



Pravo osiguranja — sudska praksa Bosne i Hercegovine

Član 88. Zakona o osiguranju imovine i lica

KADA JE DOMAĆE OSIGURANJE (U KONKRETNOM PREDMETU TUŽENI „UNIQA OSIGURANJE“) IMALO SAMO OVLAŠTENJE DA U VANSUDSKOM POSTUPKU OBRADI I LIKVIDIRA U ULOZI KORESPODENTA ŠTETU, TO NE MOŽE UTICATI NA MATERIJALNO-PRAVNI ODNOS U POGLEDU STVARNE LEGITIMACIJE TUŽENOG KAO ČLANA BIROA U NASTALOM SUDSKOM SPORU, PA JE ZA NAKNADU ŠTETE PASIVNO LEGITIMISAN BIRO ZELENE KARTE, KAO OBVEZNIK OSIGURANJA.

Iz obrazloženja:

U toku postupka bilo je sporno da li tuženi („Uniqa osiguranje“ d.d. Sarajevo) odgovara za predmetnu štetu koju je prouzrokovalo vozilo strane registarske oznake, a koje je posjedovalo policu inostranog osiguravajućeg društva SALZBURGER LANDES-VERSICHERUNG.

Prema članu 88. Zakona o osiguranju imovine i lica („Službene novine FBiH“, br. 2/95) propisano je da oštećena osoba, kojoj je šteta nanesena upotrebom vozila sa inostranom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od automobilske odgovornosti iz člana 85. stav 1. ovog zakona, podnosi odštetni zahtjev Birou za osiguranje. Stavom 2. te zakonske odredbe propisano je da obradu i isplatu ovih šteta Biro za osiguranje može povjeriti svojim članovima ili specijaliziranim organizacijama koji su dužni odštetni zahtjev obraditi i likvidirati u skladu sa međunarodnim sporazumima o osiguranju motornih vozila.

Kritski sporazum je, kao i Statut Biroa zelene karte regulisao da se odštetni zahtjevi u vezi šteta koje se dese na teritoriji Bosne i Hercegovine i koje prouzrokuju vozila koja su osigurana kod inostranih osiguravajućih društava podnose Birou zelene karte Bosne i Hercegovine koje je jedino ovlašteno tijelo koje vrši naknadu štete koje prouzrokuju vozila inostranih osiguravajućih društava. Biro zelene karte u Bosni i Hercegovini, osnovan je kao profesionalna organizacija koja predstavlja osiguravajuća društva Bosne i Hercegovine u sistemu zelene karte kako je to definisao savjet biroa Kritskim sporazumom. Biro pruža dvostruko jemstvo i to: jemstvo u svojoj državi da će strani osiguravač poštovati pravo koje se primjenjuje u toj zemlji, te oštećenim osobama naknaditi štetu u okviru propisanih svota te zemlje i jemstva Biroa posjećene zemlje za obavezu svog člana koji pokriva odgovornost za štete nastale trećim osobama upotrebom motornog vozila koje je sudjelovalo u nezgodi, dakle, u Bosni i Hercegovini to je Biro zelene karte. Dakle, u pogledu obrade odštetnih zahtjeva u vanskodskom postupku Biro može povjeriti svojim članovima, ali u sudskom postupku Biro je jedini odgovoran (pasivno legitimisan) za naknadu štete, a ne domaće osiguranje.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: 17 0 P 005163 13 Rev od 27.02.2014. godine).

