije bio zaključen u skladu s njegovim potrebama. Dalje, komentarišući odredbe ZOO o uručanju opštih i posebnih uslova osiguranja, referentkinja je primetila da ugovarač osiguranja odnosno osiguranik uvid u te uslove ostvaruje po potpisivanju polise, tj. po zaključenju ugovora, iz čega je zaključila da potpisnik polise ranije nije imao vremena ni mogućnosti da upozna sve strane ugovora, odnosno opštih i posebnih uslova osiguranja. Najzad, komentarišući odredbe ZOO u referatu, istakla je da se nezadovoljni osiguranik u toku trajanja ugovora može pozivati na rušljivost ugovora usled prevare i zablude, ali su važeća pravila u ZOO neprikladna za zaštitu osiguranika. U vezi sa zaključenjem

⁵ Službeni glasnik RS, br. 14/2015

ugovora o osiguranju u referatu je podvučeno da su direktive EU (druge i treće generacije) uvele obavezu predugovornog informisanja, čime se nastojalo da se u ugovornom odnosu osiguranja otkloni informaciona asimetrija. Što se pak tiče savetovanja podnosioca ponude za osiguranje, tome je poklonjena naročita pažnja u istoimenom poglavlju referata. Za savetovanje podnosioca ponude za osiguranje, po oceni referenta, odlučujući izvor predstavljaju Principi evropskog ugovornog prava osiguranja. U petom poglavlju razmatrana je obaveza predugovornog savetovanja u nemačkom pravu, a u šestom poglavlju referata bilo je reči o stanju predugovornog savetovanja u srpskom pravu. Za predugovorno savetovanje u srpskom pravu navedeno je da je predviđeno u čl. 82. do 84. ZO i da je time srpsko pravo osiguranja dostiglo *aquis communautaire* prava osiguranja EU. Po mišljenju referenta, Prednacr je preuzeo rešenja iz ZO, ali nije otišao dalje od toga. U zaključku, referentkinja se založila da se potpuno otkloni ugovorna neravnoteža. Ona se, naime, založila da se u Srbiji, pored predugovornog informisanja, uvede i predugovorno savetovanje na način predviđen u nemačkom pravu osiguranja.

3.8. Organizator je u zbornik radova uvrstio referat na temu „Saosiguranje u Republici Srbiji“. Ovu temu obradila je **Ana Miladinović**, student doktorskih studija Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu. U uvodnim redovima referata konstatovano je da je u Srbiji tržište osiguranja nedovoljno razvijeno i da se na institut saosiguranja, pored propisa o osiguranju, primenjuju i propisi o pravu konkurencije. Referentkinja je prihvatila definiciju koja ističe da je saosiguranje način horizontalne raspodele istog rizika, prema istom predmetu, i da je u imovinskom interesu istog osiguranika. Pri tome, svaki od više saosiguravača snosi deo rizika, ali tako da zbir pokrića svih saosiguravača ne prelazi osiguranu vrednost predmeta osiguranja. Referentkinja je dosadašnju praksu saosiguranja klasifikovala u dva oblika. Za prvi oblik saosiguranja, stoji u referatu, bila je karakteristična uloga tzv. „vodećeg“ saosiguravača, koji vodi pregovore i sa ugovaračem osiguranja odnosno osiguranikom zaključuje ugovor o saosiguranju. „Vodeći“ saosiguravač je preuzimao ulogu zajedničkog punomoćnika ili komisionara svih ostalih saosiguravača, jer bi izdavao polisu osiguranja u kojoj su navedeni svi saosiguravači i označeni procenti rizika koje svaki od njih preuzima. U referatu je podvučeno da „vodeći“ saosiguravač prima izjave od ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika u vezi sa okolnostima od značaja za ocenu rizika, zatim da prima izjave o promenama okolnosti u toku važenja ugovora, kao i da prima izjavu o nastupanju osiguranog slučaja. Istaknuto je u referatu i da „vodeći“ saosiguravač, po pravilu, vrši isplatu naknade iz osiguranja, a zatim da ima pravo regresa prema ostalim saosiguravačima za isplaćeni iznos naknade iz osiguranja umanjen za procenat svog rizika koji snosi u tom poslu saosiguranja. U vezi s prvim oblikom saosiguranja u referatu su navedeni i neki od podoblika. Za drugi oblik saosiguranja, podvučeno je u referatu, bilo je karakteristično formiranje tzv. pula osiguranja. U referatu je konstatovano da je pul osiguranja

takođe vrsta punomoćnika ili komisionara svih njegovih članova saosiguravača. Za slučaj nastupanja osiguranog slučaja, u referatu je istaknuto da u praksi postoje dva načina na koji se isplaćuje naknada iz osiguranja. Po jednom načinu osiguranik bi imao pravo da zahteva od svakog od saosiguravača onaj procenat naknade koliko je iznosio njegov procenat pokriva u ukupnoj vrednosti saosiguranog predmeta. Po drugom načinu, među saosiguravačima je postojala solidarna odgovornost za slučaj da jedan od njih isplati naknadu iz osiguranja, pa da se onda regresira kod svih ostalih saosiguravača. Zakonski status saosiguranja razmatran je u posebnoj odeljku, najpre u smislu odredaba ZO i ZOO, a zatim s obzirom na mišljenje Komisije za zaštitu konkurencije. S tim u vezi u referatu su konstatovana izvesna ograničenja instituta saosiguranje u Srbiji. Posle analize odnosa između propisa o saosiguranju i propisa o pravu konkurencije, u referatu je istaknuta potreba da se donese propis Vlade RS o grupnom izuzeću u delatnosti osiguranja. U zaključku je predloženo da se zakonom reguliše pojam saosiguranja, prava i obaveze „vodećeg“ saosiguravača, status instituta pula osiguranja, kao i postupak zaključenja ugovora o saosiguranju. Takođe, u zaključku je izraženo mišljenje da je nužno precizirati odredbe čl. 149. st. 1 tač. 1) i čl. 203. stav 1. tač. 1) ZO.

3.9. „Zastarelost regresnih potraživanja osiguravača kod osiguranja od auto-odgovornosti“ jeste naslov referata **Milice Goravice**, mastera prava i sudijskog saradnika u Privrednom sudu u Beogradu. Pošto je izložena osnovna razlika između instituta subrogacije i instituta regresa, u referatu su razmatrana regresna prava osiguravača prema osiguraniku kod osiguranja od auto-odgovornosti. U daljem razmatranju ukazano je na razliku između Zakona o osiguranju imovine i lica iz 1996. (sa kasnijim izmenama i dopunama) i Zakona o obaveznom osiguranju u saobraćaju iz 2009. godine, zatim su ukratko prikazani stavovi pravne teorije o pravu regresa, kao i odredbe Direktive 2009/103/ES, a na kraju je analizirano pitanje zastarelosti regresnog prava osiguravača prema osiguraniku. Posle izlaganja o regresnom pravu osiguravača prema drugom osiguravaču, sledilo je razmatranje zastarelosti regresnog prava jednog osiguravača prema drugom osiguravaču pozivom na odredbe ZOO i stavove sudova u Srbiji. U zaključku referata istaknuto je da treba razlikovati situaciju kada osiguravač za svog osiguranika nadoknadi štetu oštećenom te tada stupa u prava svog osiguranika prema štetniku, pa i u tok zastarelosti, od situacije kada osiguravač isplatom odštete trećem oštećenom licu stiže sopstveno, izvorno pravo na naknadu štete, pa zastarelost počinje da teče od momenta isplate. Odredbama Zakona o obaveznom osiguranju u saobraćaju prigovoreno je što je upotrebio izraz „stupati u pravo“ i kod instituta subrogacije i kod instituta regresa, pa je to uslovalo različitu sudsku praksu u primeni ovih instituta.

3.10. Za ovaj susret **Ljubica Ostojić**, master i student doktorskih studija Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu, obradila je temu „Ovlašćenje Narodne banke Srbije kod prenosa portfelja osiguranja i zaštita prava osiguranika“. Autor

je najpre prikazala odredbe ZO o postupku prenosa portfelja s prenosioaca na preuzimaoca portfelja, a zatim i na postupak prenosa portfelja kao mere u nadzoru. U osnovi referata bilo je sagledavanje pitanja zaštite prava osiguranika prilikom prenosa portfelja. Posle navođenja uporednopravnih primera zaštite osiguranika pri prenosu portfelja i prikaza kako su neke od direktiva EU regulisale prenos portfelja, u zaključnom razmatranju referata istaknuto je da prenos portfelja eventualnim raskidom ugovora o osiguranju (života) osiguraniku ne obezbeđuje zaštitu, odnosno osiguranik može da pretrpi gubitak. Autorka referata se u zaključnom razmatranju založila da se pri prenosu portfelja istovremeno ne menjaju i opšti uslovi osiguranja, odnosno da se osiguraniku omogući da nastavi ugovorni odnos po opštim uslovima osiguranja koji su važili u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Ukratko, referentkinja se zalagala za još veću zaštitu osiguranika prilikom prenosa portfelja.

3.11. Istraživač pripravnik Instituta za uporedno pravo u Beogradu **Iva Tomić** predstavila se na ovom susretu referatom o „Izazovima u implementaciji Direktive solventnosti II u Srbiji“. U referatu je najpre prikazano šta sadrže odredbe Direktiva solventnosti I i II. U nastavku su izloženi pogledi referenta na stanje osiguranja u Srbiji, na ZO kao propis kojim se vrši usklađivanje s novim pravilima o solventnosti, na buduće izazove za srpsko tržište osiguranja, kao i na osnovne ciljeve i faze u implementaciji Solventnosti II. U zaključku je podvučen značaj ZO i fazna implementacija Solventnosti II u Srbiji.

3.12. Master **Filip Živanović** obradio je temu „Terorizam kao rizik u kargo osiguranju“. Posle kraćeg osvrtu na događaje u svetu, koji su kvalifikovani kao teroristički akti ili terorističke akcije, autor je citirao odredbe Zakona o pomorskoj plovidbi iz 2011. godine (sa kasnijim izmenama i dopunama), u kojima je definisan rizik od terorizma. Pažnju referenta privukle su promene u formulisanju rizika od terorizma u Institutuskim klauzulama političkih rizika iz 2009. u odnosu na formulacije tog rizika u Institutuskim ratnim i političkim klauzulama iz 1982. godine. Takođe, u referatu je izložen proces izdvajanja rizika terorizma od rizika rata i ratnih operacija, kao i distanciranje rizika od terorizma spram rizika od pobune, ustanka, nemira i otmice. Sve te promene autor je propratio brojnim primerima polisa o kojima se odlučivalo u engleskoj sudskoj praksi. U referatu je konstatovano da je rizik od terorizma, usled niza incidenata u svetu, sve više upodobljavan modernim sredstvima ratovanja, što je prouzrokovalo nove klauzule u kargo osiguranju (pokrće za gubitak od jonizujućeg zračenja, od biološkog i hemijskog oružja, od „sajber terorizma“, od upotrebe projektila navođenih kompjuterskim programom i sl.). Posebna pažnja u referatu poklonjena je analizi uzajamnih obaveza osiguravača i osiguranika povodom promenjenih okolnosti do kojih dolazi tokom važenja ugovora o kargo osiguranju. U zaključku je istaknuto da je kod rizika od terorizma problem nedostatak uniformne definicije terorizma na međunarodnom planu, budući da terorizam prevazilazi nacionalne granice i manifestuje se na globalnom planu. Autor se založio da se rizik

od terorizma izdvoji u posebnu grupu Institutskih klauzula i time napusti dosadašnju grupu političkih rizika.

4) Pored tematske oblasti – pravo osiguranja – iz prethodne tačke, u zborniku radova publikovana su ukupno 94 referata. Među njima izvestan broj referata ima veze s nekim od poslova osiguranja ili jednostavno sa nekim od aspekata u delatnosti osiguranja.

4.1. Prof. dr Ilija Babić sa Fakulteta za evropske pravno-političke studije Univerziteta Edukons u Novom Sadu autor je referata pod naslovom „Odgovornost dužnika za radnje pomoćnika“. Pravni sistem u poslednjoj deceniji u Srbiji postao je bogatiji za niz kolektivnih osiguranja. Zakonom i podzakonskom regulativom uveden je niz obaveznih osiguranja od odgovornosti za različite profesije i zanimanja, ali je ostalo otvoreno pitanje odgovornosti pomoćnika nosilaca osiguranja od odgovornosti u tim obaveznim osiguranjima. Misli se na obavezno osiguranje od odgovornosti advokata, notara, posrednika u prometu nepokretnosti, upravnika stambene zajednice i dr. Za zaposlene u osiguranju razmatranje u ovom referatu može da bude od pomoći.

4.2. Prof. dr Nebojša Jovanović sa Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu izlagao je na ovom susretu temu pod naslovom „Očigledno nezakonite presude – neznanje, ulazišтво ili drugo?“ Ne ulazeći u moguće komentare čitalaca ovog referata tipa „to smo znali“, za delatnost osiguranja interesantna je dokumentovanost i potkrepljenost pitanja obrađenih pod naslovom citiranog referata. Pošto se na srpskom tržištu osiguranja najveća premija ubira u auto-osiguranju, za zaposlene u osiguranju interesantan je podnaslov, koji glasi Javni garažer odgovara objektivno za nestanak vozila.

4.3. Sudija Vrhovnog kasacionog suda u penziji **Ljubodrag Pljakić** za ovaj susret izradio je referat na temu „Pravni položaj i granice odgovornosti članova upravnog odbora banaka“. Iako se u referatu razmatra pravni položaj i odgovornost članova upravnog odbora banke, ovo razmatranje ima niz zajedničkih tačaka s društvima za osiguranje. U ovom smislu taj referat stoji u vezi s delatnošću osiguranja.

4.4. Na srpskom tržištu osiguranja u poslednje vreme došlo je do niza primera preuzimanja jednog društva od strane drugog, zatim do prenosa portfelja u celini ili delimično s jednog na drugo društvo za osiguranje, što sve ukazuje na interes čelnika i zaposlenih u osiguranju da se u načelu upoznaju s pravnom pozadinom tih transakcija. **Doc. dr Mirjana Radović** sa Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu svojim referatom na temu „Odgovornost sticaoca za obaveze prenosioaca u slučaju prenosa preduzeća“ izašla je u susret navedenom interesu zaposlenih u delatnosti osiguranja.

4.5. Na različite načine svetska finansijska kriza uticala je i utiče na privrednu delatnost, na upravu društva i zaposlene, pa su i nesaglasni akcionari u društvu počeli da pokreću različita pitanja. O pravima nesaglasnih akcionara na izlazak iz društva, ali uz pravičnu cenu, referat je napisao **prof. dr Vuk Radović** sa Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu, pod naslovom „Uslovi za ostvarenje prava nesaglasnih akcionara“.

5) Poslednjih nekoliko godina na susretima pravnika koje organizuje Udruženje pravnika u privredi Srbije i časopis *Pravo i privreda* rastao je broj referata iz tematske oblasti „pravo osiguranja“. Primera radi, na 25.⁶ susretu oko 10 od sto svih publikovanih referata u zborniku radova bilo je iz tematske oblasti „pravo osiguranja“, a na ovom 26. susretu taj broj se popeo na 11,7 od sto svih referata publikovanih u zborniku radova. Poslednjih nekoliko godina na ostalim skupovima pravnika održanim u Srbiji ili na skupovima pravnika iz Srbije, ali održanim izvan teritorije Srbije, rapidno je smanjivan broj radova iz oblasti prava osiguranja. Istini za volju, o ovom uspehu Udruženja pravnika u privredi Srbije i časopisa *Pravo i privreda* bilo je reći na 26. susretu. O ovom uspehu Udruženja pravnika u privredi Srbije i časopisa *Pravo i privreda* mora se glasno i jasno reći sledeće: majski susreti Udruženja pravnika u privredi Srbije i časopisa *Pravo i privreda* postaju najvažnije mesto za kompetentnu pravničku raspravu o stanju u oblasti osiguranja u Srbiji.

⁶ Osiguranje kao tema na 25. susretu pravnika u privredi Srbije, *Tokovi osiguranja* br. 3/2016, str. 65–69.

UDK: 34: 368: 347.961.8: 33: 368.025.13: 316.647.82 +368.861.41:347.725 (497.11)

Slobodan N. Ilijić, MA¹

CONFERENCE REVIEW

INSURANCE LAW AT THE 26TH CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF BUSINESS LAWYERS OF SERBIA

1) This conference was organised by the Association of Business Lawyers of Serbia and its journal Law and Economy, at the congress centre Mona in Zlatibor in the period 22 – 24 May 2017. The main topic discussed at the conference was Economy and Court and Arbitration Practice. This was also the topic of the paper presented by the President of the Association of Business Lawyers of Serbia, academician Professor **Mirko Vasiljević, PhD**. All papers of the Proceedings were published in three volumes of the journal Law and Economy. This review notably focuses on the papers which directly analysed the topics concerning Insurance Law and will subsequently cover the papers which made reference to the Insurance Law.

2) Even the main paper referred, in one of its parts, to the statutory law of insurance. Namely, according to Article 18 paragraph 1 of the Insurance Law² (hereinafter: „IL“), to an insurance company, reinsurance company, insurance brokerage company, insurance agency company and an insurance agent the law governing companies shall apply, unless otherwise prescribed by this Law. This main provision of the IL generates a general rule that in the statutory law of insurance, the Companies Law applies³ (hereinafter: „CL“), unless provided for otherwise in some other legal institute in the IL. Truth be told, the main paper did not mention either the IL or its Article 18, however, a part of the paper related to the legal institutes of the CL, which were not otherwise provided for in the IL. Among the numerous institutes of the CL, which were not otherwise provided for in the IL, the main paper considered

¹ Autor is a Member of the Presidency of the Association of Jurists of Serbia

E-mail: slobodaniljic@yahoo.com

Paper received: 28. 6. 2017.

Paper accepted: 30. 6. 2017.

² „Official Gazette of RS“, no.139/2014

³ „Official Gazette of RS“, no. 36/2011, 99/2011, 83/2014-other law and 5/2015

status changes („pure“ division, division by acquisition, „pure“ spin-off, spin-off by acquisition), rights of company’s creditors, rights of minority stockholders, business planning and investments, disposing of high-value assets, etc. Therefore, in the part which considered the said legal institutes of the CL, the main paper closely touched upon insurance industry and was topical.

3) As in the previous years, the conference organizer classified all papers in 13 topic sections. Twelve papers, which directly covered the topics in the area of insurance law, were classified in the topic section Insurance Law.

