

dr Mirjana Glintić¹

ODNOS PRESTACIJA OSIGURAVAČA PO OSNOVU VIŠE UGOVORA O OSIGURANJU LICA

Apstrakt

Usled raznolikosti i dostupnosti proizvoda osiguranja na tržištu situacije u kojima je jedno lice osigurano po osnovu više ugovora o osiguranju postale su neminovnost. Zakoni uglavnom sadrže pravila o odnosu davanja po osnovu više ugovora o imovinskim osiguranjima, dok se teoretičari uglavnom bave pitanjem odnosa davanja po osnovu ugovora o osiguranju i naknade štete. Međutim, u fokusu ovog rada nalaze se pravni odnosi koji nastaju u slučajevima kada osigurani slučaj istovremeno ne predstavlja osnov deliktne odgovornosti, a lice pogođeno osiguranim slučajem je istovremeno osiguranik po osnovu više ugovora o osiguranju licu. Tada je potrebno razmotriti odnos prestacija tzv. „neutralnih dužnika“, odnosno osiguravača po osnovu ovih ugovora.

Pravna praznina u Zakonu o obligacionim odnosima zahteva detaljniju pravnu analizu ovog pitanja, koje postaje naročito komplikovano kada se uzme u obzir i mešovita pravna priroda osiguranja lica. Pored toga, potrebno je razmotriti i odnos sa davanjima po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja iz dva razloga. Prvo zbog sličnosti prestacija, a potom i zbog specifične pravne prirode socijalnih osiguranja.

***Cljučne reči:** osiguranje lica, kumulacija, subrogacija, obavezna osiguranja, naknada štete.*

1. Uvodne napomene

Iz jednog događaja može nastati čitav niz štetnih posledica po materijalna i lična dobra jednog lica.² Broj lica odgovornih da otkloni tako nastale posledice može biti različit, u zavisnosti od toga da li je oštećeno lice prethodno zaključilo ugovor o osiguranju ili ne. Ako je to slučaj, oštećeno lice

¹ Naučni saradnik, Institut za uporedno pravo Beograd; mail: m.glintic@iup.rs

² S. Stanišić (2015), „Regres i zakonska subrogacija u osiguranju od autoodgovornosti“, *Godišnjak Fakulteta pravnih nauka Apeiron*, 84

može tražiti naknadu u parnici po osnovu građanske odgovornosti štetnika, ali i od osiguravača po osnovu zaključenog ugovora.³ Uporednopravno posmatrano, zakoni vrlo često, pa uključujući i naš Zakon o obligacionim odnosima, reguliše pitanje odnosa davanja po osnovu građanske odgovornosti za naknadu štete i davanja po osnovu ugovora o osiguranju.⁴

Osim toga, do nastupanja osiguranog slučaja može doći potpuno nezavisno od postupanja trećih lica, kada se pitanje građanske odgovornosti i naknade štete po tom osnovu ni ne postavlja. Međutim, može se desiti da je oštećeno lice zaključilo više ugovora o osiguranju ili da ima položaj osiguranog lica po više ugovora. Kako bi se izbegle nedoumice u vezi sa međusobnim odnosima i kako bi se uspostavila pravila o koordinaciji postojećih zahteva, uobičajno je da u okviru zakona bude predviđen odnos određenih davanja.⁵ ZOO, kao i većina zakona u drugim nacionalnim pravnim sistemima, isključivo reguliše odnos davanja po osnovu više ugovora o imovinskim osiguranjima propisujući pravila o višestrukum i dvosturkom osiguranju, podosiguranju i nadosiguranju.⁶ Istovremeno, odnosi davanja koja su osiguravači u obavezi da pruže osiguraniku po osnovu ugovora o osiguranju lica ostaju potpuno neregulisani.

Osnovno načelo od kog se polazi u regulisanju odnosa davanja osiguravača po osnovu ugovora o imovinskim osiguranja jeste obeštećujuće načelo. Zahvaljujući pravilima o dvostrukom, višestrukum osiguranju i nadosiguranju oštećeno lice ne može primiti više od onog što iznosi šteta, što se kod odnosa naknade štete i naknade po osnovu imovinskih osiguranja reguliše putem pravila o subrogaciji. S obzirom da se u našem zakonodavstvu polazi od stava da osiguranja lica ne mogu imati odštetni karakter,⁷ kao i da se norme o dvostrukom, višestrukum osiguranju i nadosiguranju nalaze u delu ZOO posvećenih imovinskim osiguranjima, jasno je da se ova pravila ne mogu primeniti na osiguranja lica. Stava smo da takvo

³ Kako se u fokusu ovog rada nalaze osiguranja lica, potrebno je napomenuti da u vezi sa povredom ličnih dobara, života, zdravlja, telesnog i psihičkog integriteta, može nastati i imovinska i neimovinska šteta. Ta materija je regulisana u čl. 194, 195, 201, 203 Zakona o obligacionim odnosima - ZOO, *Sl. list SFRJ*, br. 29/78, 39/85, 45/89, 57/89, *Sl. list SRJ*, br. 31/93, *Sl. list SCG*, br. 1/2003, *Sl. glasnik RS*, br. 18/2020

⁴ Čl. 939, 948 ZOO

⁵ Tako je u švajcarskom Zakonu o zakonskom osiguranju od posledica nesrećnog slučaja predviđeno da dnevne naknade više neće biti isplaćivane kada se počne isplaćivati renta. Ili da neće postojati pravo na dnevne naknade po osnovu osiguranja od posledica nesrećnog slučaja kada postoji pravo na dnevne naknade po osnovu osiguranja za slučaj invalidnosti. Art. 16, Abs. 3 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, AS 1982, 1676, letzte Veränderung AS 2018, 5343

⁶ Čl. 932 – 935 ZOO

⁷ Za teorijska obrazloženja vid. D. S. Hansell (1999), *Introduction to Insurance (Practical Insurance Guides)*, London, 189, R. Merkin (2006), *Colinvaux's Law of Insurance*, London, 761

rešenje nije do kraja pravično i ispravno, što ćemo nastojati da dokažemo u sledećim redovima.