Član 371. Zakona o obligacionim odnosima i član 78. stav 2. Zakona o osiguranju imovine i lica

REGRESNI ZAHTJEV OSIGURAVAJUĆEG DRUŠTVA ZA ISPLAĆENI IZNOS NAKNADE ŠTETE OŠTEĆENOM IZ SAOBRAĆAJNE NEZGODE KOJU JE SKRIVIO OSIGURANIK DRUŠTVA, PO

SVOJOJ PRAVNOJ PRIRODI NE PREDSTAVLJA POTRAŽIVANJE NAKNADE ŠTETE VEĆ ZAHTJEV ZA POVRAT IZDATKA ZA DRUGOG U SMISLU ODREDBE ČLANA 218. ZAKONA O OBLIGACIONIM ODNOSIMA, PA SE NA TAKVO POTRAŽIVANJE PRIMJENJUJE OPĆI ZASTARNI ROK OD 5 GODINA IZ ODREDBE ČLANA 371. ZAKONA O OBLIGACIONIM ODNOSIMA, KOJI TEČE OD DANA IZVRŠENE ISPLATE.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: 43 0 Mal 011940 12 Rev od 10.01.2013. godine)

Član 901. i 902. Zakona o obligacionim odnosima

POTPISIVANJEM POLISE OSIGURANJA PO ČLANU 901. ZAKONA O OBLIGACIONIM ODNOSIMA TUŽITELJ JE U SMISLU ČLANA 902. STAV 3. ISTOG ZAKONA PRIHVATIO OPŠTE I POSEBNE USLOVE OSIGURANJA KAO SASTAVNE DIJELOVE UGOVORA O OSIGURANJU, NA KOJI NAČIN SE SAGLASIO SA USLOVIMA POD KOJIMA JE UGOVOR ZAKLJUČEN. STOGA ODREDBE O ISKLJUČENJU OSIGURANJA ZBOG NEPRAVILNOG RUKOVANJA NE MOGU SE SMATRATI ODREDBOM UVJETA KOJE SU PROTIVNE CILJU ZAKLJUČENJA UGOVORA.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: 17 0 Ps 042318 12 Rev od 23.07.2013. godine)

Član 7. stav 3. Uslova osiguranja od automobilske odgovornosti

Član 82. Zakona o osiguranju imovine i lica

ČINJENICA DA OSIGURANIK (ŠTETNIK) NIJE ZAKLJUČIO UGOVOR O OSIGURANJU U „PRIČEKNOM ROKU“, NEGO GA JE ZAKLJUČIO PO ISTEKU TOG ROKA TO PRAVILNO ZAKLJUČUJU NIŽESTEPENI SUDOVI DA JE VOZILO, U KOJEM JE TUŽITELJ NASTRADA O KAO SAPUTNIK U VRIJEME ŠETNOG DOGAĐAJA BILO NEOSIGURANO, JER NEMA KONTINUITETA U OSIGURANJU KOJE BI POKRIVALO I VRIJEME NASTANKA ŠETNOG DOGAĐAJA.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: 17 0 P039018 12 Rev od 07.03.2013. godine)

Član 73. Zakona o osiguranju imovine i lica

MOTORNO VOZILO, KOJE JE NEHOTIČNO STAVLJENO U POGON KADA SE NALAZILO U RADIONICI RADI OPRAVKE, IMA SE SMATRATI VOZILOM U UPOTREBI, A NASTALA ŠTETA OD UPOTREBE TOG VOZILA ŠTETA OD OPASNE STVARI.

Ne stoje revizione tvrdnje da su nižestepeni sudovi pogrešno primjenili materijalno pravo kada su, na osnovu utvrđenja da je šteta prouzrokovana upotrebom motornog vozila kao opasne stvari, obavezali tuženo osiguravajuće društvo kod koga se vlasnik vozila osigurao od odgovornosti za štete trećim osobama, da tužiteljima naknadi štetu po kriterijumu uzročnosti.

Osiguravajuće društvo za nastalu štetu odgovara temeljem člana 73. Zakona o osiguranju imovine i lica, koji propisuje obavezno osiguranje vlasnika odnosno korisnika motornog vozila za štetu koju upotrebom motornog vozila

nanese trećim osobama. Tužitelji tužbom traže naknadu štete od tuženog kao osiguravatelja uz tvrdnju da je šteta nastala upotrebom motornog vozila.