3.1. The paper of the scientific advisor of the Institute for Comparative Law **Vladimir Čolović, PhD**, took the lead and covered the topic Discrimination when Determining Insurance Premium. The prevailing subject of the paper was within the framework of the Council Directive no. 2004/113/EC of 13 December 2004 implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services and the ruling of the Court of Justice of the European Union in Test-Achats Case. The Directive introduced equal treatment between men and women, including in the supply of insurance services. According to the paper, the said Directive is important because it envisaged that after 21 December 2007, insurance premium would be calculated differently, depending on the gender (Article 5 paragraph 2). The paper stressed that in its Test-Achats judgment, the CJEU invalidated Article 5(2) of the said Directive, considering that it ran counter to achievement of the objective of equal treatment between men and women in relation to the calculation of insurance premiums. The paper subsequently pointed out that the said judgement had to be implemented in the EU member states until 21 December 2013, whereas after that deadline, all member states were expected to submit reports. It was noted that the contents of those reports were still not known. However, the states have implemented the said judgment of the CJEU. The paper particularly pointed out that the future implementation of the said judgement would produce considerable consequences, notably in life assurance market. One section described the manner in which some of the EU member states implemented the judgement of the CJEU, whereas the subsequent section presented the relation between the rule on insurance contracts and rules mentioned in the Directive. The paper particularly analysed the options available to the insurers to alleviate discrimination when determining premium and the specific conditions of the insurers regarding the discrimination in motor third party liability insurance (in the EU and worldwide). In its conclusions, the paper kept the critical tone when considering the Directive and the judgement of the Court of Justice of the European Union. According to the paper, when discriminating against the insured, the effects of risks must not be alleviated. Based on this, the question was posed if the discrimination related only to the gender or also included the characteristic risks in relation to each gender, respectively? Finally, in its conclusions, the author presented different ways in

which the insurers can adjust to the requirements of the Directive and to the judgement of the CJEU.

3.2. At this Conference, the Associate Professor of the Faculty of Law of the University of Belgrade, **Nataša Petrović Tomić, PhD** presented the paper entitled *On the Liability of Directors of Joint Stock Insurance Companies – Some Specific Characteristics of Sectoral Approach*. Three groups of questions were predominant and the method of presentation in this paper was to compare the provisions of the IL with the corresponding provisions of the CL. The first group of questions covered the requirements to be met by the candidates for the management of an insurance joint stock company and the role that the National Bank of Serbia (hereinafter: "NBS") plays in their election. The second group related to the competence of the executive and supervisory board in a bicameral management system, with special focus on their responsibilities. The third group of questions particularly considered the provisions of the IL which regulate the responsibilities of the insurance company management members. Regarding the first group of questions, the paper presented the provisions of the CL on the requirements the company management members have to meet, and subsequently pointed out that the IL stipulates both negative and positive requirements for the candidates. In addition, it was underlined that the NBS is included in the decision-making process regarding the selection of candidates for the management - firstly when giving its preliminary approval and subsequently, when giving the final approval for the persons nominated for the insurance company management. Within the second group of questions, competences of executive and supervisory board were explained according to the CL and the IL respectively and, naturally, differences and similarities were pointed out. On that occasion, Article 57 of the IL was quoted. This Article stipulates that the Executive Board (hereinafter: "EB") of a joint stock insurance company shall consist of minimum two members, including the chairperson. (paragraph 1), and that the chairperson of the EB shall represent the joint stock insurance company (paragraph 2), and finally, when concluding legal transactions and taking legal actions within his/her remit, the chairperson of the EB shall be obliged to obtain the signature of one member of the EB (paragraph 3). Subsequently, the quoted Article 57 of the IL was compared with Article 383 paragraph 3 and brought to connection with Article 428 of the CL. Namely, Article 383 paragraph 3 of the CL stipulates that the provisions of this Law concerning the Board of Directors shall accordingly apply to a company that has one or two directors, except for the provisions on the sessions of the Board of Directors. Article 428 of the CL envisages that the provisions of this Law governing the Executive Board shall accordingly apply to a company with one or two executive directors, save for the provision governing the sessions of the EB. Legal expression „accordingly“ was mentioned in the said two articles of the CL, which the author used to discuss the nuances regarding the impact of the CL and of the expression „accordingly“ on the

construction of Article 57 of the IL. In view of the fact that the IL was adopted after the CL, and that the responsibility of directors and/or chairperson and members of the EB is the subject matter of Article 57 of the IL, the paper presented different levels of responsibilities that Article 57 of the IL stipulates for the chairperson and for the member of the EB. The third group of questions was marked by the conclusion that the IL stipulates collective responsibility of the members of the EB and Supervisory Board (hereinafter: „SB“). This conclusion of the analysis was brought in connection with the corresponding provisions of the CL on the responsibility for the damage to company, finding that those provisions of the CL also did not keep up with the views prevailing in the court practice, which draw on the Law of Contracts and Torts⁴ (hereinafter: „LoCT“). In addition, her paper concluded that the members of the EB and SB may not be subject to the institute of release from responsibility for the damage stipulated in the CL, and thus found that regarding the responsibilities of the EB and SB members, the legal regime of the IL is stricter than that of the CL.

3.3. Slobodan Ilijić, MA, Member of the Presidency of the Association of Jurists of Serbia, submitted the paper entitled Conclusion of Insurance Contracts in the Preliminary Draft of the Civil Code of the Republic of Serbia. The author firstly pointed out the dilemma suggested in the Preliminary Draft of the Civil Code of the RS (hereinafter: „Preliminary Draft“). The dilemma was in the proposal to organise a public debate in order to find the answer to the following question: What should be adopted - Articles 1400 and 1401 of the Preliminary Draft - or alternatives to those two articles? In the paper, this dilemma was reduced to a legal question: Should the future Code stipulate the insurance contract as formal or informal legal transaction? In view of the fact that the editor of the Preliminary Draft had published in his paper all pros and cons regarding those two manners of concluding insurance contracts, the paper pointed out that the EU *acquis*, in accordance with the ratified SAA, does not contain an effective regulation or decision of the Court of Justice in Luxembourg to require that in the conclusion of insurance contracts, the EU member states and their national legislations choose between formal or informal legal transaction in their administrative or court practice. In other words, the author concluded that in the EU, it was up to the national legislator to regulate the conclusion of insurance contracts, either as formal or informal legal transaction. The paper further presented the views regarding the conclusion of insurance contracts, which were the result of more than 50 years of court practice. Additionally, it presented the criticism of competent „civilists“ (a German and a Serbian author) centered on informal conclusion of insurance contracts and on the latest views expressed in a public debate on the Preliminary Draft, insofar as they directly related to the manner of concluding

⁴ „Official Gazette of SFRY“, no. 29/78, 39/85, 45/89-decision CCY and 57/89 „Official Gazette of FRY“, no. 31/93 and „Official Gazette of Serbia and Montenegro“, no.1/2003-Constitutional Charter

insurance contracts. Based on the aforementioned, it was concluded that the solution provided in the Preliminary Draft contained neither requirements to introduce informal legal transactions nor the support to conclude insurance contracts as an informal legal transaction. In the conclusions, it was recommended to discard the wordings of Articles 1400 and 1401 of the Preliminary Draft and accept their alternatives. In the conclusions of the paper, the author opted for the alternative and suggested to the editors of the Preliminary Draft to adopt the existing verbiage of Article 901 paragraph 1 of the LoCT according to which a contract of insurance shall be concluded after the contracting parties have signed the insurance policy or the cover note. Similarly, the author addressed the conclusion of reinsurance contract, also opting for the formal manner. In the conclusions of the paper, it was recommended to the editors of the Preliminary Draft to add, in a new article, and in addition to the provision on formal conclusion of insurance contract, the provision on formal conclusion of reinsurance contract as a supplement to the second paragraph, and this new provision was also worded in conclusions.

3.4. Nenad Grujić, PhD Generali Insurance Serbia a.d.o., Belgrade, presented his paper entitled Legal Consequences of the Failure to Fulfil the Obligation of Informing the Insurance Service Consumer prior to the Conclusion of a Contract. The paper was based on the conclusion that the provisions of Articles 82 through 84 of the IL represent a turning point regarding the obligation of the insurer to inform the policyholder and/or insured before entering into a contract. In the paper, the opinion was expressed that informing the policyholder and/or insured before concluding a contract represents a concretisation of the principle of good faith and honesty as per Article 12 of the Law of Contracts and Torts. Further to this principle, it was pointed out that in accordance with Article 907 of the Law of Contracts and Torts, the insured person has a duty to report to the insurer all circumstances which are material in assessing the risk, and which were known, or could not have been unknown to him, whereas Articles 82 through 84 of the IL stipulate the obligations of the insurer to inform the policyholder and/or insured prior to the conclusion of the insurance contract, thus establishing contractual reciprocity in insurance. Since the obligation to inform the policyholder and/or insurer is of a contractual and legal nature, in the remaining part of his paper the author analysed in detail possible criminal-legal and civil-legal consequences of the insurer's failure to meet the obligation of providing information prior to the conclusion of insurance contract in accordance with the IL (Article 260 paragraph 1 item 30). In its analysis, the paper also included the provisions of the Law on Consumer Protection and Article 1402 of the Preliminary Draft which regulates pre-contractual information. In the conclusion, it was pointed out that in connection with the insurer's non-fulfilment of the obligation to provide information prior to the conclusion of a contract, numerous litigations lie

ahead and until that happens, the insurers have an „interim period“ to improve the quality of pre-contractual information provided to the policyholder and/or insured.

3.5. Predrag Ćetković, former judge of the Constitutional Court of Serbia and **Miloš Radovanović**, Chief Legal Officer at the Association of Serbian Insurers, were the co-authors of the paper entitled – Artificial Connecting Point for Establishing the Place of Jurisdiction in Relation to the Legal Action against an Insurance Company. This paper was based on the analysis of court practice. Particular attention was paid to establishing the place of jurisdiction in relation to the claim filed by the claimant or his/her attorney for the compensation of immaterial damage which is the result of a traffic accident. The term „connecting point“ was taken from the private international law, although the paper did not cover this legal matter. This term was used in the paper with a purpose of shedding light on the criteria of the court practice according to which the court establishes the place of jurisdiction for the resolution of a dispute regarding the compensation of immaterial damage occurred as a result of a traffic accident on the territory of the Republic of Serbia. After explaining the expression „artificial connecting point“ contained in the title of the paper, it was further pointed out that in the court practice, there were cases where the place of jurisdiction was neither properly nor lawfully established but was artificially procured. As co-authors pointed out, the artificial criterion for establishing the place of jurisdiction used to be set according to the place or town where the claimant paid to a lawyer or an attorney for their representation expenses. That was the artificial connecting point which attracted attention of the co-authors. They concluded that regardless of that fact, this was not a prevailing court practice in Serbia. However, according to the co-authors, such court practice was most frequently applied in the judiciary of Novi Sad (authors highlighted the High Court in Novi Sad). In the conclusion it was pointed out that the described „artificial connecting point“ could mean the lack of legal criteria for establishing the place of jurisdiction in Serbia. Finally, the co-authors suggested that in practice, this criterion needs to be abandoned since it is arbitrary and not based on the effective civil and process law.

3.6. PhD student of the Faculty of Law of the University of Belgrade, **Marko Radović**, presented the paper entitled Satisfaction of Creditors in the Compulsory Liquidation of Insurance Company. The paper started from the conclusion that one special characteristic which separates insurance companies from other undertakings lies in the fact that the liquidation process is conducted in a specific manner and according to the procedure stipulated in a special law, that is, in the Law on Bankruptcy and Liquidation of Banks and Insurance Companies⁵. After highlighting the differences between a compulsory and a voluntary liquidation, the paper shed more light on the effects of initiating the compulsory liquidation procedure regarding

⁵ „Official Gazette of RS“, no.14/2015

interest, on the procedural and legal consequences of compulsory liquidation procedure, and on the legal nature of the period for filing a claim and, finally, legal treatment of „incurred but not reported claims“ and „litigation claims“ in compulsory liquidation procedure. The conclusion of the report pointed out to the dilemmas in the court practice and ambiguities in the Law on Bankruptcy and Liquidation of Banks and Insurance Companies. According to the authors, the initiative for introducing amendments to the said effective law would not go amiss.

3.7. The paper of the Master of Laws and PhD student of the Faculty of Law of the University of Belgrade, **Milena Čorkalo**, addressing the topic of Pre-contractual Counselling Duty of the Insurer, was included in the Proceedings. The very introduction of the paper drew several parallels between the LoCT and the Preliminary Draft. One of those parallels contained the remark that the Preliminary Draft did not define the scope of application of its provisions to the consumer insurance classes. Thus, it was concluded that the negotiations between the insurer and the policyholder and/or insured are usually conducted only about the subject matter of insurance, amount of the sum insured, and insurance period, whereas other terms are neither negotiable nor known to the other party. It was not until the 21st century that the rules on consumer protection rights were created with the aim to protect the insured. In the chapter on the conclusion of insurance contract it was pointed out that the policyholder and/or insured becomes aware of the overall complexity of the insurance contract only after the occurrence of the insured event, when he finds that the contract was not concluded in accordance with his needs. Providing further comments on the provisions of the LoCT on the delivery of general and special insurance terms and conditions, the author noticed that the policyholder and/or insured is presented with those conditions only after signing the policy, that is, upon the conclusion of the contract, which led her to the conclusion that the signatory to the policy neither has the time nor the opportunity to become informed about all sides to the contract i.e. general and special insurance terms and conditions. Finally, commenting on the provisions of the LoCT, the paper pointed out that a dissatisfied insured may invoke the rescindability of the contract due to fraud or mistake, however, the effective rules of the LoCT are not adequate to protect the insured. In connection with the conclusion of insurance contract, the paper underlined that the EU directives (of second and third generation) introduced the duty of pre-contractual information in the attempt to eliminate the insurance information asymmetry from the contractual relationship. Duty of counselling the insurance applicant was the subject of special attention of the homonymous chapter of the paper. According to the author, the Principles of European Insurance Contract Law are a crucial source for counselling the insurance applicant. The fifth chapter considered the duties of pre-contractual counselling in the German Law, whereas the sixth chapter of the paper was dedicated to the developments in pre-contractual counselling in the

Serbian law. It was pointed out that the pre-contractual counselling in the Serbian law is stipulated in Articles 82 through 84 of the IL whereby the Serbian Insurance Law reached the *acquis communautaire* of the EU insurance law. According to the author, the Preliminary Draft took over but did not go beyond the solutions provided in the IL. In her conclusion, the author suggested that the contractual asymmetry should be completely eliminated. Namely, she proposed that in Serbia, in addition to the duty to provide pre-contractual information, the duty of pre-contractual counselling is introduced in the manner stipulated in the German Insurance Law.

3.8. In the Proceedings, the organizer also included the paper addressing the topic of Coinsurance in the Republic of Serbia. This topic was covered by **Ana Miladinović**, a PhD student of the Faculty of Law of the University of Belgrade. In the introductory part of the paper, it was concluded that the Serbian insurance market is insufficiently developed and thus, in addition to the insurance regulations, the regulations laid out in the competition law are applied. The author accepted the definition of coinsurance as horizontal distribution of the same risk to the same subject, in the property interest of the same insured. In addition, each of the co-insurers assume a part of risk so that the sum of covers provided by all coinsurers does not exceed the insured value of the subject of insurance. The author classified the existing practice of coinsurance into two types. The first type of coinsurance, as stated in the paper, is characterised by the role of a so-called „leading“ coinsurer who leads negotiations and concludes insurance contracts with the policyholders and/or the insureds. The „leading“ coinsurer assumes the role of a jointly authorised representative or agent of all other coinsurers because it issues insurance policies specifying all coinsurers and indicating risk percentages carried by each coinsurer. The paper stressed that the „leading“ coinsurer receives statements from the policyholder and/or the insured regarding the circumstances relevant for the assessment of risk, regarding the changed circumstances during the insurance period, and regarding the occurrence of the insured event. It was pointed out that, as a rule, the „leading“ coinsurer pays out the insurance indemnity and thereafter, he is entitled to recover this amount from other coinsurers, reduced by the percent of the risk he carries in particular coinsurance business. The paper also specified some sub-types regarding this type of coinsurance. The second type of coinsurance, as reported in the paper, is characterised by the formation of a so-called insurance pool. The paper concluded that insurance pool also represents a particular kind of an authorised representative or agent of all its members-coinsurers. According to the paper, after the occurrence of an insured event, there are two indemnity payment methods used in practice. According to the first method, the insured is entitled to the percent of indemnity payment from each coinsurer, which is equal to the percent of cover that such coinsurer carries in the total value of the coinsured subject. The second method involves joint and several liability of the coinsurers in the event when one

of them pays out the insurance indemnity, and subsequently recovers from all other coinsurers. Legal status of coinsurance was considered in a separate section, firstly in relation to the provisions of the IL and of the LoCT, and lastly with regard to the opinion of the Commission for the Protection of Competition. The paper identified particular limitations of the institute of coinsurance in Serbia. Having analysed the relationship between the insurance regulations and regulations of the competition law, the paper pointed out that the Government of the Republic of Serbia should adopt a regulation on the block exemption in insurance business. In the conclusion it was proposed that the law regulates the term „insurance“, rights and obligations of the „leading“ coinsurer, status of the insurance pool, and the procedure for concluding the coinsurance contract. In addition, the opinion was expressed that it is necessary to more precisely define the provisions of Article 149 paragraph 1 item 1) and Article 203 paragraph 1 item.1) of the IL.

3.9. Expired Recourse Claims of Insurers in MTPL Insurance is the title of the paper written by **Milica Goravica**, Master of Laws and a judicial assistant in the Commercial Court in Belgrade. Having laid out the main differences between the institute of subrogation and the institute of recourse, the paper considered recourse rights of the insurer against the insured in MTPL insurance. Further in the text, the difference was stressed between the Law on Property and Personal Insurance of 1996 (with subsequent amendments and supplements) and the Law on Compulsory Traffic Insurance of 2009. Subsequently, the positions expressed in legal theory concerning the right of recourse were presented together with the provisions of the Directive 2009/103/EC and, eventually, the issue of limitation period expiry regarding the insurer's right of recourse against the insured was analysed. After addressing the recourse right of an insurer against the other insurer, the expiry of limitation period regarding the recourse right of one insurer against the other followed by referring to the provisions of the LoCT and positions held by the courts in Serbia. In the conclusion of the paper it was pointed out that one should distinguish between two situations: firstly, when the insurer indemnifies the claimant on behalf of his insured, in which case he is subrogated into the rights of his insured against the tortfeasor, including the limitation period; secondly, when by paying indemnity to a third party, insurer acquires his own right to compensation and thus, the limitation period starts running from the moment of payment. There was also an objection regarding the provisions of the Law on Compulsory Traffic Insurance because the term „entitled to subrogation“ was used both in the institute of subrogation and in the institute of recourse, which resulted in a different court practice when it comes to the application of these institutes.