Pored ovih pravila koja se direktno tiču ugovora o osiguranju, u opštem delu ZOO su svoje mesto našle i odredbe o solidarnoj odgovornosti više dužnika.⁸ Ipak, kao osnovi uslov uspostavljanja solidarne odgovornosti više lica predviđeno je prouzrokovanje štete, bilo zajedničkim snagama, bilo nezavisno jedni od drugih. Kako osnov odgovornosti osiguravača prema osiguraniku ne predstavlja prouzrokovanje štete, već preuzete obaveze iz ugovora o osiguranju, jasno je da se ni ova pravila ne mogu primeniti na odnose osiguravača.

Stoga se odgovor na pitanje odnosa davanja po osnovu više ugovora o osiguranju lica mora potražiti u teoriji, ali i logičkom zaključivanju. Iznalaženje rešenja je potrebno, jer se na taj način sprečava mogućnost spajanja osiguranja iste funkcije, kao i prekomernog davanja van granice štete u slučajevima kada su osiguranja lica usmerena na naknadu štete.⁹

2. Odštetni karakter osiguranja lica

Čitajući tekst ZOO stiče se utisak da su granice između osiguranja imovine i osiguranja lica jasno postvaljene i da prostor za zabunu i ne postoji. Prema stavu našeg zakonodavca, osiguranja lica ne mogu biti usmerena na otklanjanje nastale imovinske štete, kao što je to slučaj sa njihovim antipodom imovinskim osiguranjima.¹⁰ Ipak, detaljnija analiza Zakona o osiguranju i opštih uslova za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja daje drugačije signale. Za razliku od ZOO, ove odredbe ukazuju da se kod osiguranja lica obaveza osiguravača ne mora sastojati samo u isplati osigurane sume ili jednog njenog dela.¹¹ Pored te obaveze, ugovorom o osiguranju on može biti u obavezi i da naknadi određene troškove koji su, takođe, prouzrokovani osiguranim slučajem. Za razliku od osigurane sume koja je, uslovno govoreći, apstraktno određena, obim obaveze osiguravača na naknadu troškova nije unapred određen. Koliko će iznositi obaveza osiguravača, utvrdiće se tek po nastupanju osiguranog slučaja i nakon utvrđivanja njegovih posledica i njihove težine. Iako je gornja granica obaveze osiguravača ugovorena, ona ni ne mora biti dosegnuta. Dakle, kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i osiguranja od posledica nesrećnog slučaja može se prepoznati merljiv osiguranik interes, koji predstavlja osnovu obaveze za naknadu štete. Imovinski interes postoji s obzirom da je posledice oštećenja zdravlja ili telesnog integriteta uopšte moguće otkloniti medicinskim tretmanima. On je novčano izražen kroz potrebu za

⁸ Čl. 206 ZOO.

⁹ A. Maurer (1985), *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Bern, 413

¹⁰ Čl. 925, st. 1 ZOO

¹¹ Upor. čl. 942 ZOO i čl. 9, st. 2, 3 Zakona o osiguranju – ZO, *Sl. glasnik RS*, br. 139/14,

naknadom troškova lečenja. Bojazan da će nastupiti ekonomske posledice usled povrede osiguranog interesa ključni su razlog zašto je uopšte i došlo do zaključenja ugovora o osiguranju. Može se reći da ipak postoji potreba da se zaštititi imovina od nužnih troškova.¹² Ta potreba osiguranika je zasnovana na njegovom osiguranom interesu i u skladu sa kojom se potom određuje i obim obaveze osiguravača.¹³ Stoga, neophodan uslov punovažnosti zahteva za naknadu troškova lečenja treba da je postojanje osiguranog interesa. Samo kod onih vidova osiguranja lica kod kojih obaveza osiguravača nije usmerena na eliminisanje štete ne može se tražiti postojanje interesa kao uslov punovažnosti ovih ugovora.¹⁴ To je slučaj sa osiguranjima života, pa čak i onda kada su usmerena na otklanjanje konkretnih rizika.