Tuženi i u reviziji ponavlja, tokom postupka isticani prigovor, da do nezgode u kojoj je nastradao srodnik tužitelja nije došlo vozilom u upotrebi, zbog čega da ne postoji odgovornost tuženog za nastalu štetu.

Na temelju rezultata provedenog postupka nižestepeni sudovi su utvrdili da je srodnik – sin, suprug i otac tužitelja, poginuo u automehaničarskoj radionici – servisu dok je vršena opravka vozila koje je bilo osigurano kod tuženog od odgovornosti za štete pričinjene trećim osobama. Do nezgode je došlo kada je radnik servisa nehotično stavio u pogon vozilo, tako što je neprovjeravajući da li je vozilo u brzini ili u leru i da li je povučena ručna kočnica, okrenuo ključ u bravi, usljed čega je došlo do pokretanja vozila koje je svojim desnim dijelom prignječilo srodnika tužitelja uza zid.

I po ocjeni ovog suda pravilno je tumačenje nižestepenih sudova da se na utvrđeni način nastala šteta ima smatrati štetom od upotrebe vozila kao opasne stvari, jer štete koje su prouzrokovane trećim osobama prilikom opravke vozila su u tijesnoj vezi sa upotrebom vozila, vozilo se opravla radi toga da bi moglo da se kreće.

Zakon o osiguranju imovine i lica ne sadrži odredbe o tome šta se smatra upotrebom vozila, a praksa je pokazala da je nemoguće predvidjeti sve slučajeve šteta koje se mogu pripisati upotrebi motornih vozila.

Nižestepeni sudovi su pravilno primjenili materijalno pravo, odredbe Zakona o osiguranju imovine i lica, kada su zaključili da upotrebu vozila treba posmatrati kao uzrok štete u širem smislu riječi.

Iz navedenih razloga se ne mogu prihvatiti tvrdnje tuženog u reviziji da za nastalu štetu odgovara samo vlasnik radionice u kojoj je vršena opravka. Takvo tumačenje tuženog je usko i ide na ograničenje pokrivanja osiguranja štete nastale od vozila u upotrebi samo za vrijeme vožnje, što ne bi bila svrha obaveznog osiguranja od odgovornosti za štetu koja se upotrebom motornog vozila (osiguranje od automobilske odgovornosti) nanese trećim osobama zbog smrti, tjelesne povrede, narušenja zdravlja, uništenja ili oštećenja stvari.

Tuženi je iz navedenih razloga odgovoran za nastalu štetu i dužan je naknaditi je tužiteljima u cijelosti.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: Rev-619/04 od 08.11.2005. godine)

Član 77. stav 2. alineja 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Član 41., 122. i 124. Zakona o zdravstvenom osiguranju

Član 5. do 20. Pravilnika o uslovima i načinu upućivanja osiguranog lica na liječenje u inostranstvo

PRAVO NA LIJEČENJE U INOSTRANSTVU KORISNIK ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA STIČE KADA ISPUNI ZAKONSKU PROCEDURU PROPISANU ZAKONOM O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, ZAKONOM O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU I PRAVILNIKOM O USLOVIMA I NAČINU UPUĆIVANJA OSIGURANOG LICA NA LIJEČENJE U INOSTRANSTVO. OVI PROPISI SU LEX SPECIALIS U ODNOSU NA ZAKON O OBLIGACIONIM ODNOSIMA.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije Bosne i Hercegovine broj: Rev-296/05 od 29.11.2005. godine)

OSIGURAVAJUĆE DRUŠTVO DUŽNO JE PO OSNOVI OSIGURANJA OD AUTOODGOVORNOSTI, NADOKNADITI ŠTETU I KADA JE NAMJERNO PROUZROČENA OD STRANE OSIGURANIKA, PA SE OD OSIGURANIKA KAO OSOBE ODGOVORNE ZA ŠTETU, MOŽE REGRESIRATI ZA CJELOKUPNI ISPLAĆENI IZNOS NAKNADE ŠTETE, KAMATA I U VEZI S TIM NASTALIH TROŠKOVA.