3.10. For the purpose of this Conference, **Ljubica Ostojić, MA** and PhD student of the Faculty of Law of the University of Belgrade, addressed the topic – Authorisation of the National Bank of Serbia regarding the Transfer of Insurance

Portfolio and Protection of the Rights of the Insureds. The author firstly presented the provisions of the IL stipulating the transfer of portfolio from the transferor to the transferee, and then discussed the procedure of portfolio transfer as measures included in the supervision. The main focus of the paper was to analyse the issue of protecting the rights of insureds in the portfolio transfer. After presenting comparative and legal examples of insureds' protection during the transfer of portfolio by outlining the manner in which particular EU directives regulated such transfer, in the conclusion of the paper it was pointed out that when transferring portfolio, not only that the insured is not protected after any cancellation of the (life) insurance contract but he may even sustain a loss. In her final considerations, the author of the paper suggested that the portfolio transfer should not entail the concurrent amendments to the general insurance terms and conditions, that is, the insured should be able to continue contractual relationship according to the general insurance terms and conditions which were effective at the moment of the insurance contract conclusion. In a nutshell, the author suggested a better protection of insured when transferring portfolio.

3.11. Intern researcher of the Institute of Comparative Law in Belgrade, **Iva Tomić**, introduced herself at the Conference with her paper on Challenges in the Implementation of the Solvency II Directive in Serbia. The paper firstly presented the content of Solvency Directives I and II. This analysis was followed by the views of the author regarding the situation in insurance business in Serbia, in the IL as the regulation which assists in the harmonisation with new solvency rules, future challenges to be met by Serbian insurance market, and main objectives and phases in the Solvency II implementation. The conclusion highlighted the importance of the IL and implementing phases in Serbia.

3.12. Filip Živanović, MA, analysed the topic of Terrorism as Risk in Cargo Insurance. After brief review of international developments which were qualified as terrorist acts or terrorist actions, the author quoted the provisions of the Law on Maritime Navigation of 2011 (with subsequent amendments and supplements) which define the risk of terrorism. The paper drew attention to the changed definitions of the risk of terrorism in the Institute Clauses of 2009 compared to the definition of such risk in the Institute War and Strikes Clauses of 1982. In addition, the paper presented the process of separating the risk of terrorism from the risk of war and war-like operations and the distancing of the risk of terrorism from the risk of rebellion, insurrection, unrest, and hijacking. The author documented all those changes with numerous examples of policies which were the subject of deliberation in the English court practice. The paper found that the risk of terrorism, due to a set of incidents happening in the world, was increasingly adjusted to the modern means of warfare, which resulted in new clauses in cargo insurance (cover for the loss resulting from ionizing radiation, biological and chemical weapons, „cyber terrorism“, use of missiles

guided by a computer system). Particular attention was paid to the analysis of mutual obligations of the insurer and the insured in relation to the changed circumstances arising during the term of the cargo insurance contract. In the conclusion it was pointed out that the risks of terrorism lack uniform international definition, since terrorism goes beyond national borders and manifests itself globally. The author suggested that the risk of terrorism should be classified into a special group of Institute Clauses, and thus removed from the present group of political risks.

4) In addition to the topic section "Insurance Law" referred to in the previous item, the total of 94 papers were published in the Proceedings. A certain number of those papers touched upon particular insurance lines or simply upon some aspects pertaining to the insurance industry.

4.1. Professor Ilija Babić, PhD Faculty of European Legal and Political Studies of the Educons University in Novi Sad, is the author of the paper entitled Liability of Debtors for the Actions of Assistants. In the past decade, the legal system of Serbia has been enriched by different types of group insurances. The law and by-laws have introduced a set of compulsory liability insurance classes for different professions and occupations. However, the issue of liability of assistants to the insurance carriers in such compulsory insurance classes remained open. This relates to the compulsory professional liability insurance of lawyers, notaries public, intermediaries in trade and lease of real estate, apartment managers, etc. Those working in insurance industry may find useful the considerations expressed in this paper.

4.2. Professor Nebojša Jovanović, PhD the Faculty of Law of the University of Belgrade, discussed the topic of Blatantly Illegal Rulings – Ignorance, Sycophancy, or Something Else? Leaving aside any comments that the readers of this paper may have after thinking that this is a common knowledge, the insurance industry may find interesting well-documented and well-informed issues contained in the title of the paper. Since in the Serbian insurance sector the highest premium is collected in the motor insurance, those involved in insurance business will be attracted by the subtitle Public Garage Worker is Strictly Liable for a Missing Vehicle.

4.3. The retired judge of the Supreme Court of Cassation, **Ljubodrag Pljakić**, prepared for this Conference the paper entitled Legal Position and Liability Limits of the Members of the Boards of Directors in Banks. Despite the fact that this paper considers legal status and liability of the members of the Board of Directors in banks, this study, in many of its points, is quite compatible with insurance companies. To this end, this paper touches upon the insurance industry.

4.4. The Serbian market has lately seen numerous examples of takeover of one company by another, and transfer of portfolio, fully or partly, from one insurance company onto another which, for insurance management and staff, stresses the importance to inform themselves about the legal background of these transactions. **Assistant Professor Mirjana Radović, PhD** the Faculty of Law of the University of

Belgrade, with her paper entitled Responsibility of the Assignor for the Obligations of the Assignee in the Event of Company Assignment met the interests of those dealing with insurance business.

4.5. The Global Financial Crisis has differently impacted and still impacts economy and company management and employees and, as a consequence, dissenting shareholders of the company started to raise different questions. **Professor Vuk Radović, PhD** the Faculty of Law of the University of Belgrade, wrote the paper on the rights of dissenting shareholders to exit the company at fair price. The paper is entitled Conditions for Exercising the Rights of Dissenting Shareholders.

5) In the last couple of years, at the conferences organised by the Association of Business Lawyers of Serbia and the journal Law and Economy, the number of papers dealing with insurance law has grown. For example, at the 25th Conference, some 10% of all papers published in the Proceedings covered the insurance-related topics. At this 26th Conference, this number rose to 11.7% of all papers published in the Proceedings. In recent years, at the other gatherings of lawyers held in Serbia or those outside its territory, the number of papers addressing the topic of insurance law has rapidly decreased. Truth be told, this success of the Association of Business Lawyers of Serbia and of the journal Law and Economy was mentioned at the 26th Conference. Thus, this accomplishment of the Association of Business Lawyers of Serbia and of the journal Law and Economy requires a loud and clear statement that May Conferences of the Association of Business Lawyers of Serbia and of the journal Law and Economy are becoming a vital place for a legally qualified debate on the developments in the Serbian insurance sector.

Translated from Serbian by: Zorica Simović

⁶ Insurance as topic at the 25th Conference of the Association of Business Lawyers of Serbia, *Insurance Trends* no.3/2016, pp.65-69.

UDK:655.55:311.213.6:551.583:351.823.1:368.5(497.11)(248.13)

Doc. dr Gordana Đ. Radović¹

PRIKAZ KNJIGE

KLIMATSKE PROMENE I OSIGURANJE POLJOPRIVREDE

**Autori: prof. dr Vladimir Njegomir, prof. dr Boris Marović,
prof. dr Radovan Pejanović i prof. dr Bogdan Kuzmanović**

Izdavač: „Princip Press“, Beograd, 2017.

Obim: 348 strana

Monografija *Klimatske promene i osiguranje poljoprivrede*, čiji su autori prof. dr Vladimir Njegomir, prof. dr Boris Marović, prof. dr Radovan Pejanović i prof. dr Bogdan Kuzmanović, predstavlja značajan doprinos domaćoj naučnoj i stručnoj literaturi posvećenoj kompleksnom problemu osiguranja poljoprivrede. Monografija je rezultat dugogodišnjih istraživanja autora u ovoj oblasti. Klimatske promene predstavljaju jedan od najznačajnijih rizika s kojima se danas suočava poljoprivredna proizvodnja, a u takvim okolnostima osiguranje poljoprivrede veoma mnogo dobija na značaju. Autori ističu da im je, prilikom pisanja ove knjige, namera bila da predstave sve relevantne aspekte klimatskih promena i njihov uticaj na poljoprivrednu proizvodnju, načine upravljanja proizvodnim rizicima, kao i da skrenu pažnju na tendencije primene osiguranja poljoprivrede u svetu i u Srbiji. Izdavač monografije *Klimatske promene i osiguranje poljoprivrede* je „Princip Pres“, Beograd. Monografija je iz štampe izašla u aprilu 2017. godine, ima 348 strana i 19 poglavlja.

U prvom poglavlju data je definicija i predstavljene su karakteristike poljoprivredne proizvodnje u Srbiji i svetu. Autori ističu specifičnosti koje karakterišu tu granu privrede. To je, pre svega, njen organski karakter, što zahteva da se tehnologija, organizacija i ekonomija uzgoja kultura i vrsta prilagođavaju biološkim osobinama biljaka i životinja. Stoga poljoprivredna proizvodnja u velikoj meri zavisi od prirodnih uslova (osobine zemljišta, klime i sl.), te su i rizici kod ove proizvodnje veći,

¹ Autor prikaza je direktor kuće *Dnevnik-Poljoprivrednik* AD Novi Sad

I-mejl: gordana.radovic09@gmail.com

Rad je primljen: 28. 8. 2017.

Rad je prihvaćen: 30. 8. 2017.

kao i potreba za njenom ekonomskom zaštitom. U ovom poglavlju autori čitaoce upoznajaju i sa pojmom agrobiznisa, kao koncepta savremene poljoprivredne proizvodnje zasnovane na tržišnim principima. Oni ističu i značaj poljoprivrede u Srbiji i u svetu, odnosno njen uticaj na ekonomsku snagu države. Takođe, ukazuje se na to da je značajan uzrok aktuelnih klimatskih promena neodrživi razvoj poljoprivrede. Konkretno, autori navode da je dosadašnji koncept „neodrživog razvoja“, zasnovan na interesima profitne ekonomije i dominaciji multinacionalnih kompanija, doveo do negativnih efekata koji su rezultirali u klimatskim promenama i u problemima sa zdravstvenom bezbednošću hrane. Pisci monografije u drugom poglavlju definišu i navode vrste rizika poljoprivredne proizvodnje, kao i njihove determinante, odnosno verovatnoću ostvarenja određenog štetnog događaja i intenzitet posledica koje ovaj povlači sa sobom. Dalje se razmatraju pojmovi povezani s pojmom rizika, te uticaj rizika poljoprivredne proizvodnje na ekonomski razvoj država, regiona i sveta. Rizike poljoprivredne proizvodnje autori klasifikuju kao regulatorne ili institucionalne, tržišne ili cenovne i proizvodne rizike.

U trećem poglavlju monografije obrađene su klimatske promene i njihove posledice. U okviru ovog poglavlja predstavljani su trendovi klimatskih promena, njihovi uzroci i posledice, kao i katastrofalni događaji koje ove promene mogu da prouzrokuju. Takođe, predstavljene su ekonomske implikacije klimatskih promena i njihov uticaj na poljoprivrednu proizvodnju. U ovom poglavlju prikazan je uticaj agrara na nastanak klimatskih promena, njegova adaptacija, kao i mogući doprinos poljoprivredne proizvodnje redukciji klimatskih promena. Autori posebno ističu značaj sigurnosti hrane u uslovima klimatskih promena, predstavljaju načine globalnog rešavanja tog problema, kao i sporazume koji su u tom cilju sačinjeni. U četvrtom poglavlju prikazane su katastrofalne štete u poljoprivredi u Srbiji čiji su uzroci klimatske promene. Preciznije, autori klasifikuju i opisuju opasnosti, to jest rizike koji mogu da imaju uticaja na poljoprivrednu proizvodnju, a u manjoj ili većoj meri uzrokovani su promenama klime. To su poplave, suša, ekstremne temperature, oluja, padavine s gradom, erozija zemljišta, klizišta, mraz i požari.

U petom poglavlju autori ističu značaj upravljanja rizicima u poljoprivredi i opisuju procese kojima to može da se realizuje. Obrađuju i primenu, monitoring i reviziju procesa upravljanja rizikom. U šestom poglavlju klasifikovane su metode upravljanja proizvodnim rizicima u poljoprivredi na primarne mere zaštite, to jest na prevenciju i redukciju, kao i na mere namenjene finansiranju posledica ostvarenja proizvodnih rizika. U primarne mere zaštite svrstavaju se diverzifikacija, vertikalna integracija, navodnjavanje i odvodnjavanje, kao i rotacija useva, odnosno plodored. U okviru mera namenjenih finansiranju posledica ostvarenja proizvodnih rizika autori ističu ulogu države, osiguranja i mikroosiguranja. U sedmom poglavlju detaljno je opisano osiguranje kao ključni mehanizam upravljanja rizicima. Takođe, navode se i najznačajnije karakteristike osiguranja i rizika, opisuje se tržište osiguranja i reosiguranja

u svetu i Srbiji, definišu subjekti na tržištu i osnovni elementi osiguranja i osiguravajuće polise. U ovom poglavlju predstavljene su i vrste osiguranja, ekonomske koristi od njegove primene, te troškovi sprovođenja ekonomske zaštite proizvodnje.

U osmom poglavlju monografije detaljno se obrađuju osiguranje poljoprivrede kao posebne vrste osiguranja, ističe se njegov značaj i navode uslovi i ograničenja osigurljivosti od pojedinih poljoprivrednih rizika. Autori navode i subjekte u poslovima osiguranja poljoprivrede, vrste i karakteristike ovog osiguranja, kako analitički, posmatrano kao osiguranje useva i plodova i osiguranje životinja, tako i osiguranje poljoprivrednih gazdinstava kao njihovu sintezu. U ovom poglavlju data je i analiza osiguranja poljoprivrede u Srbiji, kao i komparativna analiza državnih subvencija za osiguranje poljoprivrede u Srbiji i regionu. Karakteristike tog osiguranja kao imovinskog predstavljene su u devetom poglavlju, i to sa svih relevantnih aspekata. Karakteristike reosiguranja proizvodnih rizika poljoprivredne proizvodnje opisane su u 10. poglavlju. Autori ovde ističu reosiguranje poljoprivrede kao ključni oblik transfera rizika osiguravajućih društava, navode vrste ugovora o reosiguranju, njegove funkcije i ograničenja u primeni.

Autori u 11. poglavlju monografije razmatraju osiguranje poljoprivrede u uslovima ostvarenja klimatskih promena, i to sa aspekta osigurljivosti rizika, obaveznosti osiguranja, implikacija klimatskih promena na reosigurljivost rizika, kao i alternativnih mehanizama transfera rizika u uslovima klimatskih promena. Oni ističu i potrebu uvođenja javno-privatnih partnerstava u osiguranje poljoprivrede u uslovima klimatskih promena u svetlu katastrofalnih šteta čiji finansijski iznosi često prevazilaze kapacitete osiguravajućih i reosiguravajućih društava.

Ključne rezultate realizovanog anketnog istraživanja vezanog za osiguranje poljoprivrede i njegovu praktičnu (ne)primenu od strane poljoprivrednih proizvođača u AP Vojvodini, odnosno Republici Srbiji, autori su prikazali u 12. poglavlju monografije. U 13. poglavlju predstavljeni su rezultati regresione analize realizovanog istraživanja. U sledećim poglavljima date su napomene, literatura, prilozi, rečnik stručnih pojmova, a u poslednjem, 19. poglavlju predstavljene su biografije autora monografije.

Prema mišljenju recenzenata, ova monografija je kvalitetno i stručno štivo u okviru koga su analitički obrađeni brojni problemi koje klimatske promene stvaraju, naročito sa aspekta poljoprivredne proizvodnje. Zato je u cilju njihovog rešavanja istaknuta uloga i značaj osiguranja. Recenzenti ističu da su u knjizi izuzetno dobro obrađeni i efekti klimatskih promena na sigurnost i zdravstvenu bezbednost hrane.

Monografija *Klimatske promene i osiguranje poljoprivrede* je, prema rečima autora, prvenstveno namenjena poljoprivrednim proizvođačima, osiguravajućim društvima, nosiocima domaće ekonomske politike, ali i studentima i svima koji žele da se upoznaju sa uticajem klimatskih promena na osiguranje poljoprivrede.

UDK:655.55:311.213.6:551.583:351.823.1:368.5(497.11)(248.13)

Gordana Đ. Radović, PhD, Assistant Professor¹

BOOK REVIEW

CLIMATE CHANGE AND INSURANCE OF AGRICULTURE

Authors: dr Vladimir Njegomir, PhD, dr Boris Marović, PhD, dr Radovan Pejanović, PhD, dr Bogdan Kuzmanović, PhD

Publisher: „Princip Press“, Belgrade, 2017

Page: 348 pages

The monograph “Climate Change and Insurance of Agriculture”, by dr Vladimir Njegomir, PhD, dr Boris Marović, PhD, dr Radovan Pejanović, PhD and dr Bogdan Kuzmanović, PhD, represents a significant contribution to domestic scientific and professional literature on the complex problem of agricultural insurance. The monograph is the result of many years of research by its authors in this field. Climate change is one of the most significant risks the agricultural production is facing today, and, in such circumstances, insurance of agriculture is especially important. The authors point out that, when writing this book, they intended to present all the relevant aspects of climate change and its impact on agricultural production, ways of managing production risks and the tendency of arranging agricultural insurance worldwide and in Serbia under such conditions. The publisher of the monograph “Climate Change and Insurance of Agriculture” is the “Princip Pres”, Belgrade. The monograph was published in April 2017, and has 348 pages and 19 chapters.

The first chapter of the monograph includes the definition and characteristics of agricultural production in Serbia and worldwide. The authors emphasize the specificity of agricultural production (such as, above all, its organic character) which causes the technology, organization and economy of cultivation adapt to the biological properties of the plants and animals. The agricultural production,

¹ Author is a director of “Diary-Agriculturalist” AD Novi Sad

E-mail: gordana.radovic09@gmail.com

Paper received: 28. 8. 2017.