Na osnovu iznetog se može zaključiti da ovakva sadržina obaveze osiguravača kod osiguranja lica daje pojedinim osiguranjima lica posebnu, mešovitu, pravnu prirodu. Ta pravna priroda može biti i odštetna, a ne samo svotna, odnosno usmerena na isplatu unapred određene osigurane sume, kako se dugo smatralo.¹⁵

Navedeni elementi složene pravne prirode osiguranja lica zahtevaju da se i kod regulisanja davanja po osnovu više ugovora o osiguranju lica, mora se poći od funkcije, smisla i svrhe prestacije osiguravača.¹⁶ Usmerenost osiguravača na otklanjanje posledica nastanke štete kod odštetnih osiguranja lica, odnosno odsustvo takve ideje kod svotnih osiguranja lica dalje opredeljuje pravni režim primenjiv na odnos više davanja po osnovu ugovora o osiguranju lica. Ako se ne bi vodilo računa o navedenom faktoru, ostvarenje osiguranog slučaja bi predstavljalo priliku za obezbeđenje boljeg materijalnog stanja osiguranika u odnosu na njegovo materijalno stanje pre nastupanja posledica osiguranog

¹² Vid. K. Sieg (1988), *Allgemeines Versicherungsrecht*, Wiesbaden, 46

¹³ C. Armbrüster (2013), *Privatversicherungsrecht*, Tübingen, 120

¹⁴ Tako i M. Wandt (2009), *Versicherungsrecht*, Frankfurt am Main, 243

¹⁵ Za detaljnija razmatranje o pravnoj prirodi osiguranja od posledica nesrećnog slučaja i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, vid. K. Wagner, (1978), „Unfallversicherung“, *Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Einschluß des Versicherungsvermittlerrechtes* (Hrsg. Ernst Bruck, Hans Möller), Berlin, New York, 71, H. Dörner (2017), „§ 178 Unfallversicherung“, *Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz*, Band 2 §§ 100-216 (Hrsg. Theo Langheid, Manfred Wandt), München, 1115. Takođe, J. Slavnić (2010), „Уговор о добровољном здравственом осигурању као предмет законског регулисања – Прилог расправи о регулисању уговора о осигурању у новом Грађанском закону Србије“, *Зборник радова Европске (ЕУ) реформе у праву осигурања Србије*, 196 – 215, J., Göbel, L. Köther (2013), „Der „Regress des Krankenversicherers“- Prozessuale Besonderheiten: Aktiv- und Passivlegitimation bei bereicherungsrechtlichen Rückforderung“, *Versicherungsrecht*, 1085

¹⁶ M. Glintić (2019), *Pravna priroda prava na isplatu osigurane sume kod osiguranja lica*, doktorska disertacija, Beograd, 241

slučaja. Tada je izvršenje prestacije od strane jednog osiguravača prepreka za izvršenje prestacije od strane ostalih osiguravača. U suprotnom, jedno lice osigurano i po osnovu ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja i po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, bi moglo po dva osnova da zahteva da mu se naknade troškovi lečenja, čime bi se dala pravna snaga prekomernom obeštećenju.¹⁷

U slučajevima kada pak takve prepreke nema, onda kada u kontakt dođe više svotnih osiguranja lica, isti interes može biti obezbeđen više puta. Prestacija svakog osiguravača postoji sama za sebe, nezavisno od ostalih prestacija sa istim predmetom.¹⁸ Na taj način se otvara put za primenu pravila o kumulaciji prestacija, iako je poverilac isti interes više puta učinio predmetom obaveze prema njemu.¹⁹

3. Kumulacija osiguranih suma po osnovu više osiguranja lica svotnog karaktera

Opravdanje za dozvoljenost kumuliranja više različitih osnova za isplatu osigurane sume kod osiguranja lica svotnog karaktera se može pravdati činjenicom da svrha zaključivanja tih ugovora nije zaštita učesnika ugovornog odnosa, već da se ona sastoji u pružanju osiguraniku novčanog iznosa koji nije zavistan od visine štete niti je usmeren na ostvarivanje štednje. Ekonomska korist koju stiče osiguranik, ako se uopšte može tako nazvati s obzirom da je reč o povredi ličnih, nematerijalnih, dobara, predstavlja samo „kolateralnu“ posledicu, a nikako primarni cilj zaključenja jednog ugovora o svotnom osiguranju.²⁰ Znos ostvaren kumulacijom ne vodi nikakvoj mogućnosti povrede obeštećujućeg načela, jer ni

¹⁷ Potrebno je naglasiti da naša pravna literatura i sudska praksa dugo vremena nisu dozvoljavali kumuliranje iznosa nezavisno od osnova njihove isplate, jer se smatralo da se time dozvoljava neosnovano obogaćenje oštećenog lica. Upor. Presuda Vrhovnog suda Bosne i Hercegovine, Gž. 458/68, od 14. novembra 1968. godine (Zbirka sudskih odluka, knjiga četrnaesta, sveska prva, 1969, odluka pod brojem 25) i Presuda Vrhovnog suda Jugoslavije, Gž. 32/67 od 21. jula 1967. godine (Zbirka sudskih odluka, knjiga dvanaesta sveska treća, 1967, odluka pod brojem 341). Slični stavovi o dozvoljenosti kumulacije prava na osiguranu sumu i naknadu štete se mogu naći i u nemačkoj pravnoj literaturi. Vid. I.Rokas, (1975), *Summenversicherung und Schadenersatz*, Berlin. Takođe, G.Winter (2013), „Lebensversicherung (§§ 159-178 VVG)“, *Versicherungsvertragsgesetz, Großkommentar* (Hrsg. Horst Baumann, Roland Michael Beckmann, Katharina Johannsen et al.), Band 8/1, Berlin, Boston, 104

¹⁸ W.Selb (1984), „Mehrheiten von Gläubigern und Schuldern“, *Handbuch des Schuldrechts im Einzelarstellung* (Hrsg. Joachim Gernhuber), Tübingen, 16-17