(Presuda Vrhovnog suda Federacije BiH, broj: GvI-9/03 od 26.8.2003. god.)

OSIGURANJE

UGOVOR O KOLEKTIVNOM OSIGURANJU OD POSLJEDICA

NESREĆNOG SLUČAJA

– čl. 919. Zakona o obligacionim odnosima („Službeni list SFRJ“, broj 29/78, 39/85, 45/86, 57/89 i „Službeni glasnik Republike Srpske“ broj: 17/93 i 3/96)

Činjenica da je premiju osiguranja po zaključenom ugovoru o osiguranju iz svojih sredstava platio tuženi, koji je vršio osiguranje svojih radnika, je od uticaja samo na karakter zaključenog ugovora o osiguranju te eventualno uračunavanje kod nesreće na poslu ili kod uračunavanja sa osiguranjem od autoodgovornosti, a nije od uticaja na obavezu isplate osigurane sume zbog nastupanja osiguranog slučaja.

Predmet spora u ovoj parnici je zahtjev tužitelja da se tužena obaveže da mu iz osnova ugovora o kolektivnom osiguranju od posljedica nesretnog slučaja isplati iznos od 1.600 KM sa pripadajućom kamatom od 10.07.2001. godine, uz naknadu troškova parničnog postupka.

Ovakav zahtjev tužitelj temelji na tvrdnji da je dana 18.11.2000. godine povrijeđen nesrećnim slučajem kada je u blizini njegove kuće došlo do eksplozije nepoznate naprave, a prilikom čega je tužitelj zadobio težu povredu oba oka. Prema daljim navodima tužbe tužitelj je u tom periodu bio zaposlen kod tuženog i zajedno sa ostalim radnicima bio osiguran kod tuženog od nesretnog slučaja – nezgode, na sumu osiguranja od 16.000 KM za potpunu invalidnost. Kako je od posljedica nesrećnog slučaja došlo do djelimične invalidnosti u procentu od 10 % smatra da mu pripada naknada od 10 % od ugovorene sume i na ovim činjeničnim navodima temelji postavljeni tužbeni zahtjev.

Odlučujući o navedenom zahtjevu, na temelju izvedenih dokaza, prvostepeni sud utvrđuje da je prema polisi osiguranja broj 002526 zaključen ugovor o osiguranju po kojem je ugovarač tuženi, a kao osiguranik su označeni članovi kolektiva ugovarača prema spisku, osiguranje je zaključeno od posljedica nesretnog slučaja: smrti od bolesti na poslu i van posla, ovom polisom su osigurani slučajevi i smrt od bolesti na osiguranu sumu od 2.400 KM, smrt od nezgode na iznos od 8.000 KM i trajni invaliditet na iznos od 16.000 KM, osiguranje po ovoj polisi je počelo u 24 časa na dan 01.04.2000. godine i traje dugoročno, a premija osiguranja je određena za period 01.04.2000. do 01.04.2001. godine u iznosu od 2.160 KM i plaćena je po prijemu fakture, pa zaključuje da ova polisa ispunjava uslove i elemente iz odredbe čl. 901. st. 1., 902. st. 1. i 904. Zakona o obligacionim odnosima („Službeni list SFRJ“, broj 29/78, 39/85, 45/86, 57/89 i „Službeni glasnik Republike Srpske“ broj: 17/93 i 3/96). Utvrđujući, dalje, da je kod tužitelja došlo do trajnog gubitka opšte radne sposobnosti u procentu od 10 %, zaključuje da je tuženi pasivno legitimisan u predmetnoj parnici i da tužitelju pripada zahtjevani iznos od 1.600 KM, pa sa pozivom na odredbu čl. 200. i 277. Zakona o obligacionim odnosima pobijanom presudom sudi na način iz izreke iste.

Ovaj sud kao pravilne prihvata činjenična utvrđenja prvostepenog suda, jer su isti u skladu sa dokazima izvedenim tokom prvostepenog postupka, kao i zaključak o obavezi tuženog da isplati zahtjevani iznos, s tim što ovaj sud smatra da zahtjev tužitelja ima uporište u odredbi čl. 919. Zakona o obligacionim odnosima.