Paper accepted: 30. 8. 2017.

thus, largely depends on the natural conditions (soil characteristics, climate, etc.) – therefore, it faces larger risks and the need for economic protection. In this chapter, the authors acquaint the readers with the agribusiness as the concept of modern agricultural production based on market principles. They emphasize the importance of agriculture in Serbia and in the world, i.e. its impact on the economic power of the state. Also, the authors point out that the unsustainable development of agriculture is to a significant degree caused by the current climate change. In particular, they state that the current concept of the “unsustainable development” - based on the profit economy interests and the dominance of multinational companies - has led to negative effects that resulted in climate change and food health and safety issues. In the second chapter of the monograph, the authors define and name the types of agricultural production risks, as well as their determinants and/or the likelihood of occurrence of a particular loss event and the degree of adversity of its consequences. The authors also address the subjects related to the risk concept and/or the impact of agricultural production risk on the economic development of countries, regions and the world. They classify the risks of agricultural production into regulatory or institutional, market or price and product risks.

The third chapter of the monograph deals with climate change and its effects. This chapter presents the trends in climate change, its causes and consequences and/or the catastrophic events that can be caused by it. Also, the economic implications of climate change and their impact on agricultural production are presented. This chapter shows the influence of agriculture on the emergence of climate change, its adaptation, and the possible contribution of agricultural production to the reduction of climate change. The authors highlight the significance of food safety in changing climate and present global solutions for climate change issues; they also cite the agreements that have been made to that purpose. The fourth chapter includes the catastrophic damages in Serbia’s agriculture, caused by the climate change. More precisely, the authors classify and describe the hazards/risks that can affect the agricultural production and are caused (to a lesser or greater extent) by a climate change. These are floods, drought, extreme temperatures, and storms, precipitations with hail, soil erosion, landslides, frost and fire.

In the chapter five, the authors emphasize the importance of risk management in agriculture and describe its possible implementation processes. They also elaborate on the implementation, monitoring and audit of the risk management processes. In the sixth chapter, the authors classify methods of managing the agricultural production risks into primary protection measures (prevention and reduction) and measures designated to finance the consequences of occurrence of production risks. The primary protection measures include diversification, vertical integration, irrigation and drainage, as well as crop rotation. Speaking about the measures intended for financing the consequences of occurrence of production

risks, the authors emphasize the role of the state, insurance and micro insurance. In the chapter seven, they describe in detail insurance as a key risk management mechanism. They also define the most important characteristics of insurance and risk, describe the insurance and reinsurance market worldwide and in Serbia and define the entities on the market and the basic elements of insurance and insurance policies. Also, this section presents the types of insurance, the economic benefits of insurance arrangements and the costs of applying economic protection of production.

In the chapter eighth of the monograph, the authors elaborate in detail the insurance of agriculture as a special type of insurance, emphasize its significance and state the conditions and limitations of the insurability of certain agricultural risks. They also state the subject-matters of agricultural insurance, its types and characteristics, both analytically (observed as insurance of crops and fruit and animals) and as insurance of agricultural farms, as their synthesis. This chapter also provides an analysis of agricultural insurance in Serbia, as well as a comparative analysis of state subsidies for agricultural insurance in Serbia and the region. The characteristics of agricultural insurance, as a property insurance line, are presented in chapter nine, by all relevant aspects. The characteristics of reinsurance of agricultural production risks are described in chapter ten. Here, the authors emphasize reinsurance of agriculture as a key risk transfer form of insurance companies, stating the types of reinsurance contracts, reinsurance functions, as well as reinsurance implementation restrictions.

In the chapter eleven of the monograph, the authors present the insurance of agriculture under the conditions of climate change, from the aspect of risk eligibility, insurance obligations, effects of climate change on the risks re-insurability and alternative mechanisms of risks transfer under the conditions of climate change. Also, in this chapter, the authors emphasize the necessity to introduce public-private partnerships in the insurance of agriculture under the conditions of climate change, because of catastrophic losses with financial amounts often exceeding the capacities of insurance and reinsurance companies.

In the chapter twelve of the monograph, the authors present key results of the survey related to the insurance of agriculture and its practical (non-)application by agricultural producers in AP of Vojvodina and the Republic of Serbia. In chapter thirteen, the results of the regression analysis of the conducted survey are presented. The ensuing chapters contain notes, literature, attachments, vocabulary of professional terms and the last, nineteenth chapter, includes the biographies of the authors of the monograph.

According to the opinion of the reviewers, this monograph is a quality and professional reading, with the analytical elaboration of a number of issues caused by climate change, especially from the aspect of agricultural production and with the emphasis on significance and role of agricultural insurance as a way of solving

G. Radović: Book Review “Climate Change and Insurance of Agriculture”

those issues. Also, according to the opinion of the reviewers, the book elaborates on the effects of climate change on the food safety and health.

According to the author, the monograph “Climate Change and Insurance of Agriculture” is intended primarily for agricultural producers, insurance companies, domestic economic policy makers as well as for students and all those who want to become familiar with the impact of climate change on agricultural insurance.

*Translated from Serbian by: **Bojana Papović***

UDK: (067.7)(1-87)(051) :551.515:368.17:311.17:658.8.03:347.728:368.1

Prof. dr Nebojša Š. Žarković,¹

PRIKAZ INOSTRANOG ČLANKA

DA LI TAJFUNI UZROKUJU METEŽ U CENAMA DEONICA NEŽIVOTNIH OSIGURAVAČA

Kao što je dobro poznato, prirodne nepogode poput zemljotresa, uragana, tajfuna i cunamija uzrokuju ogromne privredne štete. Preuzimajući na sebe snošenje takvih rizika, neživotni osiguravači doprinose otklanjanju njihovih razornih posledica i obnavljanju rada brojnih preduzeća. To podrazumeva da neživotni osiguravači posle stihije isplaćuju ogromne iznose odšteta. Na primer, nakon čuvenog uragana „Katarina“ 2005. godine, koji je takođe izazvao olujne poplave i štete na platformama za crpljenje nafte, osiguravajuća društva ukupno su isplatila 81 mlrd. američkih dolara (u cenama iz 2016). Ili, posle zemljotresa koji je u Japanu 2011. dodatno prouzrokovao i cunami, osiguravači su isplatili 37 mlrd. dolara.

Od devedesetih godina prošlog veka bilo je zamašnih istraživanja čija je žiža uticaj teških šteta na kretanje cena deonica društava za neživotno osiguranje. Međutim, taj uticaj još uvek je sporan. Raniji radovi usredsređivali su se na dejstvo šteta nakon pojedinačnih događaja, kao što su zemljotres „Loma Prajeta“ u severnoj Kaliforniji ili uragan „Endru“ na Bahamima i Floridi, i njihov uticaj na vrednost osiguravajućeg društva.

Rad Takašija Jamasakija „Da li tajfuni uzrokuju metež u cenama deonica neživotnih osiguravača?“ ima širi pristup – ne polazi se od izučavanja jednog događaja već više njih, u ovom slučaju čitavog niza tajfuna u Japanu koji su se zbili u vremenskom odsečku 1979–2013. godine. U članku se ispituje koliko prirodne nepogode određuju cene deonica društava za neživotno osiguranje.

Polazeći od opsežno postavljenog matematičkog modela, Jamasaki zaključuje da se, u proseku, cene deonica neživotnih osiguravača povećavaju nakon

¹ Univerzitet „Džon Nezbit“ Beograd

I-mejl: nzarkovic@sbb.rs

Rad je primljen: 3. 9. 2017.

Rad je prihvaćen: 4. 9. 2017.

naleta tajfuna. Taj nalaz je u skladu s pretpostavkom da osiguravajuće kuće imaju koristi od prirodnih nepogoda zato što posle njihovog dešavanja raste tražnja za odgovarajućim polisama, i to kako kod pojedinaca tako i kod preduzeća, što samo povećava prihode osiguravača.

Međutim, zaključak da će cene deonica neživotnih osiguravača bezuslovno rasti zbog nastanka prirodnih nepogoda ipak se mora pažljivo razmotriti. U jednom delu ovog članka navodi se kako će se cene deonica snižavati ako odštetni zahtevi i izdaci vezani za nevreme premaše očekivanja ulagača u pogledu veličine dodatne, novonastale tražnje za osiguravajućom zaštitom. Uz to, Jamasakijevi nalazi upućuju da određena obeležja osiguravača ili nepogoda mogu umanjiti rast tražnje.

Izvesne odlike neživotnog osiguravača, kao što su zavisnost od osiguranja od požara (to jest njegovo mesto u ukupnom portfelju osiguranja) ili stopa troškova imaju uticaja na cene deonica. To podrazumeva da učesnici na berzanskom tržištu obraćaju pažnju na unosnost poslovanja i uspešnost rada tih osiguravača. Štaviše, nalazi iz rada podrazumevaju da kupci deonica jednako obraćaju pažnju na rizičnost poslovanja neživotnih osiguravača u uslovima smanjivanja propisa kao i na pojavu koja obeležava tržište brojnih razvijenih zemalja. Japanska osiguravajuća društva bila su čitav niz godina zaštićena obimnim propisima koji su uređivali delatnost osiguranja, ali sada, u okruženju koje obeležava smanjivanje propisa, ona moraju da se suoče s nepovoljnim posledicama teških prirodnih nepogoda tako što će sama držati u zalihama dovoljne iznose novca.

S druge strane, zaključci iz članka „Da li tajfuni uzrokuju metež u cenama deonica neživotnih osiguravača?“ ne podržavaju primenljivost zalihe platežnosti kod neživotnih osiguravača u Japanu, što bi trebalo da bude važna poruka tamošnjim nosiocima državnog nadzora. Nekoliko japanskih životnih osiguravača propalo je oko 2000. godine, premda im je zaliha platežnosti bila i dvostruko viša od donje zahtevane granice. Iz toga razloga, pitanja valjanosti ovog pokazatelja za životne osiguravače u Japanu su uglavnom i ranije postavljena.

Ovaj naučni rad ukazuje na to da isto otvoreno pitanje postoji i kod društava za neživotno osiguranje. Po svemu sudeći, berzanski učesnici, nakon smanjivanja propisa iz osiguranja i u Japanu, obraćaju dužnu pažnju na zalihe osiguravačeve glavnice i pokazatelje njegovog novčanog stanja kao što je zajmoprimećka sposobnost. Zato, ako se zadovoljavajuća zaliha platežnosti može odraziti u tekućoj platežnosti, to je dragoceno obaveštenje za kupce na berzi koje će uticati na njihovo ponašanje doprinoseći ustaljivanju cena deonica postojanog neživotnog osiguravača i u uslovima nastajanja velikih prirodnih nepogoda.

Obeležja tajfuna, kao što su snaga, dužina trajanja, razdoblje od prethodnog tajfuna i nastale štete isto tako imaju uticaja na cene deonica neživotnih osiguravača. Ističemo i nalaz iz rada po kome štete od ove vremenske nepogode na stambenim jedinicama – kućama i stanovima – imaju naročito nepovoljan uticaj na cene deonica

u uslovima kada zahtevi za naknadom iz osiguranja nadjačavaju očekivanja ulagača o dodatnom porastu tražnje za osiguravajućom zaštitom.

Istraživanje u prikazanom članku pomaže da se objasni zašto su raniji radovi koji su se bavili posledicama samo jednog štetnog događaja doneli protivrečne rezultate. Odgovori s berze kojima se opredeljuju cene deonica neživotnih osiguravača nakon prirodnih nepogoda razlikuju se u zavisnosti od obeležja i osiguravača i nepogoda. Zato određeni razorni događaji treba još pomnije da se ispituju, imajući u vidu njihov različit uticaj na neživotne osiguravače.

Izvor

- Takashi Yamasaki, Do typhoons cause turbulence in property-liability insurers' stock prices?, *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 41 (3), 2016, pp. 432-454.

UDK:(067.7)(1-87)(051):338.101.541:52-86:(1-67)(437.1)+(437.6)+(438)+(439):368:316.42
+339.9+323.23

Mr Miloš M. Petrović¹

PRIKAZ INOSTRANOG ČLANKA

MAKROEKONOMSKO OKRUŽENJE I RAZVOJ DELATNOSTI OSIGURANJA NA PRIMERU ZEMALJA VIŠEGRADSKJE GRUPE

Počev od pada Gvozdene zavese, zemlje Višegradske grupe ili zemlje „Višegradske četvorke (V4)“ – Češka, Slovačka, Poljska i Mađarska – prošle su kroz sveobuhvatne ekonomske, društvene i političke promene. Proces preobražaja započeo 1990. godine, koji se sastojao u prelasku s komandne ekonomije na tržišnu privredu, potvrđen je ali i nastavljen ulaskom tih država u Evropsku uniju 2004. godine, da bi 2008. počeli da se osećaju i efekti svetske finansijske krize. Usledila je kriza evra uz otežano širenje evrozone, kojoj se od zemalja V4 priključila samo Slovačka, i to na početku krize, 2009. godine.

Ipak, uprkos pojedinim periodima, generalno posmatrano, ekonomske promene u navedenim zemljama znatno su uticale na širok opseg finansijskih delatnosti, što uključuje i domen osiguranja. Ekonomski razvoj V4 pokazao je izvesne nestandardne tendencije koje su se odrazile na delatnost osiguranja u svakoj od ovih država. Vlade Češke, Mađarske, Poljske i Slovačke nastojale su da u okolnostima svetske finansijske krize nađu odgovore na visoke stope inflacije i uložile su znatne napore kako bi se održale u okviru zahtevnih smernica Kopenhaških i Mاستrihtskih kriterijuma. Glavni ekonomski izazov u tom smislu predstavljala je nepredvidljivost i varijabilnost osnovnih makroekonomskih parametara.

Istraživanje Brokešove i Bračalkove pokazalo je da je delatnost osiguranja osnovni element održivog ekonomskog rasta u svim razvijenim zemljama, ali i da je u privredama koje prolaze kroz tranziciju, zbog posebnog istorijsko-političkog

¹ Autor prikaza je doktorand na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Beogradu
I-mejl: petrovic1milos@gmail.com
Rad je primljen: 31. 8. 2017.
Rad je prihvaćen: 1. 9. 2017.

nasleđa, osiguranje u osobenoj poziciji. Primer Višegradske grupe pokazuje da makroekonomsko okruženje ima snažan uticaj na razvoj osiguranja, a rezultati govore da je razvoj neživotnih osiguranja više podložan uticajima makroekonomske sredine. Zemlje V4 imaju slične pokazatelje u pogledu razvoja osiguravajuće delatnosti: paternalističke tendencije sistema u tim državama, s jedne strane, uz rast premija, razvoj životnog osiguranja, ulazak novih osiguravača na tržište, rast svesti o potrebi za osiguranjem i poboljšanje makroekonomske situacije, s druge strane. Ipak, još uvek nije dostignut zadovoljavajući stepen konvergencije u pogledu generalne zastupljenosti osiguranja u odnosu na 15 „starijih“ članica Evropske unije. Takođe, istraživanje je pokazalo i da je u pojedinim periodima krize u razvoju zemalja V4 u posmatranom periodu od 1990. naovamo rast nezaposlenosti nepovoljno uticao na domen životnih osiguranja, koji se percipirao više kao stvar pojedinačnog izbora, za razliku od neživotnih osiguranja.

Ipak, između navedenih zemalja postoje i izvesne razlike. Primera radi, ukoliko se kao kriterijum uzme zastupljenost osiguranja, redosled je sledeći: Češka, Poljska, Slovačka, Mađarska. Razvoj osiguranja u tim zemljama vezan je za napore ka uspostavljanju funkcionalnih privreda u skladu sa četiri glavne tačke ekonomskog razvoja: stopom inflacije, ekonomskim rastom, održivošću platnog bilansa i (što nižom) stopom nezaposlenosti. U tom smislu, postoji znatan prostor za osiguravače koji imaju mogućnost da zagovaranjem usmeravaju razvoj nacionalnih ekonomskih politika. Takođe, važno je i da vlade budu svesne da takvi stavovi postoje. Vladini koraci radi unapređenja ekonomskog razvoja zemlje imaju dvosmeran odnos s delatnošću osiguranja.

Adekvatna državna ekonomska politika koja, pored ostalog, podržava i rast delatnosti osiguranja može imati višestruko pozitivan efekat na ekonomski razvoj, a to je naročito važno u slučaju tzv. tranzicionih privreda, kojima pripada i Srbija. U tim zemljama postoji znatno zaostajanje u domenu osiguranja u odnosu na razvijene zemlje, a izazov se ogleda u tome da treba smisliti mere pomoću kojih će se ubrzati razvoj kako bi se postepeno hvatao korak s razvijenim privredama (i tako smanjio dugo izražen jaz). U tom smislu, zemlje V4 su dobar primer kako uporne mere na srednjoročnom i dugoročnom nivou daju primetne rezultate u pogledu smanjenja zaostajanja za zapadnim delom Evropske unije; primera radi, nezaposlenost u Poljskoj i Slovačkoj između 1998. i 2007. iznosila je 18–20 procenata, da bi 2017. godine pala na 4,8 procenata u Poljskoj i na 7,3 procenta u Slovačkoj. Inflacija je u svim zemljama V4 u višegodišnjem proseku na nivou razvijenih zemalja Evropske unije. U kontekstu delatnosti osiguranja, u tim zemljama transformativni procesi u skladu s pravilima Evropske unije postepeno su doveli do znatnih promena u strukturi osiguravajućih rizika i portfelja, u iznosu premije, kao i u metodama prodaje usluga osiguravateljima.

Izvori

- Brokesova, Vachalova, 2016, Macroeconomic environment and insurance industry development: The case of Visegrad group countries, *Central European Review of Economic Issues*, str. 63-72
- Eurostat, 2017 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Unemployment_rates,_seasonally_adjusted,_July_2017_\(%25\)_F2.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Unemployment_rates,_seasonally_adjusted,_July_2017_(%25)_F2.png)

Dr Zoran D. Radović¹

PROPISI EVROPSKE UNIJE

NOVA DIREKTIVA O DISTRIBUCIJI OSIGURANJA

Direktiva 2008/92/EU koja reguliše rad posrednika u delatnosti osiguranja izmenjena je Direktivom o distribuciji osiguranja 2016/97/EU (*The Insurance Distribution Directive 2016/97/EU*, dalje u tekstu IDD), koja će se primenjivati od februara 2018. godine.

Nova direktiva stavila je težište na distribuciju (*distribution*), a ne na posrednike (*intermediaries*) u osiguranju.

IDD ne propisuje maksimalnu harmonizaciju nacionalnog prava zemalja članica EU već stvaranje minimalnog pravnog okvira, dozvoljavajući da države članice predvide i strožije uslove u cilju veće zaštite potrošača, tj. korisnika usluga osiguranja.