¹⁹ *Ibid*

²⁰ R.Gärtner, (1970), *Bereicherungsverbot: Eine Grundfrage des versicherungsrechts*, Berlin, 64

ne postoji relevantna šteta sa kojom bi se taj iznos mogao uporediti.²¹ Prilikom ugovaranja osigurane sume radi se zapravo o proceni subjektivnih rizika od strane osiguranika i u kojoj meri smatra da je izložen osiguranim rizicima.²²

Ovakva ideja u osnovi zaključenja ugovora o osiguranju lica postoji samo u onim slučajevima kada se obaveza osiguravača sastoji u isplati osigurane sume kod osiguranja života i osiguranja od posledica nesrećnog slučaja, za slučaj nastupanja invaliditeta ili njegovog procenta, kao i u slučaju isplate paušalno određenih dnevnih naknada.

Nasuprot tome, kada se obaveza osiguravača sastoji u naknadi štete koji se javljaju u formi naknade troškova lečenja, dozvoljavanje kumuliranja više pravnih osnova za isplatu osigurane sume bi doveo do nepravičnih rešenja, a prostor za zloupotrebu bi se nesmetano širio. Kako vreme prolazi, tako su izdaci za lečenje sve veći, a dobit za osiguranika bi rasla. Na taj način bi došlo ne samo do neosnovanog obogaćenja, već bi time bili prouzrokovani i demolarišući učinci po osiguravače.²³

4. Odnos davanja po osnovu više ugovora o osiguranju lica odštetnog karaktera

Primena predstavljenog pravila o dozvoljenosti kumuliranja više pravnih osnova za izvršenje obaveze osiguravača po osnovu više ugovora o osiguranju lica odštetnog karaktera značio bi povećanje subjektivnog rizika da se postojanje bolesti ili posledica nesrećnog slučaja može iskoristiti za sticanje ekonomske dobiti naplaćujući se od više osiguravača. Usled odštetnog karaktera prestacije osiguravača usmerene na naknadu troškova ili troškova sahrane²⁴ mogu nastati situacije u kojoj zbir suma osiguranja prelazi iznos osigurane vrednosti, ako se

²¹ U literaturi se može naići na stav da međusobna nezavisnost prava na isplatu osiguranih suma po osnovu više ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja, čak i kada su svotnog tipa, može biti ograničena u slučaju da ugovarač osiguranja prećuti da je već zaključio jedan ili više ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja. Namerno prećutkivanje ove činjenice daje osnov ostalim osiguravačima za pravo da zahtevaju poništaj ugovora. Vid. K.Wagner, 112

²² W. Münchbach (1976), *Regreßkonstruktionen in Schadensfällen, Inhalt und Begrenzung des § 255 BGB zur Gesamtschuld*, Berlin, 81, U.Hillenkamp (1966), *Zur Lehre von der unechten Gesamtschuld*, Hamburg, 116-122, 135-136

²³ U literaturi se ističe da bi se time osiguranje od posledica nesrećnog slučaja približilo igrama na sreću, pri čemu bi bile učinjene pravno valjanim i zasnovanim na zakonu. Vid. P.Hiestand (2010), „Der Schadenersatzanspruch des Versicherers gegenüber dem Urheber der Körperverletzung oder Tötung des Versicherten“, *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft*, 404-406

²⁴ K.Wagner, 93

ne bi ograničilo pravo osiguranika da se naplati po više osnova usled povrede njegovih ličnih dobara.

Kako su ova osiguranja usmerena na naknadu štete kao i imovinska osiguranja, na njih bi se morala primeniti pravila o o višestrukim, dvostrukim osiguranjima i nadosiguranjima. Međutim, da bi došlo do primene navedenih pravila, potrebno je da osiguravači nude iste prestacije po osnovu svih ugovora.²⁵ Ako bi, na primer, po osnovu jednog ugovora, osiguravač nudio naknadu troškova boravka u bolnici, a po drugom naknadu troškova ambulantskog preduzimanja određenog medicinskog postupka, ne bi imalo mesta primeni ovih pravila.

Zaključivanje više ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja, kod kojih će se prestacija osiguravača koristiti za otklanjanje nastale štete znači da osiguranik od svakog pojedinačnog osiguravača može zahtevati naknadu štete prema svakom zaključenom ugovoru, ali ne preko iznosa nastale štete.²⁶ Tada suštinski svi osiguravači odgovoraju solidarno i svaki snosi deo naknade.²⁷ U kojoj srazmeri će svaki od osiguravača učestvovati u naknadi troškova određuje se prema srazmeri u kojoj stoji suma osiguranja na koju se on obavezao prema ukupnom zbiru suma.

Kako pravo na naknadu troškova može proistići i ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja i ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, potrebno je razmotriti i međusobni odnos prestacija osiguravača u ovim slučajevima. S obzirom da je reč o odštetnom karakteru i jednog i drugog osiguranja u ovom slučaju, jasno je da postoji zabrana obogaćenja i da ove osnove oštećeno lice ne može kumulirati.