Žalbenim navodima tuženi spori pravilnost i zakonitost pobijane presude tako što smatra da u izvedenim dokazima nema mjesta zaključku da je između tužitelja, kao ugovarača osiguranja, i tuženog, kao osiguravača, zaključen ugovor o osiguranju, pri čemu ističe da je predmetna polisa potpisana od strane istog lica odnosno od strane tuženog putem punomoćnika po zaposlenju, pa smatra da za zaključenja ugovora nedostaje druga ugovorna strana. Takođe, ističe da nije utvrđeno da je tužitelj, a niti bilo ko od radnika tuženog platio premiju osiguranja, već da je premiju uplatio iz vlastitih sredstava. Zbog navedenog smatra da pravni odnos između stranaka nije ni nastao, te da je time došlo do pogrešne primjene odredbe čl. 897. i 901. Zakona o obligacionim odnosima, pa proizilazi da tuženi u žalbi ponavlja prigovor nedostatka pasivne legitimacije, a koji prigovor je istican i tokom prvostepenog postupka.

Prema polisi broj 00256 predmetni ugovor je potpisan između tuženog, kao osiguravajuće organizacije u svojstvu osiguravača (na jednoj strani) i predstavnika članova kolektiva tuženog kao osiguranika (na drugoj strani), pa time ne stoje navodi žalbe da u konkretnom slučaju nije ni došlo do zaključenja ugovora o osiguranju. Navedena polisa je snadbjevena i pečatom tuženog i ima sve elemente propisane odredbom čl. 897. Zakona o obligacionim odnosima, a žalbeni navodi da je ista ispred tužitelja (ustvari ispred radnika tuženog) potpisana od strane neovlaštenog lica nisu od uticaja na valjanost iste, jer je tuženi kod zaključenja iste trebao voditi računa da li je lice koje je u ime radnika tuženog, pa time i u ime tužitelja, potpisalo predmetnu polisu imalo za isto ovlaštenje imajući u vidu odredbu čl. 904. istog zakona.

Navedeno osiguranje, prema sadržaju same polise, je zaključeno od posljedica nesretnog slučaja i smrti od bolesti na poslu i van posla kao dopunskih uslova za osiguranje i pored opštih uslova osiguranja.

Navodi žalbe, da je premiju osiguranja po navedenoj polisi platio tuženi (što ima uporište u izvedenom dokazu – Prijavi nesretnog slučaja za obaveze po kolektivnim osiguranjima) su od uticaja samo na karakter zaključenog ugovora o osiguranju te eventualno uračunavanje da se desila nesreća na poslu ili kod uračunavanja sa osiguranjem od autoodgovornosti, a nisu od uticaja na obavezu isplate osigurane sume zbog nastupanja osiguranog slučaja.

Naime, ovim ugovorom tuženi je vršio osiguranje svojih radnika i to kod matične osiguravajuće organizacije, a ne kod drugog osiguravajućeg društva, pa s obzirom da je premija osiguranja plaćena iz sredstava tuženog, za osigurani slučaj – nesretni slučaj i smrti od bolesti na poslu i van posla u konkretnom slučaju je zaključen ugovor o kolektivnom kombinovanom osiguranju radnika tuženog od posljedica nesretnog slučaja i smrti, a koji ima karakter ugovora o osiguranju lica i ugovora o osiguranju od odgovornosti za štete koje radnici mogu da pretrpe na poslu.

Kako je u konkretnom slučaju nastupio osigurani slučaj, van posla, te nije sporno da je tužitelj ostao invalid sa 10 % invalidnosti, to je prvostepenom presudom tuženi pravilno obavezan da tužitelju isplati iznos od 10% od osigurane sume.

(Presuda Okružnog suda u Banjaluci broj: 011-0-GŽ-06-000993 od 30.10.2008. g.)