IDD utvrđuje pravila koja se odnose na distribuciju osiguranja i reosiguranja u EU. Pod distribucijom osiguranja (*insurance distribution*) podrazumeva se sledeće: davanje saveta i predloga za zaključenje ugovora o osiguranju i postavljanja odštetnog zahteva osiguravaču.

Pod posrednikom u osiguranju (*insurance intermediary*, dalje u tekstu: posrednik) podrazumeva se pravno ili fizičko lice koje ne predstavlja poduhvat osiguranja ili službenika poduhvata i, koji aktivnosti u vezi sa distribucijom osiguranja preuzima za određenu nagradu.

Posrednici u osiguranju se registruju kod nadležnog tela države članice. Od država članica se očekuje da pre nego što posredniku izdaju dozvolu za rad utvrde da li on poseduje potrebno znanje i sposobnost za uspešno obavljanje poverenog posla.

Direktivom 2009/138/EC za posrednike u neživotnom osiguranju (deo A Aneksa I) predviđena su sledeća minimalna znanja:

- o merodavnom pravu koje se odnosi na distribuciju proizvoda osiguranja, relevantnom socijalnom i radnom pravu

¹ Autor prikaza je doktor pravnih nauka, naučni saradnik Instituta za uporedno pravo u Beogradu, u penziji
I-mejl: zoran-radovic@hotmail.com

Rad je primljen: 11. 9. 2017.

Rad je prihvaćen: 13. 9. 2017.

- o utvrđivanju potreba kupca
- o tržištu osiguranja
- o poslovnoj etici
- o finansijskoj sposobnosti.

Istom direktivom, za posrednike u životnom osiguranju (Aneksom II) propisana su sledeća minimalna znanja:

- o polisi osiguranja, uključujući uslove osiguranja i garantovane beneficije penzionog sistema relevantne države članice EU
- o ugovornom pravu osiguranja, pravu o zaštiti potrošača i pravu o zaštiti ličnih podataka
- o postavljanju zahteva osiguravaču za naknadu
- o utvrđivanju potrebe kupca
- o poslovnoj etici
- o finansijskoj sposobnosti.

Posrednik ima obavezu da zaključi ugovor o osiguranju koji pokriva njegovu odgovornost za slučaj nehatnog poslovanja na iznos od 1.250.000 evra po jednom štetnom događaju ili na ukupan iznos od 1.850.000 evra. O adekvatnoj finansijskoj sposobnosti posrednika brine se država članica u kojoj je posrednik registrovan i ima obavezu da utvrdi:

- ime, adresu i registarskih broj posrednika
- kategoriju posrednika.

Države članice su dužne da obezbede da posrednici uvek postupaju pošteno, savesno i profesionalno u najboljem interesu kupaca njihovih usluga. Pre nego što se ugovor o osiguranju zaključi, posrednik je dužan da kupca obavesti o sledećem:

- svom identitetu i adresi
- registru u koji je upisan i
- da li posluje za račun kupca ili osiguravača.

Od posrednika se očekuje da utvrdi kakve potrebe kupac ima u vezi sa osiguranjem što bi mu omogućilo da mu da adekvatnu informaciju o proizvodu osiguranja. Ugovor o osiguranju koji je posrednik predložio kupcu mora da zadovolji kupčeve zahteve i potrebe. Informacija o proizvodu osiguranja mora biti sastavljena u pismenoj formi sa sledećim sadržajem:

- vrsta osiguranja
- osiguravajuće pokriće (najvažniji pokriveni rizici)
- suma osiguranja
- isključeni rizici
- obaveze osiguranika kod stupanja na snagu osiguranja
- obaveze osiguranika u toku trajanja osiguranja
- obaveze kod postavljanja zahteva osiguravaču za naknadu.

Potrebno je da države članice propišu koje podatke su posrednici dužni pravovremeno da saopšte kupcu, a odnose se na prirodu naknade usluga posrednika.

- Ako je osnova za naknadu nagrada (fiksni iznos), da li nagradu posredniku neposredno plaća kupac
- Ako je osnova za naknadu provizija, da li je ona uključena u premiju osiguranja.

Posrednici su dužni da preduzmu sve mere kako bi se utvrdilo da li postoji sukob interesa medju njima, uključujući pritom njihove menadžere i zaposlene službenike.

Zemlje članice treba da propišu krivične i administrativne sankcije zbog nepoštovanja nacionalnih propisa donetih za primenu IDD. Nadležno telo, kome je poverena primena IDD, imaće pravo nadzora i izricanja administrativnih kazni.

U odnosu na prethodnu direktivu, IDD proširuje krug lica na koje se odnosi, tj. uključuje sva lica ili institucije koje na razne načine učestvuju u prodaji usluga osiguranja.

Procenjuje se da se zbog stupanja na snagu IDD premija osiguranja neće povećati.

Izvori

- Directive (EU) 2016/97 of the European parliament and of the Council of 20 January 2016. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT?uri=CELEX%3A32016L0097>
- David Maria Marino / Andrea Pantaleo, The new Insurance Distribution Directive, published March 31, 2016, <https://dlapier.com/en/italy/insights/publications/2016/04/insurance-distribution-directive/>
- Simona Drevenšek, *Direktiva o zavarovalnem posredovanju v ospredje postavlja pomen zaščito potrošnikov*, Delo, Ljubljana, 05.09.2017.

INSURANCE EUROPE ODGOVORILO NA PRVU SERIJU SAVETA EIOPA O REVIZIJI SOLVENTNOSTI II

Evropsko udruženje osiguravača *Insurance Europe* odgovorilo je na konsultaciju Evropske komisije o prvoj seriji saveta koje je dobilo od Evropskog nadzornog tela za osiguranje i profesionalno penzijsko osiguranje (EIOPA) u vezi sa predstojećom revizijom Solventnosti II. Kako u odgovoru stoji, iako *Insurance Europe* priznaje dobar napredak koji je EIOPA ostvarila u pogledu postizanja ciljeva revizije, neophodan je i dodatni rad u različitim oblastima da bi revizija postigla svoje ciljeve.

Primeru radi, kada je u pitanju kapacitet za nošenje štete odlaganjem plaćanja poreza, udruženje *Insurance Europe* ističe da je Evropsko nadzorno telo za osiguranje i profesionalno penzijsko osiguranje informisanjem o različitim metodama koje se trenutno primenjuju u Evropi u potpunosti ispunilo svoj mandat, te da nije bilo neophodno dalje delovanje. Međutim, analiza koju je EIOPA izvršila na pokretanju kapaciteta za nošenje šteta odlaganjem plaćanja poreza ne pruža potpunu sliku problema, i ističe se da je potrebno biti obazriv prilikom donošenja zaključaka.

S druge strane, pozdravljajući pojednostavljene pristupe koji su uvedeni, udruženje evropskih osiguravača *Insurance Europe* kaže da ne podržava stavove EIOPA koji propisuju isključivo pojednostavljena navedena u zakonskim tekstovima. Pored toga, *Insurance Europe* saopštava da, za razliku od EIOPA, smatra da nadzorno telo ima pravo da se bavi nivoom masovnog rizika. *Insurance Europe* pozdravilo je i rad EIOPA na proširenju transparentnog pristupa srodnim poduhvatima. Međutim, to udruženje predlaže da se preduzme dodatni rad kako bi se osigurala primena transparentnog pristupa na proporcionalan način. Što se tiče manjeg oslanjanja i zavisnosti od spoljašnjih institucija za procenu kredita u standardnoj formuli, *Insurance Europe* pozdravlja napore EIOPA u pronalaženju alternative putem pojednostavljenja u delu delegirane uredbe. S druge strane, Udruženje upozorava da bi isuviše prudenčijalan pristup dozvoli korišćenja upotrebe ovog pojednostavljenja bio neizvodljiv u praksi.

Što se tiče tretiranja garancija, izloženost koju garantuje treća strana i izloženosti regionalnim vladama i lokalnim vlastima (RGLA), iako podržava neke od predloženih promena, *Insurance Europe* savetuje opreznost prilikom usklađivanja liste odabranih regionalnih vlada i lokalnih vlasti kada su u pitanju bankarske

i osiguravajuće regulative. Veruje se da bi to moglo da uvede rigidan pristup određivanju jednakosti između regionalnih vlada i lokalnih vlasti, s jedne strane, i centralnih vlada, s druge strane.

(Izvor: www.inese.es)

AIG DONIRA MILION DOLARA NEPROFITNIM ORGANIZACIJAMA ZA SANIRANJE ŠTETA OD URAGANA HARVI

Iz rukovodstva američkog osiguravajućeg društva AIG potvrđena je donacija u iznosu od 500.000 dolara neprofitnim organizacijama iz Hjustona, sa željom da se podrže lokalni naponi u neposrednom pružanju pomoći posle naleta uragana Harvi. Kompanija AIG i njeni zaposleni u Hjustonu beleže dugogodišnju saradnju s neprofitnim organizacijama kroz godine volontiranja zaposlenih i izdvajanje doprinosa, stoji u izjavi za medije. Najavljeno je i da će dodatnih 500.000 dolara biti namenjeno izvođenju srednjoročnih i dugoročnih planova u saradnji sa Centrom za katastrofe, vodećim entitetom za strateško prikupljanje donacija za saniranje posledica katastrofa.

(Izvor: www.inese.es)

TEHNOOSIGURANJE MOŽE UMANJITI ULOGU REOSIGURAVČA

Revolucija tehnosiguranja (*insurtech*) imaće veliki uticaj na primarno osiguravajuće tržište, a možda će i smanjiti poslove koji su sada bili dostupni osiguravačima, smatra Kristijan Mumentaler, izvršni direktor reosiguravača „Svis Re“.

Tehnosiguranje pomaže osiguravačima da bolje procene, odaberu i odrede cenu rizika, bilo putem prikupljanja tačnijih podataka pomoću uređaja u zdravstvenom osiguranju, sensorima u osiguranju imovine ili upotrebom naprednih softvera za modeliranje vremenske prognoze.

Takođe, tehnosiguranje može biti od pomoći osiguravačima u procesu preuzimanja rizika, i to pomoću prikupljanja informacija i pronalaženja povezanih detalja u cilju otkrivanja najatraktivnijih rizika. S druge strane, smanjenje neizvesnosti i kolebljivosti portfelja može smanjiti rizik izloženosti, a posledično i potrebu za reosiguranjem. Reosiguravači koji ne uspeju da zanove poslove ili ih ugovaraju pasivno biće pod velikim rizikom, izjavio je izvršni direktor društva „Svis Re“.

„Ukoliko ste samo dobavljač robe i čekate da vam poslovi dođu sami, poslovno polje će vam se suziti“, izjavio je Mumentaler i dodao da smanjivanje šteta izaziva pad cene premija i smanjivanje reosiguranja. Kako kaže, to ukazuje koliko je važno biti duboko povezan sa svojim klijentom, ali i uključen u proces pronalaženja rešenja. Izvršni direktor društva „Svis Re“ upozorava i na neophodnost da reosiguranje bude uključeno u sve to, što će reosiguravačima omogućiti da rastu zajedno sa svojim klijentom.

Istaknute napomene pogotovu važe za manje osiguravajuće kuće. Kako praćenje razvoja tehnosiguranja uključuje značajne investicije i rizike, „Svis Re“ pomaže manjim osiguravačima da transformišu svoje poslove. Kao deo tehnološke podrške, poznati reosiguravač pomaže klijentima da uspešnije ugovaraju poslove preuzimajući ulogu nosioca robne marke klijenta. Mumentaler upozorava i da sve ovo može dovesti do toga da se stvori nejasna slika uloge osiguranja i reosiguranja.

U 2016. godini „Svis Re“ je pokrenulo tehnosiguravajući akcelerator kao pomoć start-upovima u razvijanju poslovnih rešenja, koja, kako se kaže, mogu napraviti revoluciju u vođenju poslova re/osiguranja. Neke od tema programa uključuju internet stvari (osiguranje domaćinstava, industrijsko, zdravstveno osiguranje i osiguranje motornih vozila); sisteme angažovanja (inovativne kanale distribucije i modele, digitalne asistente / robo-savetnike); pametnu analitiku (koja prati lanac osiguravajuće vrednosti).

Mumentaler je ukazao i na potencijalne opasnosti u primeni tehnosiguranja u cilju poboljšanja preuzimanja rizika.

„Na kraju krajeva, ovo je igra u kojoj društvo neće profitirati. Ukoliko neki ljudi počnu birati najbolje rizike, drugi rizici će poskupeti. Sada samo postavljam pitanje u kojoj meri će to regulatori i društvo uvažavati“, kazao je Mumentaler

(Izvor:<http://www.intelligentinsurer.com/news/insurtech-risk-selection-may-diminish-the-role-of-reinsurers-swiss-re-ceo-13022>)

*Prevela i priredila: **Zorana Z. Nikolić Joldić***

TEŽI OBLIK KRIVIČNOG DELA UGROŽAVANJA JAVNOG SAOBRAĆAJA

Okolnost koja je obeležje krivičnog dela može se uzeti u obzir i kao otežavajuća okolnost pod uslovom da prelazi meru potrebnu za postojanje krivičnog dela ili određenog oblika krivičnog dela, ili ako postoje dve ili više ovakvih okolnosti a samo jedna je dovoljna za postojanje težeg odnosno lakšeg oblika dela.

Iz obrazloženja:

Branilac okrivljenog u zahtevu za zaštitu zakonitosti ističe da je drugostepeni sud, preinačenjem prvostepene presude u delu odluke o kazni, učinio povredu krivičnog zakona iz člana 439. tačka 3) ZKP, jer je okrivljenom, suprotno odredbi člana 54. KZ, kao otežavajuće okolnosti cenio brojnost i težinu posledica predmetnog krivičnog dela, što su okolnosti koje se ne mogu uzeti u obzir kao otežavajuće prilikom odmeravanja kazne, budući da težina posledice krivičnog dela, koja se sastoji u ugrožavanju javnog saobraćaja, predstavlja obeležje ovog krivičnog dela koje je i kvalifikovano kao teži oblik zato što je nastupila smrt jednog lica. Kao otežavajuću okolnost drugostepeni sud je pogrešno cenio i okolnost da je radnja izvršenja preduzeta u blizini pešačkog prelaza, koja takođe predstavlja obeležje predmetnog krivičnog dela. Izloženi navodi zahteva, po oceni Vrhovnog kasacionog suda, nisu osnovani.

Nasuprot navodima u zahtevu branioca okrivljenog, okolnost koja je obeležje krivičnog dela, prema odredbi člana 54. stav 3. KZ, može se uzeti u obzir i kao otežavajuća okolnost pod uslovom da prelazi meru potrebnu za postojanje krivičnog dela ili određenog oblika krivičnog dela, ili ako postoje dve ili više ovakvih okolnosti a samo jedna je dovoljna za postojanje težeg odnosno lakšeg oblika dela.

U konkretnom slučaju, pravosnažnom prvostepenom presudom okrivljeni je oglašen krivim za teži oblik krivičnog dela ugrožavanje javnog saobraćaja iz člana 289. stav 3. u vezi sa stavom 1. KZ, predviđen odredbom člana 297. stav 4. KZ, izvršenjem usled kojeg su nastupile teže posledice u vidu smrti jednog lica i teškog telesnog povređivanja drugog lica, oštećenog B.

Teži oblik osnovnog krivičnog dela iz člana 289. stav 3. u vezi sa stavom 1. KZ, kvalifikovan kao teža posledica dela, postoji ako je nastupila teška telesna povreda nekog lica (član 297. stav 3. KZ), kao i ako je nastupila smrt jednog ili više lica (član 297. stav 4. KZ). Kako su u konkretnom slučaju nastupile obe teže posledice dela, i teško telesno povređivanje jednog lica i smrt drugog lica, a za postojanje težeg oblika krivičnog dela iz člana 297. KZ potrebno je da je nastupila i samo jedna od tih posledica, to se krivično delo kvalifikuje prema težoj od tih posledica (iz stava 4. člana 297. KZ), a nastupanje i druge teže posledice dela je okolnost koja, shodno odredbi člana 54. stav 3. KZ, okrivljenom može biti cenjena kao otežavajuća okolnost. Zato takvom ocenom drugostepenog suda u pogledu brojnosti posledice dela nije povređena navedena zakonska odredba. Odredba člana 54. stav 3. KZ nije povređena ni u vezi sa ocenom drugostepenog suda okolnosti koja se tiče mesta izvršenja dela (u neposrednoj blizini pešačkog prelaza kod osnovne škole), koja, nasuprot navodima zahteva, okrivljenom nije posebno cenjena kao otežavajuća okolnost, već je kao okolnost izvršenja konkretnog dela uzeta u obzir u sklopu ocene drugostepenog suda da prvostepeni sud nije dao adekvatan značaj utvrđenim okolnostima, posebno u delu u kojem se utvrđuje postojanje naročito olakšavajućih okolnosti.

(Presuda Vrhovnog kasacionog suda, Kzz. 233/16 od 7. IV 2016)

Izvor: Izbor sudske prakse broj 6 – jun 2017, str. 40

NAKNADA MATERIJALNE ŠTETE I OBAVEZA UDRUŽENJA OSIGURAVAČA – GARANTNOG FONDA SRBIJE

Kada traktor učestvuje u saobraćajnoj nezgodi, tada ima svojstvo motornog vozila i ono mora biti registrovano shodno članu 268. st. 1. i 2. Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima, a to podrazumeva i obavezno osiguranje od auto-odgovornosti.

Iz obrazloženja:

Presudom prvostepenog suda odbijen je tužbeni zahtev tužioca za naknadu materijalne štete.

Žalba punomoćnika tužioca je osnovana, pa je drugostepeni sud svojom presudom preinačio presudu prvostepenog suda i usvojio tužbeni zahtev tužioca u celosti.

Dokazima je utvrđeno da je dana 5. maja 2012. došlo do saobraćajne nezgode u kojoj je učestvovao neregistrovani traktor i vozilo tužioca, i visina materijalne štete na vozilu tužioca učinjena je nespornom.

Osnovano se u žalbi ističe da je prvostepeni sud pogrešno primenio materijalno pravo nalazeći da traktor ne podleže obaveznom osiguranju shodno članu 84. Zakona o osiguranju imovine i lica i članu 135. Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima.