Kako je u nemačkom pravu uspostavljen redosled odgovornosti osiguravača u skladu sa kojim je osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja supsidijerno odgovoran u odnosu na osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,²⁸ u njihovoj literaturi se pokrenulo pitanje dozvoljenosti međusobnog regresa ovih osiguravača.²⁹ Jasno je da su i osiguravač po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i osiguranja od posledica nesrećnog slučaja u obavezni prema osiguraniku da mu

²⁵ Dodatni uslov da bi se uopšte smatralo da postoji višestruko osiguranje jeste da je osiguran isti interes od iste opasnosti, za isti vremenski period, a da pritom ukupan iznos osigurane sume prelazi ukupnu osiguranu vrednost i ukupan iznos štete.

²⁶ Čl. 934, st. 2 ZOO

²⁷ Čl. 934 ZOO

²⁸ Reichausfichtsamt für Privatversicherung mit Rundschreiben R 45/42 vom 13.06.1942.

²⁹ Zapravo, cela rasprava je krenula od pitanja prvo da li pravila o regresu treba ograničiti samo na prava oštećenog lica prema trećim licima koja nemaju status osiguravača. Tek potom se rasprava proširila i na pitanje odnosa osiguravača. Vid. K. Sieg, (1973), „Kumul der Leistungen, Regreß und Subrogation in der privaten und in der staatlichen Versicherungen“, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*.

naknade štetu. Nemački teoretičari su zauzeli stav da bi neprimena pravila o prelazu prava na osiguravača iz osiguranja od posledica nesrećnog slučaja prema osiguravaču iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja značila pravno neosnovano obogaćenje osiguravača po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, ako bi obavezu ispunio samo osiguravač po osnovu ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja.³⁰

Međutim, stava smo da, ako bi se prihvatilo pravilo o primarno odgovornom osiguravaču po osnovu dobrovoljno zdravstvenom osiguranju, osiguravač po osnovu ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja bi imao pravo na regres prema osiguravaču iz zdravstvenog osiguranja samo ako je nepravično odbio da izvrši naknadu štete. U ostalim slučajevima ne bi postojalo pravo regresa sekundarno odgovornog osiguravača, jer svaki sledeći osiguravač odgovara samo kao dopunski u odnosu na prethodnog, pa je mogućnost regresa primarno odgovornog osiguravača prema svim sledećim isključena.³¹

5. Odnos davanja po osnovu ugovora o dobrovoljnom osiguranju lica sa davanjima po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja

Lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili osiguranju od posledica nesrećnog slučaja po pravilu će biti osigurano i po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Kada se u osnovi obaveze osiguravača i po osnovu dobrovoljnog i po osnovu obaveznog osiguranja nalazi isti „zadatak“, mora se postaviti pitanje njihovog odnosa. I to iz istih onih razloga zašto se razmatra odnos davanja po osnovu više ugovora o osiguranjima lica.

Ipak, treba voditi računa o činjenici da obaveza osiguravača po osnovu socijalnog osiguranja može biti i u formi naturalne i u formi novčane prestacije.³² Kada je prestacija osiguravača u formi naturalne prestacije, tj. usluge, tada osiguranik nije ni u kakvom odnosu prema onome ko pruža uslugu, na primer, sa lekarom. Osiguranik ne trpi nikakvu štetu i iz tog razloga njegov osiguravač po osnovu osiguranja lica odštetnog karaktera nije u obavezi da izvrši bilo kakvu prestaciju. U tim slučajevima se onda pitanje odnosa prestacija osiguravača ni ne postavlja, jer se ni ne preklapaju, tako da ne postoji ni mogućnost nastanka prekomernog obeštećenja.

Ako je pak prestacija osiguravača po osnovu socijalnog osiguranja novčana, odnosno takva da je usmerena na naknadu troškova i izgubljene zarade, onda je osiguranik dužnik onoga ko pruža uslugu, a tek potom dobija refundaciju po osnovu socijalnog osiguranja. Iz tog razloga se može reći da osiguranik trpi

³⁰ K.Wagner, 113

³¹ *Ibid*

³² U našem pravu su oba vida prestacije regulisana čl. 52, 71 Zakona o zdravstvenom osiguranju - ZZO, *Sl. glasnik RS*, br. 25/2019.

određenu imovinsku štetu. Zato je i privatni osiguravač osiguranika po osnovu osiguranja lica odštetnog karaktera u obavezi da izvrši svoju prestaciju.³³

Preovlađajuće mišljenje je da su socijalna osiguranja odštetnog karaktera, odnosno da su uvek usmerena na naknadu izgubljene zarade, pa čak i kada je obaveza osiguravača paušalno određena.³⁴ Osnovni razlozi zašto se ona shvataju kao odštetna jesu različita svrha u odnosu na privatna osiguranja, kao i drugačiji način poslovanja. Kod socijalnog osiguranja osiguranik ne plaća samostalno premije, tako da posledice ostvarenja osiguranog slučaja „padaju“ na teret poslodavca i na teret države, koja organizuje socijalno obavezno osiguranje. Može se reći da bi bilo nepravično dozvoliti kumulaciju više osnova davanja u tim slučajevima, jer bi se osiguranik obogatio, ostvario dobit višu od štete, na teret države i poslodavca.³⁵ Iz tog razloga je potrebno razmotriti odnos davanja po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja i osiguranja lica odštetnog karaktera.