S obzirom na to da se predmetna saobraćajna nezgoda dogodila 5. maja 2012., nakon stupanja na snagu Zakona o osiguranju imovine i lica, to znači da traktor koji je učestvovao u saobraćajnoj nezgodi ima svojstvo motornog vozila shodno članu 7. stav 1. tačka 48. Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima, i da je kao takav morao biti registrovan shodno članu 268. st. 1. i 2. istog zakona. To znači da je vlasnik traktora bio u obavezi da zaključi ugovor o obaveznom osiguranju od auto-odgovornosti shodno članu 20. Zakona o obaveznom osiguranju u saobraćaju, što nije učinjeno. Iz toga proizlazi da je potraživanje tužioca za naknadu štete osnovano i da postoji obaveza Garantnog fonda da u konkretnom slučaju naknadi štetu tužiocu.

(Presuda Višeg suda u Čačku, Gž 929/16 od 1. XII 2016.)

Izvor: Izbor sudske prakse broj 6 – jun 2017, str. 54

NIŠTAVOST UGOVORA O OSIGURANJU

Ugovor o osiguranju je ništav ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili ako je taj slučaj bio u nastajanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.

Iz obrazloženja:

Članom 898. stav 2. Zakona o obligacionim odnosima propisano je da je ugovor o osiguranju ništav ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili ako je taj slučaj bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.

U konkretnom slučaju ugovor o osiguranju imovine zaključen je 22. 5. 1991. godine, u vreme oružanih sukoba na prostoru Hrvatske, u uslovima rizika najvećeg stepena za imovinu građana na tom prostoru. Već u septembru 1991. godine razbijeni su prozori i vrata na kući koja je predmet osiguranja, da bi nekoliko meseci kasnije kuća bila zapaljena, a potom minirana. Prema izjavi pokojnog B, od momenta saznanja da je kuća zapaljena on nije bio u situaciji da ode do kuće i vidi u kakvom je stanju, da prijavi slučaj policiji, što ukazuje na opšte stanje građanske nesigurnosti na tom prostoru već od 17. 8. 1990. godine. Iz iskaza drugih svedoka proizlazi da je u to vreme postojao animozitet prema Srbima u Hrvatskoj, da je u naseljima u okolini Zadra bilo napada na srpske kuće, da su one bile paljene, da se znalo otprilike ko to čini, ali da niko od počinitelaca nije registrovan, što ukazuje na stanje opšte građanske nesigurnosti na prostoru Hrvatske od druge polovine 1990. godine

i tokom cele 1991. i 1992. godine. Samim tim u to vreme otpočinje građanska nesigurnost i nemogućnost zaštite ljudi i imovine u Hrvatskoj, a događaj za koji je zaključeno osiguranje kuće i stvari tužilaca nije bio budući neizvestan događaj, već se prema redovnom toku stvari mogao očekivati u vreme zaključenja ugovora 22. 5. 1991. godine. Šteta nastala na imovini tužilaca direktna je posledica vanrednih okolnosti koje su u to vreme postojale.

Kako nižestepeni sudovi pravilno zaključuju, dovoljno je da objektivne okolnosti slučaja (oružani sukobi, etnička netrpeljivost, postojanje raznih paravojnih formacija, nemogućnost zaštite ljudi i imovine na teritoriji Hrvatske) ukazuju na to da je ostvarenje rizika prema redovnom toku stvari neposredno predstojalo. Usled toga, ugovoru nedostaje element neizvesnosti, što ga čini ništavim, zbog čega po takvom ugovoru tužioc ne mogu zahtevati izvršenje obaveze.

*(Presuda Vrhovnog kasacionog suda, Rev. 1887/15 od 17. III 2016.)
Izvor: Izbor sudske prakse broj 6 – jun 2017, str. 54–55*

LONDONSKA TRŽIŠNA NAČELA

Londonska tržišna načela (engl. *London Market Principles*, nem. *Londoner Marktrichtlinien*) - pravila ponašanja koja su zajedno sastavili LOJD i neke druge ustanove sa ovog vodećeg međunarodnog tržišta osiguranja. Predstavljaju uzor svim stranama koja na njemu posluju. Doneta su 2001. godine, ali se redovno obnavljaju i javno objavljuju. Londonska tržišna načela treba da doprinesu poboljšanju usluga osiguranicima, naročito jasnijim ugovorima o osiguranju i uslovima plaćanja. Polazeći od ovih načela, donet je, recimo, opšti sporazum osiguravača koji zajednički rade na poslu osiguranja, odnosno poslu reosiguranja. Isto tako, preuređena je posrednikova cedulja (engl. *slip, broker's slip*, nem. *Deckungsangebot, Slip*) kao svojevrsna ponuda za osiguranje koja prati ove poslove.

NAPUŠTAJ

Napuštaj (engl. *abandonment*, nem. *Abandon, Aufgabe*) – 1. mogućnost da osiguranik prepusti osiguravaču u svojину ostatke osigurane stvari (uključujući s njom povezana prava), s tim da mu ovaj isplati svotu osiguranja bez odbitka ostatka vrednosti stvari, odnosno vrednosti spasene stvari. Osiguranik mora o roku dati objavu napuštaja, koju osiguravač nije dužan uvažiti. Ukoliko ne dođe do primene ove ustanove, osiguranik ima samo pravo na naknadu štete koju je odistinski pretrpeo. Ustanova napuštaja obično se sreće kod izvedenog potpunog gubitka, s punom primenom u osiguranju prevoza, naročito pomorskom osiguranju – kao primeri mogu se navesti prepuštanje oštećenog broda ili tereta. Napuštaj je drugde izniman: ako u osiguranju stakla postoji prirodna naknada (naturalna naknada), ostaci koji imaju izvesnu tržišnu vrednost prelaze u osiguravačevu svojinu; u kasko-osiguranju motornih vozila mesec ili dva nakon prijavljene krađe motornog vozila osiguranik dobija obeštećenje kao da je vozilo uništeno, a ako se ono kasnije pronađe, osiguravač će ga prodati. 2. u osiguranju prevoza negde se pod ovim pojmom podrazumeva i suprotna mogućnost – osiguravač po dešavanju osiguranog slučaja plaćanjem naknade ne ulazi u svojinu stvari, već se oslobađa svih daljih obaveza, kao što je, recimo, izmirenje nagrade za spasavanje.

Izvor: Nebojša Žarković, *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad, 2013, str. 148 i 176

Odabrani članci

Der Traum von der Karriere nach Plan. – San o karijeri koja teče po planu. Kao i mnoge druge delatnosti, i osiguravajuća branša nalazi se u oluji digitalnih promena. Tim tokom zahvaćene su sve strukture, od posrednika do menadžera. Nemačko Udruženje poslovnih savetnika (BDU) nedavno je utvrdilo da svako peto radno mesto u branši osiguranja zahteva odgovarajuća digitalna znanja, čiji značaj u smislu know-how sposobnosti u ophođenju sa informacijama pokazuje aktuelna Hays studija „IT Skills 2020“, prema kojoj će zanimanje data analitičara i data naučnika biti među najtraženijim zanimanjima u budućnosti.

Tržište rada se u poslednjih deset godina veoma izmenilo. Menadžeri iz osiguravajuće branše danas se suočavaju sa sasvim drugačijim mehanizmima regrutovanja novih radnika i radnim profilima. Često postoji potreba za pozicijama za koje nema klasičnog obrazovanja. Potrebe takvih pozicija bi moglo da zadovolji, na primer, neko lice koje nosi produbljena IT znanja, a da pritom ne mora da bude istaknuti IT ekspert. Takođe, ukoliko lice sa vodeće pozicije ima iskustva u strategijskom portfolio menadžmentu, potrebno je da poseduje i IT znanja. U kompanijama se sve više razvija svest o tome da je multidisciplinarnost važna, što podrazumeva preklapanje znanja i veština iz osnovne struke i informacionih tehnologija.

(Versicherungswirtschaft, br. 6/2017, str. 20-21)

Start auf Raten. – Start korak po korak. Promena menadžerskog tima u jednoj firmi i za veoma iskusne menadžere ume da predstavlja novu, nepoznatu i tešku situaciju koju treba prevladati. Mihael Hirt u ovom članku navodi nekoliko značajnih koraka važnih za uspešan početak nove uprave u jednoj firmi. Na primer, bitno je u okviru 30 dana sastaviti tim koji će doneti prve pozitivne promene, pri čemu je, naravno, važno i dalje nastaviti sve one postupke koji su bili deo dobre tradicije. Autor članka, koji je šef sektora za savetovanje menadžmenta, navodi, pored ostalog, da je važno da se vizije i ciljevi firme saopštavaju saradnicima i zaposlenima, da se razvijaju sposobnosti prepoznavanja kako šansi tako i opasnosti, kao i da se poštuju pravila komunikacije. Posebno je bitno, ističe se u ovom članku, da menadžeri još

na samom početku ostvare određeni uspeh, čime će zadobiti poverenje saradnika i obezbediti prvi dobar utisak.

(*Versicherungswirtschaft*, br. 6/2017, str. 18)

Weg vom Schreibtisch, rein ins Leben. – Beg od pisaćeg stola, trk u život. Wolfgang Brecina, menadžer ljudskih resursa u osiguravajućoj kući „Allianz“ u Nemačkoj, već duže vreme prati promene u poslovnom svetu i radnoj kulturi. Prema njegovom mišljenju, današnji početnici ne mogu se ni uporediti s nekadašnjim. Krajem 80-ih, početkom 90-ih dominirala je japi kultura. Tada se smatralo poželjnim i bitnim da se što duže ostane u kancelariji i preko radnog vremena. Neretko se radni dan završavao u 22 časa. Međutim, vremena se menjaju i danas se mnogo više teži izbalansiranosti. Zapadnoevropske kompanije u sve većoj meri preuzimaju model poslovanja u kojem se radnik ne vrednuje samo kao radnik, već se uzima u obzir izbalansiranost između poslovnog i privatnog života, kao i njegova odgovornost prema porodici. U R+V osiguranju, kako potvrđuje Julija Merkel, neguje se tzv. *work-life-balance* koncept koji nudi mogućnosti fleksibilnog usklađivanja radnog vremena, home-office uslove, ponude staranja o deci u posebnim prostorijama za igru, kao i mogućnosti organizovanja raznih kampova u prirodi.

(*Versicherungswirtschaft*, br. 6/2017, str. 35)

Krankenhäuser im Visier von Cyberkriminellen. – Bolnice na vidiku sajber kriminalaca. Sredinom maja ove godine dogodio se nezapačeni kibernetički napad virusom „WannaCry“, koji je paralisao preko 200.000 kompjuterskih sistema u 150 zemalja. U Velikoj Britaniji posledično su u zastoju bile brojne lekarske ordinacije i 40 bolnica. Posledice ovakvih napada su opsežne: gubitak reputacije, krađa osetljivih podataka o pacijentima ili finansijski gubici. U Nemačkoj su reagovali političari, koji su uveli novi IT-zakon o bezbednosti. Velikim delom zakon je stupio na snagu 2015. godine, posebno u vidu novčanog sankcionisanja. Osim pomenutog zakona, uvode se i novi koraci u pogledu sajber osiguranja. Jedna aktuelna studija poslovnog saveta KPMG pokazuje da 38 posto od 504 reprezentativne firme ima iskustvo sa kibernetičkim kriminalom. Prema podacima Savezne službe za bezbednost u informatičkim tehnologijama (BSI), naročito su ugrožene bolnice i klinike. Kako se bolnički kompjuterski sistemi štite od ove vrste kriminala putem osiguravajućih polisa, tema je ovog članka, u kom se ujedno zaključuje da je to oblast koja tek treba da se razvija, pre svega u pogledu ujedinjavanja znanja iz oblasti osiguranja, IT-a i zdravstva.

(*Versicherungswirtschaft*, br. 6/2017, str. 28-29)

Cybervirus WannaCry kidnappt weltweit Daten. – Sajber virus „WannaCry“ kidnapuje podatke širom sveta. Da kibernetički kriminal poprima sve veće razmere, svedoči najnoviji slučaj virusa pod nazivom „WannaCry“, koji je u maju

ove godine napadao kompjutere širom sveta, počev od Velike Britanije, u kojoj je zahvatio računare u Nacionalnoj zdravstvenoj službi (NHS) i odatle se ubrzo proširio na preko 200.000 računara u 150 zemalja. Taj slučaj kibernetičkog napada smatra se najvećim koji je do sada zabeležen. Hakeri su tražili otkup u visini od 300 dolara u bitkojn valuti, a zatim su zahtevali dvostruko veće iznose.

Najpre je bila zahvaćena pomenuta zdravstvena služba u Velikoj Britaniji, zatim „Telefonica“ u Španiji, „Renault“ u Francuskoj, a sajber virusom zahvaćene su i Rusija, Ukrajina, Indija i Tajvan. Takođe, prijavljeni su problemi u Japanu u koncernima kao što su „Nissan“ i „Hitachi“, dok je u Kini bilo zahvaćeno preko 29.000 institucija.

Amerika je u stanju da dočeka ovakve napade spremno i sa iskustvom u pogledu osiguranja od hakera, dok se u Evropi razrađuje sistem kibernetičkih polisa radi pružanja zaštite od ove vrste kriminala koji je u velikom porastu.

(Versicherungswirtschaft, br. 6/2017, str. 10)

Nove knjige

Prof. Dr Ralf Kühn, Daniel Roemer: Trendsetting-Phänomene und innovatives Versicherer-Pricing. – „Trendsetting“ fenomeni i inovativni „pricing“ u osiguranju. Ova stručna knjiga bavi se društveno orijentisanim „trendsetting“ fenomenima i projektuje relevantnost njihove primene direktno na jezgro poslovanja osiguravajućeg društva. Pomoću ove publikacije, koja je okrenuta ka praksi, osiguranje treba najpre da uoči razne parametre ponašanja klijenata, da identifikuje rizike, da se bavi pojmovima i pojavama kao što su „trendsetting“ i „pricing“, da uoči njihovu međusobnu povezanost i ulogu. Autori ove knjige predstavljaju pomenute trendove koji ostvaruju veliki uticaj na osiguranje.

(Versicherungswirtschaft, br. 6/2017, str. 51)

Dr Andreas Eckstein, dr Anja Funk-Münchmeyer, Axel Liebetrau: Insurance & Innovation 2017. Ideen und Erfolgskonzepte von Experten aus der Praxis. – Osiguranje & inovacije 2017. Ideje i koncepti uspeha stručnjaka iz prakse. Klijenti osiguranja su se izmenili u pogledu samog načina kupovine polisa: današnji klijenti na tržištu bolje su informisani nego ikada. Kako osiguravajuća branša može da reaguje na nove potrebe i tendencije?

Očekivanja od osiguravača su postala veća, novi ponuđači menjaju tržište. Posledica: osiguranje menja svoje strukture!

„Osiguranje i inovacije 2017“ mnogim primerima iz prakse pokazuje kako se suočiti sa tim izazovima.

(Versicherungswirtschaft, br. 6/2017, str. 57)

Prevela i priredila: Slađana D. Andrejić

POLITIKA ČASOPISA

Časopis **Tokovi osiguranja** objavljuje originalne, prethodno neobjavljene radove: originalne naučne radove, pregledne radove, prikaze knjiga, savetovanja, propisa Evropske unije, inostrane sudske prakse itd. Časopis **Tokovi osiguranja** dostupan je u režimu otvorenog pristupa.

U časopisu **Tokovi osiguranja** objavljuju se radovi iz sledećih oblasti: ekonomije, prava, aktuarske matematike, medicine, tehnike, zaštite životne sredine, protivpožarne zaštite.

Radovi mogu biti napisani na srpskom i engleskom jeziku.

Časopis izlazi kvartalno (četiri puta godišnje).

Obaveze urednika

Glavni urednik časopisa **Tokovi osiguranja** donosi konačnu odluku o tome koji će se rukopisi objaviti. Urednik se prilikom donošenja odluke rukovodi uređivačkom politikom, vodeći računa o zakonskim propisima koji se odnose na klevetu, kršenja autorskih prava i plagiranje.

Urednik ne sme imati bilo kakav sukob interesa u vezi s podnesenim rukopisom. Ako takav sukob interesa postoji, o izboru recenzenata i sudbini rukopisa odlučuje uredništvo.

Urednik je dužan da sud o rukopisu donosi na osnovu njegovog sadržaja, bez rasnih, polnih odnosno rodnih, verskih, etničkih ili političkih predrasuda.

Urednik ne sme da koristi neobjavljen materijal iz podnesenih rukopisa za svoja istraživanja bez pisane dozvole autora.

Obaveze autora

Autori garantuju da rukopis predstavlja njihov originalan doprinos, da nije objavljen ranije i da se ne razmatra za objavljivanje na drugom mestu. Autori takođe garantuju da nakon objavljivanja u časopisu **Tokovi osiguranja** rukopis neće biti objavljen u drugoj publikaciji na bilo kom jeziku bez saglasnosti vlasnika autorskih prava.

Autori garantuju da prava trećih lica neće biti povređena i da izdavač neće snositi nikakvu odgovornost ako se pojave bilo kakvi zahtevi za naknadu štete.

Autori snose svu odgovornost za sadržaj podnesenih rukopisa, kao i validnost eksperimentalnih rezultata, i moraju da pribave dozvolu za objavljivanje podataka od svih strana uključenih u istraživanje.

Autori koji žele da u rad uključe slike ili delove teksta koji su već negde objavljeni dužni su da za to pribave saglasnost nosilaca autorskih prava, te da prilikom podnošenja rada dostave dokaze da je takva saglasnost data. Materijal za koji takvi dokazi nisu dostavljeni smatraće se originalnim delom autora.

Autori garantuju da su kao autori navedena samo ona lica koja su znatno doprinela sadržaju rukopisa, odnosno da su sva lica koja su znatno doprinela sadržaju rukopisa navedena kao autori.

Autori se moraju pridržavati etičkih standarda koji se odnose na naučnoistraživački rad i garantovati da rad nije plagijat. Autori garantuju i da rukopis ne sadrži neosnovane ili nezakonite tvrdnje i da ne krši prava drugih ljudi.

U slučaju da otkriju važnu grešku u svom radu nakon njegovog objavljivanja, autori su dužni da smesta o tome obaveste urednika ili izdavača te da sa njima sarađuju kako bi se rad povukao ili ispravio.

Recenzija

Primljeni radovi podležu recenziji. Cilj recenzije je da uredniku pomogne u donošenju odluke o tome da li rad treba prihvatiti ili odbiti, i da u dogovoru sa autorima poboljša kvalitet rukopisa. Identitet autora i recenzenata ostaje nepoznat drugoj strani, a anonimnost garantuje urednik.

Izbor recenzenata spada u diskreciona prava urednika. Recenzenti moraju da raspolazu relevantnim znanjima u vezi s oblašću kojom se rukopis bavi i ne smeju biti iz iste institucije kao autor, niti to smeju biti autori koji su u skorije vreme objavljivali publikacije zajedno (kao koautori) s bilo kojim od autora podnesenog rada.