Kao što je predstavljeno u delu posvećenom odnosu više osiguranja lica odštetnog karaktera, odnosi njihovih davanja su regulisani u skladu sa pravilima o višestrukum i dvostrukom osiguranju i nadosiguranju. Međutim, odnosi između davanja po osnovu socijalnog osiguranja i dobrovoljnih davanja ne mogu se regulisati po osnovu ovih pravila, jer se radi o institutima iz oblasti privatnog osiguranja koji se ne mogu primeniti na socijalna osiguranja.³⁶ Iz tog razloga se postavlja pitanje odnosa ovih davanja, odnosno da li osiguranik mora poštovati određeni redosled u kom će se naplatiti od osiguravača.

U teoriji se može naći i na stav da osiguranik ima pravo izbora od kog od ovih osiguravača će se naplatiti.³⁷ Međutim, kako se najčešće postavlja

³³ Vid. detaljnije S. Fuhrer (2011), *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, Zürich, Basel, Geng, 317

³⁴ I naše zakonodavstvo obavezno zdravstveno osiguranje određuje kao odštetno, što proizilazi iz odredbi Zakona o zdravstvenom osiguranju: čl. 219, 220 ZZO. Navedeni stav je potvrđen i u uporednom pravu, gde se često mogu naći odredbe o prelasku prava oštećenog lica prema štetniku na nosioca zdravstvenog, rentnog osiguranja ili osiguranja pružanja nege, dok god između zahteva za naknadu štete i socijalnog davanja postoji vremenska i predmetna kongruencija. Vid. § 116 SGB. Art. 29, 31 Loi Badinter, Nr. 85-667 v. 5.7.1985. Čl. 1916 italijanskog Građanskog zakonika. Upor. S.Krahe, P.Le Roy (1999), „Personenschaden im europäischen Vergleich,“ *Die Grundlagen und die Praxis des Personenschadensersatzrechts unter Berücksichtigung der Haftungsfolgen für Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherer sechs europäischer Länder im Vergleich*, Karlsruhe, 34

³⁵ Ako bi se radilo o nezgodama van radnog mesta, osiguranje kod kojih radnik samostalno snosi troškove bi pružalo osnov za dozvoljenu kumulaciju. E.Schmitt (1941), *Das Regressrecht des Versicherers*, Uster, 71

³⁶ Ovo pitanje se neće postavljati kada u „dodir“ dođu socijalno osiguranje i privatno osiguranje lica svotnog karaktera, jer se ovi osnovi mogu kumulirati usled različite svrhe prestacija osiguravača. Tako i S. Fuhrer, 410

³⁷ E.Tauer, C. Linden (1965), *Private Krankenversicherung*, Wiesbaden, 149

pitanje odnosa davanja po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i obaveznog zdravstvenog osiguranja, stava smo da je navedeni stav neopravdan. Naime, odnos između ovih davanja je regulisan u zavisnosti od toga da li je reč o dopunskom, dodatnom ili privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Njihov odnos sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem je već zakonski regulisan u zavisnosti za koju funkciju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se ugovarač osiguranja odlučio.³⁸ Zajednički činilac svih sistema dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jeste da je prostor njihove primene ograničen pravilima važećim za obavezno zdravstveno osiguranje, a koja su imperativnog karaktera. U skladu sa njima u prvom redu postoji obaveza osiguravača po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, a tek potom kao dopuna u različitim oblicima nastaje obaveza osiguravača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Uslovno govoreći, prednost osiguravača iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može se teorijsko – pravno objasniti i momentom nastanka prava na subrogaciju.³⁹ Kako pravo na regres socijalnog osiguravača nastaje u trenutku ostvarenja osiguranog slučaja, a privatnog osiguravača u trenutku kada izvrši svoju obavezu prema osiguraniku, tako se može zaključiti da socijalni osiguravač ima prednost u odnosu na osiguravača po osnovu ugovora o privatnom osiguranju.⁴⁰

Dakle, u slučajevima kada dođe do preklapanja obaveznog i dobrovoljnog osiguranja, postoji supsidijerna odgovornost osiguravača po osnovu dobrovoljnog osiguranja. Takvo pravilo je ustanovljeno u analiziranim opštim uslovima osiguranja od posledica nesrećnog slučaja, koji predviđaju da osiguranik ima

³⁸ O alternativnoj, suplementarnoj i komplementarnoj funkciji dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, vi. K. Jovičić (2014), „Osnovna pitanja zdravstvenih sistema u evropskim zemljama“, *Sistemi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, Uporednopravna analiza u evropskim zemljama*, Beograd, 35

³⁹ To se može slikovito objasniti na sledećem slučaju. Nastupi nesrećni slučaj i osiguranik po osnovu dobrovoljnog osiguranja od posledica nesrećnog slučaja primi naknadu troškova lečenja. Tada je pravo osiguravača po osnovu tog ugovora na regres „blokirano“, jer je pravo na regres socijalnog osiguravača nastalo već u trenutku ostvarenja osiguranog slučaja. Stoga se mora zahtevati od osiguranika da se, ako je primio punu naknadu troškova od privatnog osiguravača, odrekne prava prema socijalnom osiguravaču. Vid. K.Wagner, 114. Takođe, H. Möller, S. Segger (2017), „§ 86 Übergang von Ersatzsprüchen“, *Müncher Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz*, Band 1 §§ 1-99 (Hrsg. Theo Langheid, Manfred Wandt), München 2017, 1429

⁴⁰ Nasuprot ovog stava u teoriji se može naći i na stav da svi osiguravači koji su u obavezi prema osiguraniku, i po osnovu obaveznog i po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, čine zajednicu u okviru koje su svi zahtevi za regres međusobno jednaki. Potom se raspodela zahteva za regresom vrši prema srazmeri izvršene prestacije. Iz tog razloga upor. K.Wagner, 114. Takođe, H. Möller, S. Segger, 1429 i A.Maurer, 415

pravo na naknadu troškova lečenja po osnovu tog osiguranja samo ako nema pravo na naknadu troškova po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.⁴¹ Takođe, u opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao osnov isključenja obaveze osiguravača kod ovog osiguranja predviđeno je postojanje socijalnog osiguranja.⁴² Ukoliko bi osiguranik imao pravo da podnese zahtev za naknadu troškova nosiocima obaveznog zdravstvenog osiguranja, utoliko bi bilo ograničeno njegovo pravo da se obrati osiguravaču po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u pogledu kongruentnih zahteva. Osiguraniku dakle stoje na raspolaganju prava iz dobrovoljnih osiguranja samo u onoj meri u kojoj ta prava nije prvobitno ostvario po osnovu socijalnih osiguranja.⁴³

Međutim, postavlja se pitanje u kojoj meri su ovi osnovi isključenja obaveze osiguravača u našim uslovima osiguranja opravdani. Naime, iz načina na koje se ove klauzule definisane u opštim uslovima osiguranja od posledica nesrećnog slučaja i opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje proizilaze da je obaveza osiguravača uvek isključena kada su u kontaktu sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem. I u slučajevima kad je njihova obaveza usmerna na naknadu troškova lečenja, ali i na isplatu dnevnih naknada. Stava smo da mesta primeni ovog osnova isključenja ima samo onda kada je prestacija osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju usmerena na naknadu troškova lečenja, jer je ona odštetnog karaktera. U onim slučajevima pak kada je osiguravač u obavezi da izvrši isplatu dnevnih naknada ne postoji razlog da on tu svoju obavezu ne izvrši, jer je ona svotnog karaktera. Zanimljivo je pomenuti da nemački osiguravači u uslovima osiguranja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje usmereno na pokrivanje troškove lečenja predviđaju navedeni osnov isključenja. Istovremeno je takva odredba izostala u opštim

⁴¹ Čl. 10, st. 4 Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), Generali Osiguranje Srbije a.d.o.

⁴² Čl. 14, st. 9 Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, Generali Osiguranje Srbije. Slično pravilo se može naći i u švajcarskom pravu, gde kada lice obavezno osigurano od posledica nesrećnog slučaja i ima dobrovoljno zdravstveno osiguranje i smešteno je na bolničko lečenje, tada osiguravač po osnovu obaveznog osiguranja od posledica nesrećnog slučaja mora da izvrši svoju prestaciju kao da dobrovoljno zdravstveno ne postoji. Vid. A. Maurer (1985), 536

⁴³ U pravu osiguranja Republike Srbije ostaje kao otvoreno i nejasno pitanje statusa prava obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem kod onih lica koja su zaključila privatno zdravstveno osiguranje, jer su isključena iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. U skladu sa čl. 6, st. 2, t. 3 ZZO privatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno, što bi značilo da ova lica ne bi mogla da realizuju prava obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Kako bi se na taj način u potpunosti obesmisllila svrha privatnog zdravstvenog osiguranja, mišljenja smo da ovo pravilo važi samo za dodatno i paralelno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Tako i J. Šantrić (2013), *Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji – stanje i finansijska perspektiva*, doktorska disertacija, Beograd, 174

uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje usmereno na isplatu dnevnih naknada.⁴⁴

Naime, odlučivši se za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja ili dobrovoljno zdravstveno osiguranje koja obuhvataju i isplatu dnevne naknade, osiguranik samo nastoji da sebi ili svojim naslednicima obezbedi određeni novčani iznos, kojim se može slobodno raspolagati. Osiguranik je, zapravo, ovlašćen da lično odredi visinu potrebe proizašle iz osiguranog slučaja, a na osiguravaču je samo da je prihvati.⁴⁵

Neosporno da je ideja koja se nalazi u osnovi isplate određenih dnevnih naknada jeste naknada izgubljene zarade,⁴⁶ kao što je slučaj sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Međutim, iznos dnevnih naknada se ne određuje u skladu sa konkretnim iznosima zarade koja je izostala usled ostvarenja osiguranog slučaja. Relevantno je broj dana koji tabele dnevnih naknada predviđaju za lečenje utvrđene konkretne posledice. Pritom, bez značaja je koliko je stvarno trajalo lečenje konkretne posledice.⁴⁷ Osiguravač je samo u obavezi da isplati unapred određeni iznos za svaki dan prolazne nesposobnosti za rad ili za unapred definisani broj dana.⁴⁸ Niti ugovarač osiguranja mora da dobijenu sumu koristi upravo za tačno određenu svrhu, niti postoji kakvo sredstvo kontrole njihove upotrebe.⁴⁹ Isto važi i za isplatu dnevnih naknada za vreme boravka u bolnici, tzv. bolničkih dan.

Osim toga, o naknadi stvarno izgubljene zarade bi se moglo govoriti samo onda kada bi se obaveza osiguravača automatski prilagođavala promenama primanja osiguranika, što tarife nikad ne čine.⁵⁰ Na kraju, osiguranik nije u obavezi da prijavljuje svako smanjenje svojih prihoda, niti osiguravač ima pravo na smanjenje svoje obaveze prema osiguraniku ako zarada ne izostane u iznosu ugovorenih dnevnih naknada.