Recenzent ne sme da bude u sukobu interesa s autorima ili finansijerom istraživanja. Ukoliko postoji sukob interesa, recenzent je dužan da o tome smesta obavesti urednika.

Recenzent koji sebe smatra nekompetentnim za temu ili oblast kojom se rukopis bavi dužan je da o tome obavesti urednika.

Recenzija mora da bude objektivna. Komentari koji se tiču ličnosti autora smatraju se neprimerenim. Sud recenzenata mora biti jasan i potkrepljen argumentima.

Rukopisi koji su poslani recenzentu smatraju se poverljivim dokumentima.

Tokom čitavog procesa, recenzenti deluju nezavisno jedni od drugih. Recenzentima nije poznat identitet drugih recenzenata. Ako odluke recenzenata nisu iste (prihvatiti odnosno odbiti), glavni urednik može da traži mišljenje drugih recenzenata.

Redakcija je dužna da obezbedi solidnu kontrolu kvaliteta recenzije. U slučaju da autori imaju ozbiljne i osnovane zamerke na račun recenzije, redakcija će proveriti da li je recenzija objektivna i da li zadovoljava akademske standarde. Ako se pojavi sumnja u objektivnost ili kvalitet recenzije, urednik će tražiti mišljenje drugih recenzenata.

Plagiranje

Plagiranje, odnosno preuzimanje tuđih ideja, reči ili drugih oblika kreativnog izraza i njihovo predstavljanje kao svojih predstavlja grubo kršenje naučne etike. Plagiranje može da uključuje i kršenje autorskih prava, što je kažnjivo po zakonu.

Plagijat podrazumeva sledeće:

- doslovno ili gotovo doslovno preuzimanje ili smišljeno parafraziranje (u cilju prikrivanja plagijata) delova tekstova drugih autora bez jasnog ukazivanja na izvor ili obeležavanje kopiranih fragmenata (na primer korišćenjem navodnika);
- kopiranje jednačina, slika ili tabela iz tuđih radova bez pravilnog navođenja izvora i (ili) bez dozvole autora ili nosilaca autorskih prava za njihovo korišćenje.

Upozoravamo autore da će se za svaki rukopis proveravati da li je plagijat. Rukopisi kod kojih postoje jasne indicije da se radi o plagijatu biće automatski odbijeni a autorima takvih rukopisa biće trajno zabranjeno da objavljuju u časopisu.

Ako se ustanovi da je rad koji je objavljen u časopisu **Tokovi osiguranja** plagijat, od autora će se zahtevati da upute pisano izvinjenje autorima izvornog rada.

Povlačenje već objavljenih radova

Objavljeni rukopisi biće dostupni dokle god je to moguće u onoj formi u kojoj su objavljeni, bez ikakvih izmena. Ponekad se, međutim, može desiti da objavljeni rukopis mora da se povuče. Glavni razlog za povlačenje rukopisa jeste potreba da se ispravi greška u cilju očuvanja integriteta nauke, a ne želja da se autori podvrgnu vannaučnoj ili vanstručnoj cenzuri.

Članak se mora povući ako se krše prava izdavača, nosilaca autorskih prava ili autora; zbog povrede profesionalnih etičkih kodeksa, npr. u slučaju podnošenja istog rukopisa u više časopisa u isto vreme, neistinite tvrdnje o autorstvu, plagiranja, manipulacije podacima radi prevare i slično. U nekim slučajevima rad se može povući i kako bi se ispravile naknadno uočene greške u rukopisu ili objavljenom tekstu.

Standarde za razrešavanje situacija kada mora doći do povlačenja rada definisali su biblioteke i naučna tela, a ista praksa usvojena je i u časopisu **Tokovi**

osiguranja: u elektronskoj verziji izvornog članka (onog koji se povlači) uspostavlja se veza (HTML link) sa obaveštenjem o povlačenju. Povučeni članak se čuva u izvornoj formi, ali s vodenim žigom oslikanim na PDF dokumentu, na svakoj stranici, koji ukazuje da je članak povučen (RETRACTED).

Otvoreni pristup

Časopis **Tokovi osiguranja** dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Članci objavljeni u časopisu mogu se besplatno preuzeti sa sajta Kompanije „Dunav osiguranje“ (www.dunav.com) i distribuirati u edukativne svrhe.

Samoarhiviranje

Časopis omogućava autorima da prihvaćenu, recenziranu verziju rukopisa, kao i onu finalnu, objavljenju verziju u PDF formatu deponuju u institucionalni repozitorijum i (ili) u nekomercijalne baze podataka, kao što su *PubMed Central*, *Europe PMC* ili *arXiv*, ili da ga objave na ličnim veb-stranicama (uključujući i profile na društvenim mrežama za naučnike kao što su *ResearchGate*, *Academia.edu* itd.) i (ili) na sajtu institucije u kojoj su zaposleni, u bilo koje vreme nakon objavljivanja teksta u časopisu. Pri tome se moraju navesti izdavač, kao nosilac autorskih prava, i izvor rukopisa.

Autorska prava

Kada je rukopis prihvaćen za objavljivanje, autori prenose autorska prava na izdavača. U slučaju da rukopis ne bude prihvaćen za štampu u časopisu, autori zadržavaju sva prava.

Na izdavača se prenose sledeća prava u pogledu rukopisa, uključujući dodatne materijale i sve delove, izvode ili elemente rukopisa:

- pravo da reprodukuje i distribuira rukopis u štampanom obliku, uključujući i štampanje na zahtev;
- pravo na štampanje probnih primeraka, reprint i specijalnih izdanja rukopisa;
- pravo da rukopis prevede na druge jezike;
- pravo da rukopis reprodukuje koristeći foto-mehanička ili slična sredstva, uključujući fotokopiranje ali ne i ograničavajući se na to, kao i pravo da distribuira te kopije;
- pravo da rukopis reprodukuje i distribuira elektronski ili optički koristeći sve nosioce podataka ili medija za pohranjivanje, a naročito u mašinski čitljivoj to jest digitalizovanoj formi na nosačima podataka kao što su

- hard-disk, CD rom, DVD, blurej disc (BD), mini-disk, trake s podacima, i pravo da reprodukuje i distribuira rukopis sa tih prenosnika podataka;
- pravo da sačuva rukopis u bazama podataka, uključujući i onlajn baze podataka, kao i pravo prenosa rukopisa u svim tehničkim sistemima i režimima;
 - pravo da rukopis učini dostupnim javnosti ili zatvorenim grupama korisnika na osnovu pojedinačnih zahteva za upotrebu na monitoru ili drugim čitačima (uključujući i čitače elektronskih knjiga), i u štampanoj formi za korisnike, bilo putem interneta, onlajn servisa ili putem internih ili eksternih mreža.

POLICY

The journal ***Insurance Trends*** publishes original papers that have not been published previously: scientific articles, reviews, communications, conferences, EU regulations, foreign court practices, etc. *Insurance Trends* is an Open Access journal.

The papers published in ***Insurance Trends*** should cover topics in one of the following areas: economy, law, actuarial mathematics, medicine, engineering, environmental protection, fire protection.

Contributions to journal may be submitted in Serbian and English language. The Journal is issued quarterly.

Editorial Responsibilities

The editor is responsible for deciding which articles submitted to ***Insurance Trends*** will be published. The editor is guided by the policies of the journal's Editorial Board and constrained by legal requirements in force regarding libel, copyright infringement and plagiarism.

Editors must hold no conflict of interest with regard to the articles they consider for publication. If an Editor feels that there is likely to be a perception of a conflict of interest in relation to their handling of a submission, the selection of reviewers and all decisions on the paper shall be made by the Editorial Board.

Editors shall evaluate manuscripts for their intellectual content free from any racial, gender, sexual, religious, ethnic, or political bias.

Unpublished materials disclosed in a submitted manuscript must not be used in an editor's own research without the express written consent of the author.

Authors' Responsibilities

Authors warrant that their manuscript is their original work that it has not been published before and is not under consideration for publication elsewhere. The Authors also warrant that the manuscript is not and will not be published elsewhere (after the publication in ***Insurance Trends***) in any language without the consent of the copyright holder.

Authors warrant that the rights of third parties will not be violated, and that the publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Authors are exclusively responsible for the contents of their submissions, the validity of the experimental results and must make sure that they have permission from all involved parties to make the data public.

Authors wishing to include figures or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright holder(s) and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Authors must make sure that only contributors who have significantly contributed to the submission are listed as authors and, conversely, that all contributors who have significantly contributed to the submission are listed as authors.

It is the responsibility of each author to ensure that papers submitted to **Insurance Trends** are written with ethical standards in mind and that they not contain plagiarism. Authors affirm that the article contains no unfounded or unlawful statements and does not violate the rights of others.

When an author discovers a significant error or inaccuracy in his/her own published work, it is the author's obligation to promptly notify the journal Editor or publisher and cooperate with the Editor to retract or correct the paper.

Peer Review

The submitted papers are subject to a peer review process. The purpose of peer review is to assist the Editor in making editorial decisions and through the editorial communications with the author it may also assist the author in improving the paper. Identity of an author and the reviewer remains unknown to the other party, and the Editor has a responsibility to guarantee such anonymity.

The choice of reviewers is at the editors' discretion. The reviewers must be knowledgeable about the subject area of the manuscript; they must not be from the authors' own institution and they should not have recent joint publications with any of the authors.

Reviewers must not have conflict of interest with respect to the research and/or the funding sources for the research. If such conflicts exist, the reviewers must report them to the Editor without delay.

Any selected reviewer who feels unqualified to review the research reported in a manuscript or knows that its prompt review will be impossible should notify the Editor without delay.

Reviews must be conducted objectively. Personal criticism of the author is inappropriate. Reviewers should express their views clearly with supporting arguments.

Any manuscripts received for review must be treated as confidential documents.

All of the reviewers of a paper act independently and they are not aware of each other's identities. If the decisions of the two reviewers are not the same (accept/reject), the Editor may assign additional reviewers.

The Editorial team shall ensure reasonable quality control for the reviews. With respect to reviewers whose reviews are convincingly questioned by authors, special attention will be paid to ensure that the reviews are objective and high in academic standard. When there is any doubt with regard to the objectivity of the reviews or quality of the review, additional reviewers will be assigned.

Plagiarism

Plagiarism, where someone assumes another's ideas, words, or other creative expression as one's own, is a clear violation of scientific ethics. Plagiarism may also involve a violation of copyright law, punishable by legal action.

Plagiarism may constitute the following:

- Word for word, or almost word for word copying, or purposely paraphrasing portions of another author's work without clearly indicating the source or marking the copied fragment (for example, using quotation marks);
- Copying equations, figures or tables from someone else's paper without properly citing the source and/or without permission from the original author or the copyright holder.

Please note that all submissions are thoroughly checked for plagiarism.

Any paper which shows obvious signs of plagiarism will be automatically rejected and authors will be permanently prohibited to publish papers in the journal.

If it is established that the paper published in **Insurance Trends** is a plagiarism, the author will be required to send a written apology to authors of the original paper.

Retraction Policy

Articles that have been published shall remain extant, exact and unaltered as long as it is possible. However, very occasionally, circumstances may arise where an article is published that must later be retracted. The main reason for withdrawal or retraction is to correct the mistake while preserving the integrity of science; it is not to punish the author.

Legal limitations of the publisher, copyright holder or author(s), infringements of professional ethical codes, such as multiple submissions, bogus claims of

Policy

authorship, plagiarism, fraudulent use of data or the like require retraction of an article. Occasionally a retraction can be used to correct errors in submission or publication.

Standards for dealing with retractions have been developed by a number of library and scholarly bodies, and this practice has been adopted for article retraction by **Insurance Trends**: in the electronic version of the retraction note, a link is made to the original article. In the electronic version of the original article, a link is made to the retraction note where it is clearly stated that the article has been retracted. The original article is retained unchanged; save for a watermark on the PDF indicating on each page that it is “retracted.”

Open Access Policy

Insurance Trends is an Open Access Journal. All articles can be downloaded free of charge from the website of Dunav Insurance Company (www.dunav.com) and distributed for educational purposes.

Self-archiving Policy

The journal **Insurance Trends** allows authors to deposit accepted, reviewed version of a manuscript, as well as the final, published version in the PDF in an institutional repository and non-commercial subject-based repositories, such as PubMed Central, Europe PMC or arXiv (instead of these or together with them, state other relevant databases depending on the scientific area) or to publish it on Author's personal website (including social networking sites, such as ResearchGate, Academia.edu, etc.) and/or departmental website, at any time after publication. Publisher copyright and source must be acknowledged and a link must be made to the article's DOI.

Copyright

Once the manuscript is accepted for publication, authors shall transfer the copyright to the Publisher. If the submitted manuscript is not accepted for publication by the journal, all rights shall be retained by the author(s).

Authors grant to the Publisher the following rights to the manuscript, including any supplemental material, and any parts, extracts or elements thereof:

- the right to reproduce and distribute the Manuscript in printed form, including print-on-demand;
- the right to produce prepublications, reprints, and special editions of the Manuscript;

- the right to translate the Manuscript into other languages;
- the right to reproduce the Manuscript using photomechanical or similar means including, but not limited to photocopy, and the right to distribute these reproductions;
- the right to reproduce and distribute the Manuscript electronically or optically on any and all data carriers or storage media – especially in machine readable/digitalized form on data carriers such as hard drive, CD-Rom, DVD, Blu-ray Disc (BD), Mini-Disk, data tape – and the right to reproduce and distribute the Article via these data carriers;
- the right to store the Manuscript in databases, including online databases, and the right of transmission of the Manuscript in all technical systems and modes;
- the right to make the Manuscript available to the public or to closed user groups on individual demand, for use on monitors or other readers (including e-books), and in printable form for the user, either via the internet, other online services, or via internal or external networks.

UPUTSTVO ZA AUTORE ČLANAKA U ČASOPISU TOKOVI OSIGURANJA

Slanje rukopisa

Prilikom podnošenja rukopisa, autori garantuju da rukopis predstavlja njihov originalan doprinos, da nije već objavljen, da se ne razmatra za objavljivanje kod drugog izdavača ili u okviru neke druge publikacije, da su objavljivanje odobrili svi koautori ukoliko ih ima, kao i, prećutno ili eksplicitno, nadležna tela u ustanovi gde je izvršeno istraživanje.

Autori snose svu odgovornost za sadržaj podnesenih rukopisa.

Autori koji žele da uključe u rad slike ili delove teksta koji su već negde objavljeni dužni su da za to pribave saglasnost nosilaca autorskih prava i da prilikom podnošenja rada dostave dokaze da je takva saglasnost data. Materijal za koji takvi dokazi nisu dostavljeni smatraće se originalnim delom autora.

Autori garantuju da su kao autori navedena samo ona lica koja su znatno doprinela sadržaju rukopisa, odnosno da su sva lica što su znatno doprinela sadržaju rukopisa navedena kao autori.

Nakon prijema, rukopisi prolaze kroz preliminarnu proveru u redakciji kako bi se utvrdilo da li ispunjavaju osnovne kriterijume i standarde. Pored toga, proverava se da li su rad ili njegovi delovi plagirani.

Autori će o prijemu rukopisa biti obavešteni elektronskom poštom. Samo oni rukopisi koji su u skladu s datim uputstvima biće poslani na recenziju. U suprotnom, rukopis će, s primedbama i komentarima, biti vraćen autorima.

Uputstvo za pripremu rukopisa

Autori su dužni da se pridržavaju uputstva za pripremu radova. Rukopisi u kojima ova uputstva nisu poštovana biće odbijeni bez recenzije.

Rukopise na srpskom ili engleskom jeziku treba slati u elektronskom obliku, napisane latiničnim pismom, u vordu (u formatu .doc ili .docx). U tekstu na srpskom jeziku, reči iz latinskog i stranih jezika treba da budu napisane kurzivom, tj. italikom.

Format strane treba da bude A4, a tekst napisan tipom slova *arial* *mini times new roman* veličinom slova 12, s proredom 1,5. Ukupna dužina teksta ne bi trebalo da bude veća od 45.000 slovnih znakova, računajući i razmake.

Rukopis treba da sadrži: naslov, ime autora, naziv i adresu institucije u kojoj autor radi, apstrakt, ključne reči, tekst članka, zahvalnicu (optativno), referencije, spisak tabela, spisak ilustracija. Pozicije slika i tabela treba obeležiti u tekstu (slike i tabele ne treba inkorporirati u datoteku koja sadrži rukopis; one se dostavljaju kao posebne datoteke u odgovarajućim formatima).

Naslov članka se piše na sredini, velikim slovima (verzalom), treba da bude jasan sam po sebi i ne preterano dugačak.

Naslovi unutar članka moraju imati sledeći format:

- 1) Prvi nivo naslova – na sredini; numeracija rimskim brojevima (npr. I, II, III itd.); prvo slovo veliko, a ostala mala, boldovano (masna slova).
- 2) Drugi nivo naslova – na sredini; numeracija arapskim brojevima sa tačkom (npr. 1., 2., 3. itd.); prvo slovo veliko, a ostala mala, boldovano.
- 3) Treći nivo naslova – na sredini; numeracija arapskim brojevima (npr. 1.1., 1.2., 1.3., itd.); prvo slovo veliko, a ostala mala, boldovano.
- 4) Četvrti nivo naslova – na sredini; itlik; numeracija arapskim brojevima (npr. 1.1.1, 1.1.2., itd.); prvo slovo veliko, a ostala mala, boldovano.

Primer:

I Podela osiguranja

1. Osiguranje imovine i osiguranje lica

1.1. Razlike između osiguranja imovine i osiguranja lica

1.1.1. Princip obeštećenja

Puno ime autora i srednje slovo njegovog imena treba navesti iznad naslova rada kurzivom, tj. italikom.

Afilijacija autora navodi se ispod njegovog imena, takođe kurzivom, tj. italikom. I-mejl adresu autora treba napisati u prvoj fusnoti.

Apstrakt treba napisati ispod naslova. Apstrakt ne bi trebalo da bude duži od 150 reči i treba da sadrži kratak pregled sadržaja i zaključke rada, tako da se može koristiti prilikom indeksiranja u referentnim periodičnim publikacijama i bazama podataka.

Ključne reči navode se u posebnom redu iza apstrakta, kurzivom, tj. italikom. Ključne reči moraju biti relevantne za temu i sadržaj rada. Rad ne treba da sadrži više od deset ključnih reči na srpskom ili engleskom jeziku.

Slike, crteži i druge ilustracije treba da budu dobrog kvaliteta, te **molimo da ne** dostavljate:

- ilustracije optimizovane za korišćenje na ekranu (npr. GIF, BMP, Pict, WPG) pošto obično imaju nisku rezoluciju i mali raspon boja;
- ilustracije koje imaju rezolucije manju od **300 dpi** (tačaka po inču);
- ilustracije nesrazmerno velikih dimenzija u odnosu na format rukopisa.

Zahvalnica treba da se nalazi u posebnom odeljku na kraju članka, ispred spiska referencija.

Referencije (literatura korišćena prilikom pisanja rada) navode se na jeziku na kom su objavljene.

Pravila citiranja literature u fusnotama

1. Knjige

a) Knjige se citiraju na sledeći način:

Ime i prezime autora, naslov knjige kurzivom, tj. italikom, redni broj izdanja, mesto i godina izdanja, broj strane.

Primer:

Nebojša Žarković, *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad, 2013, str. 100.

b) Kad se citira knjiga više autora, njihova imena i prezimena razdvajaju se zarezom.

Primer:

Marjan Ćurković, Vladimir Miletić, *Pravo osiguranja Europske ekonomske zajednice*, Croatia osiguranje d. d., Zagreb, 1993.

c) Knjiga koju je neko lice priredilo kao urednik citira se tako što se nakon njegovog imena i prezimena u zagradi navodi urednik, tj. reč urednik na jeziku na kom je knjiga objavljena.

Primer:

Mirko Vasiljević (urednik), *Akcionarska društva, berze i akcije*, Beograd, 2006, 30.

d) Kada se citira jedna knjiga određenog autora, pri ponovljenom citiranju navodi se prvo slovo imena s tačkom i prezime, nakon čega se dodaje broj strane.

Primer:

N. Žarković, str. 125.

e) Kada se citira više knjiga istog autora, pri ponovljenom citiranju navodi se prvo slovo imena s tačkom i prezime, u zagradi godina izdanja knjige i broj strane.

Primer:

N. Žarković (2013), str. 25.

2. Članci

Članci se citiraju na sledeći način

a) Ime i prezime autora, naziv članka pod navodnicima, naziv časopisa kurzivom, broj i godina izdanja, broj strane.

Primer:

Jasna Pak, „Pravna zaštita korisnika usluga osiguranja“, *Privreda i pravo u tranziciji*, Palić, 2004, str. 35.

b) Kada se citira članak više autora, njihova imena i prezimena odvajaju se zarezom.

Primer:

Jelena Kočović, Marija Jovović, „Uticaj liberalizacije i privatizacije na razvoj tržišta osiguranja u Srbiji“, *Tokovi osiguranja*, br. 1/2016, str. 5

c) Članak objavljen u okviru zbornika radova ili knjige koju je neko drugo lice priredilo kao urednik citira se na sledeći način: ime i prezime autora, naziv članka pod navodnicima, naziv knjige ili zbornika radova kurzivom, u zagradi oznaka *urednik* ili *redaktor*, ime i prezime urednika, redni broj izdanja, mesto i godina izdanja, broj strane.

Primer:

Vladimir Kovčić, „Stečaj akcionarskog društva za osiguranje“, *Pravo osiguranja u tranziciji* (urednici Predrag Šulejić i Jovan Slavnić), Palić, 2003, str. 56.

d) Kada se citira jedan članak određenog autora, prilikom ponovljenog citiranja navodi se prvo slovo imena s tačkom i prezime, a potom broj strane.

Primer:

Jasna Pak, str. 57.

3. Propisi

a) Propisi se citiraju na sledeći način: pun naziv propisa, glasilo u kome je propis objavljen kurzivom, broj glasila i godina objavljivanja, skraćenica čl., st., tač., odnosno par. i broj odredbe.

Primer:

Zakon o obaveznom osiguranju u saobraćaju, *Službeni glasnik RS*, br. 51/09, čl. 15

b) Ako će navedeni zakon ponovo biti citiran u članku, prilikom prvog citiranja posle naziva propisa navodi se skraćenica pod kojom će se on dalje pojavljivati.

Primer:

Zakon o osiguranju – ZO, *Službeni glasnik RS*, br. 55/04, čl. 38, st. 2.

c) Član, stav i tačka propisa označavaju se skraćenicama čl., st., tač., a paragraf skraćenicom par.

Primer:

čl. 35 st. 5 tač. 8 ili par. 8.

d) Prilikom ponovljenog citiranja određenog propisa navodi se njegov pun naziv ili skraćenica uvedena prilikom prvog citiranja, skraćenica čl., tač. ili par. i broj odredbe.

Primeri:

Zakon o osiguranju, čl. 15.

ZO, čl. 15.

e) Propisi na stranom jeziku citiraju se na sledeći način: pun naziv propisa preveden na srpski jezik, godina objavljivanja to jest usvajanja, pun naziv propisa na originalnom jeziku u zagradi, kurzivom, eventualno skraćenica pod kojom će se propis dalje pojavljivati, skraćenica čl., st., tač. ili par.

Primeri:

nemački Trgovački zakonik iz 1897. godine (*Handelsgesetzbuch*), par. 29.

britanski Kompanijski zakon iz 2006. godine (*Companies Act*; dalje u fusnotama: CA), čl. 53.

4. Izvori sa interneta

a) Izvori sa interneta citiraju se na sledeći način: ime i prezime i autora, odnosno organizacije koja je pripremila tekst, naslov teksta, eventualno mesto i godina objavljivanja, adresa internet stranice kurzivom, datum pristupa stranici i broj strane.

Primer:

Christos Gortsos, The Supervision of Financial Conglomerates under European Financial Law (Directive 2002/87/EC), 2010, <http://fic.wharton.upenn.edu/fic/papers/09/0936.pdf>, pristupljeno: 16. 7. 2016, str. 2

b) Prilikom ponovljenog citiranja izvora sa interneta navodi se prvo slovo imena autora s tačkom i prezime autora odnosno naziv organizacije koja je pripremila tekst, naslov teksta i broj strane.

Primer:

C. Gortsos, The Supervision of Financial Conglomerates under European Financial Law (Directive 2002/87/EC), str. 12.

Fusnote treba unositi na kraju svake strane, a na kraju članka navesti spisak korišćene literature.

Pravila za citiranje literature na kraju članka menjaju se utoliko što se navodi najpre prezime autora iza kojeg dolazi zapeta, pa prvo slovo imena s tačkom.

Primer:

Žarković, N., *Pojmovnik osiguranja*, Novi Sad, 2013, str. 100.

Redakcija časopisa zadržava pravo da članak prilagodi jedinstvenim standardima uređivanja i pravopisnim i gramatičkim pravilima srpskog odnosno engleskog jezika.

Molimo autore da rukopise šalju na i-mejl adresu redakcija@dunav.com ili na kompakt-disku, na adresu Redakcije časopisa:

Kompanija „Dunav osiguranje“ a. d. o., za Redakciju časopisa *Tokovi osiguranja*, Beograd, Makedonska 4

JOURNAL TOKOVI OSIGURANJA -AUTHOR GUIDELINES

Manuscript Submission

By submitting a manuscript, authors warrant that their contribution to the Journal is their original work, that it has not been published before, that it is not under consideration for publication elsewhere, and that its publication has been approved by all co-authors, if any, and tacitly or explicitly by the responsible authorities at the institution where the work was carried out.

Authors are exclusively responsible for the content of their submissions.

Authors wishing to include figures or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright holder(s) and, when submitting their papers, they should include evidence that such permission has been granted. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Authors must make sure that only contributors who have significantly contributed to the submission are listed as authors and, conversely, that all contributors who have significantly contributed to the submission are listed as authors.

After submission, manuscripts are pre-evaluated at the Editorial Office in order to check whether they meet the basic publishing requirements and quality standards. They are also screened for plagiarism.

Authors will be notified by email upon receiving their submission. Only those contributions which conform to the following guidelines can be accepted for peer-review. Otherwise, the manuscripts shall be returned to the authors with observations and comments.

Manuscript Preparation

Authors must strictly follow the guide for authors or their manuscripts will be rejected without review.

The manuscripts written in the Serbian or English language should be submitted in electronic form, using Roman letters, in MS Word standard document

Author guidelines

file (.doc or .docx format). In the text written in the Serbian language, the words borrowed from Latin and other foreign languages should be italicized.

The text should be typed in *arial* or *times new roman* font, onto A4 paper size, font size set at 12 points, using 1.5 line spacing. The text should not exceed a total of 45.000 characters, including spaces.

The manuscript should contain: title, name of author, name and address of the institution from which the work originates, abstract, keywords, the text of the manuscript, acknowledgments (optional), references, a list of tables and a list of illustrations. Mark the position of figures and tables in the text (please, do not include tables and figures in the manuscript; they should be submitted as separate files in appropriate formats).

Title of the article should be centered, typed in capital letters (versals), clear and not too long.

Headings should be in the following format:

- 1) First-level heading – centred; numbering in Roman numerals (e.g. I, II, III etc.); only the first letter capitalized, in bold (boldface).
- 2) Second-level heading – centred; numbering in Arabic numerals with full stop (e.g. 1., 2., 3. etc.); only the first letter capitalized, in bold.
- 3) Third-level heading – centred; numbering in Arabic numerals (e.g. 1.1., 1.2., 1.3., etc.); only the first letter capitalized, in bold.
- 4) Fourth-level heading – centred; in italics, Arabic numerals (e.g. 1.1.1, 1.1.2, etc.); only the first letter capitalized, in bold.

Example:

I Insurance classification
1. Insurance of property and persons
1.1. Differences between insurance of property and insurance of persons
1.1.1. Indemnity principle

First and last name(s) of the author(s) and middle initial(s) should be typed in italics, above the title of the paper.

The affiliation(s) of the author should be typed under his/her name, also in italics. The e-mail address of the author should be provided in the first footnote.

Abstract should be typed under the title. Abstract should not exceed the word limit of 150 and should contain a short review of the content and conclusions of the paper, so that it can be used when indexing the paper in referential periodicals and databases.

Keywords are listed in a separate line, at the end of the abstract, in italics. Keywords should be relevant to the topic and content of the paper. The paper should not contain more than ten keywords in the Serbian or English language.

Photos, drawings and other illustrations should be of good quality.

Please, do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colours;
- Supply files that have resolution lower than **300 dpi** (dots per inch);
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Acknowledgements should be included in a separate section, at the end of the article, before the list of references.

References (bibliography used in the preparation of the paper) are cited in the language in which they were published.

Footnote and bibliographic citations

1. Books

a) The books should be cited, as follows:

First and last name of author, book title in italics, edition number in ordinal form, place and year of publication, page number.

Example:

Nebojša Žarković, *Glossary of Insurance Terms*, Novi Sad, 2013, pp. 100

b) When a book has multiple authors, their first and last names are separated with a comma.

Example:

Marjan Ćurković, Vladimir Miletić, *Pravo osiguranja Europske ekonomske zajednice*, Croatia osiguranje d. d., Zagreb, 1993.

c) When citing an edited book, after the first and last name of an editor, the word "editor" is typed in parenthesis, in the language in which the book was published.

Example:

Mirko Vasiljević (urednik), *Akcionarska društva, berze i akcije*, Beograd, 2006, 30.

d) Repeated citations from the same author should include only the first initial and a full stop before the last name of the author and the number of the page.

Example:

N. Žarković, pp. 125

e) If two or more references to the same author are cited, the first initial and a full stop should be included before the last name of the author, and then the year of publication in brackets and the page number.

Example:

N. Žarković (2013), pp. 25

2. Articles

Articles are cited, as follows:

a) First and last name of author, title of article enclosed in quotation marks, name of the journal typed in italics, number and year of issue, page number.

Author guidelines

Example:

Jasna Pak, „Pravna zaštita korisnika usluga osiguranja“, *Privreda i pravo u tranziciji*, Palić, 2004, str. 35.

b) When citing the article written by more than one author, their first and last names are separated with a comma.

Example:

Jelena Kočović, Marija Jovović, „Uticaj liberalizacije i privatizacije na razvoj tržišta osiguranja u Srbiji“, *Tokovi osiguranja*, br. 1/2016, str. 5

c) The article published in edited conference proceedings or a book is cited as follows: first and last name of author, title of article enclosed in quotation marks, title of book or proceedings written in italics, word *editor* or *sub-editor*, first and last name of editor typed in parenthesis, edition number in ordinal form, place and year of publication, page number.

Example:

Vladimir Kovčić, „Stečaj akcionarskog društva za osiguranje“, *Pravo osiguranja u tranziciji* (urednici Predrag Šulejić i Jovan Slavnić), Palić, 2003, str. 56.

d) Repeated citations from the same author should include only the first initial followed by a full stop before the last name of the author and the number of the page.

Example:

Jasna Pak, pp. 57

3. Regulations

a) The regulations are cited as follows: full title of regulation, gazette in which the regulation was published typed in italics, gazette number and year of publishing, abbreviations art., par., item and/or par. and regulation number.

Example:

Law on Compulsory Traffic Insurance, *Official Gazette of the Republic of Serbia*, no.51/09, art.15

b) For every subsequent reference to the said Law, when citing the Law for the first time, please specify the abbreviation of such regulation after its full name, and this abbreviation should be used further in the text.

Example:

Insurance Law – IL, *Official Gazette of the Republic of Serbia*, no.55/04, art.38, par.2

c) Article, paragraph and item of a regulation are referred to as abbreviations art., par., item

Example:

art.35, par.5 item 8 or par.8

d) when repeating the reference to a specific regulation, please specify its full title or abbreviation introduced during the first citing, abbreviation art., item or par. and number of regulation.

Examples:

Insurance Law, art.15

IL, art.15

e)The regulations written in a language other than Serbian should be cited as follows: full title of regulation translated into the Serbian language, year of publishing and/or adoption, full title of regulation in original language, typed in italics, enclosed in brackets, optionally, the abbreviation under which the regulation will be referred to further in the text, abbreviation art., par., item or par.

Examples:

German Commercial Code 1897 (*Handelsgesetzbuch*), par. 29.

British Companies Act 2006 (*Companies Act*; referred in footnotes as: CA), art.53

4. Web sources

a) The Web sources should be cited as follows: first and last name of author and/or the organization from which the paper originates, paper title, optionally, place and year of publication, website in italics, the date when the website was accessed and page number.

Example:

Christos Gortsos, The Supervision of Financial Conglomerates under European Financial Law (Directive 2002/87/EC), 2010,

<http://fic.wharton.upenn.edu/fic/papers/09/0936.pdf>, accessed on: 16/7/2016, pp. 2

b) For repeated citations from the Web source, the first initial followed by a full stop before the last name of the author should be included, that is, the name of organization from which the paper originates, the paper title and page number.

Example:

C. Gortsos, The Supervision of Financial Conglomerates under European Financial Law (Directive 2002/87/EC), pp. 12.

Footnotes should be placed at the bottom of each page, and the list of used references should appear at the end of the article.

The rules for citing bibliography at the end of the article are slightly different in terms of placing the last name of the author first, followed by a comma, and then the first initial of the name followed by a full stop.

Example:

Žarković, N., *Glossary of Insurance Terms*, Novi Sad, 2013, pp. 100

The Editorial Board reserves the right to make any necessary changes in the papers concerning orthography, punctuation, and grammar of the Serbian and / or English language, according to the unique editing standards.

Author guidelines

**Please, email the manuscripts to *redakcija@dunav.com* or send the copy of the manuscript on a compact disc to the address of the Editorial Board:
Dunav Insurance Company a.d.o., for the Editorial Board of the Journal
Tokovi osiguranja , Belgrade, Makedonska 4**

LISTA RECENZENATA

Babić dr Ilija, Fakultet za evropske pravno-političke studije u Novom Sadu
Čolović dr Vladimir, Institut za uporedno pravo u Beogradu
Čurković dr Marijan, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Ivanjko dr Šime, član Akademije pravnih znanosti Hrvatske, profesor emeritus na Pravnom fakultetu u Mariboru
Kočović dr Jelena, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu
Nenadić dr Bosa, sudija Ustavnog suda Republike Srbije od 2007. do 2016. godine
Pak dr Jasna, Univerziteta „Singidunum“ u Beograd
Petrović Tomić dr Nataša, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu
Radenković dr Božidar, Fakultet organizacionih nauka Univerziteta u Beogradu
Radović dr Zoran, naučni saradnik, Institut za uporedno pravo u Beogradu
Rakonjac Antić dr Tatjana, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu
Slavnić dr Jovan, Ekonomski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, počasni predsednik Udruženja za pravo osiguranja Srbije
Žarković dr Nebojša, Univerzitet „Džon Nezbit“ u Beogradu
Vidaković dr Milovan, član Naučnog društva Srbije

REFEREES

Babić Ilija, PhD, Faculty of European Legal and Political Studies in Novi Sad
Čolović Vladimir, PhD, Institute of Comparative Law, Belgrade
Čurković Marjan, PhD, Faculty of Law, University of Zagreb
Ivanjko Šime, PhD, member of Croatian Academy of Legal Sciences, Professor Emeritus at University of Maribor
Kočović Jelena, PhD, Faculty of Economics, University of Belgrade
Nenadić Bosa, PhD, Judge of Constitutional Court of the Republic of Serbia from 2007 to 2016
Pak Jasna, PhD, Singidunum University, Belgrade
Petrović Tomić Nataša, PhD, Faculty of Law, University of Belgrade
Radenković Božidar, PhD, Faculty of Organizational Sciences in Belgrade
Radović Zoran, PhD, Institute of Comparative Law, Belgrade
Rakonjac Antić Tatjana, PhD, Faculty of Economics, University of Belgrade
Slavnić Jovan, PhD, Faculty of Economics of the University of Novi Sad, Honorary President of the Insurance Law Association of Serbia
Žarković Nebojša, PhD, John Naisbitt University, Belgrade
Vidaković Milovan, PhD, Member of the Serbian Scientific Society

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

368

TOKOVI osiguranja : časopis za teoriju i praksu osiguranja = Insurance trends : journal of Insurance theory and practice / glavni i odgovorni urednik Dragica Janković. – God. 16, br. 1 (okt. 2002)– . – Beograd : Kompanija „Dunav osiguranje“ : Institut za uporedno pravo, 2002– (Beograd : Službeni glasnik). – 24 cm

Tromesečno. – Tekst na srp. i engl. jeziku. – Je nastavak:
Осигурање у теорији и пракси = ISSN 0353-7242
ISSN 1451-3757 = Tokovi osiguranja
COBISS.SR-ID 112095244



**DUNAV
OSIGURANJE**