Iz toga proizilazi votni karakter prestacije dobrovoljnih osiguravača, koja se sastoji u isplati dnevnih naknada. Usled toga ne bi trebalo da postoji ograničenje da se osiguranik naplati i po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili osiguranja od posledica nesrećnog slučaja, ali i obaveznog zdravstvenog osiguranja.

⁴⁴ Upor. § 5 abs. 3 MB/KK i § 5 MV/KT.

⁴⁵ W.Grimm (2016), *Unfallversicherung, Kommentar zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) mit Sonderbedingungen*, München, 65

⁴⁶ H. Dörner (2017), 1115

⁴⁷ Čl. 15, st. 11 Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), Generali osiguranje Srbija a. d. o.

⁴⁸ Čl. 2, st. 6 Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), Generali osiguranje Srbija a. d. o.

⁴⁹ O uporednopravnim sličnim rešenjima vid. J.Slavnić, 196 – 215

⁵⁰ Upor. H.Weyers, M.Wandt, (2003), *Versicherungsvertragsrecht*, München, 230

6. Zaključni osvrt

Prilikom odlučivanja o odnosu davanja po osovu više ugovora o osiguranju lica potrebno je otići korak nazad i ustanoviti koji su to uopšte motivi bili za zaključenje svakog pojedinačnog ugovora o osiguranju lica. Tek u zavisnosti od tog kriterijuma će se moći odrediti prestacije osiguravača u skladu sa kojima će se odrediti i pravna priroda jednog osiguranja lica kao svotno ili odštetno. Dugo je dominiralo stanovište da taj motiv može biti samo naknada iz osiguranog slučaja konkretno nastale štete. Ipak, vremenom se počeo prihvatati i stav da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju osiguranik uopšte ne mora biti motivisan željom da otkloni kakvu štetu, već samo želja da sebi ili članovima porodice obezbedi određeni novčani iznos, nezavistan od konkretnih okolnosti slučaja.

Kod osiguranja od posledica nesrećnog slučaja i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja figuriraju oba motiva za zaključenje ugovora, usled čega se ova osiguranja lica mogu oceniti i kao svotna i kao odštetna. Prisutnost kompenzacione crte u njihovoj pravnoj prirodi zahtevala je da se pristupi detaljnijoj analizi odnosa prestacija osiguravača po osnovu potencijalno više zaključenih ugovora o osiguranju lica. Neograničeno dozvoljavanje kumuliranja ovih pravnih osnova dovelo bi do pravno neosnovanog obogaćenja usled nesrazmere između povređenog dobra i ostvarene naknade. U onim slučajevim kada je obaveza osiguravača usmerena na naknadu štete, ta šteta se mora uzeti u obzir kao parametar obaveze osiguravača, kao što je to slučaj sa imovinskim osiguranjima. Tada se odnosi davanja po osnovu odštetnih osiguranja lica moraju regulisati u skladu sa pravima o višestrukum, dvostrukom osiguranju i nadosiguranju.

Nasuprot tome, mogućnost kumulacije više pravnih osnova princip kumulacije postoji onda kada pored svotnog osiguranja postoje i neka druga prava osiguranika kao oštećenog lica prema trećim licima iz istog događaja.⁵¹ To važi i za onaj slučaj kada se „sretnu“ svotno i odštetno osiguranje lica, osim ako zakonom ne bude drugačije predviđeno, ali i onda kada su u obavezi osiguravač po osnovu svotnog osiguranja lica i obaveznog zdravstvenog osiguranja.⁵² Prihvatanje drugačijeg pravila značilo bi oslobođenje od obaveze osiguravača po osnovu odštetnog osiguranja, jer bi sve obaveze ispunio osiguravač po osnovu svotnog osiguranja. Time bi se povredila sinalagmatičnost ugovora o osiguranju, koje bi se pretvorilo u osiguranje od odgovornosti osiguravača po osnovu odštetnog osiguranja.⁵³

⁵¹ Fuhrer S. (2011), 313. Takođe, Maurer A., 410, 412.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Tada se osiguravač iz odštetnog osiguranja posmatra kao štetnik odgovoran po osnovu građanske odgovornosti i na taj način se dalje rešava odnos sa svotnim osiguranjem.

* * *

**THE RELATION BETWEEN INSURERS' LIABLILITES STEMMING
FROM SEVERAL INSURANCE OF PERSONS CONTRACTS**

Summary

Due to the diversity of available insurance products on the insurance market, situations in which one person concludes several insurance contracts have become inevitable. Laws generally contain rules on multiple insurance which are applicable to property insurances, while legal theory mainly deals with the issue of relations between benefits arising from one insurance case which is a damage event at the same time.

However, focus of this paper are the legal relations arising from situation where an insurance case does not represent the foundation of tortious liability and a damaged has concluded several contracts on insurances of persons. A necessary matter of consideration are the relations between contractual duties of these insurers. The legal gap on this issue in the Law of Contracts and Torts requires a more detailed analysis, especially when one takes into consideration that insurance of persons can have mixed legal nature. In addition, relations between insurance of persons and social insurances need to be reconsidered for two reasons. First, because of the similarity of benefits, and second because of the specific legal nature of social insurance.

Key words: Insurance of persons, Accumulation, Subrogation, Compulsory Insurance, Damage Indemnification.