

УНИВЕРЗИТЕТ  СИНГИДУМУМ



Јасна Пак
Љиљана Јеремић
Лидија Барјактаровић

ОСНОВИ ОСИГУРАЊА

Београд, 2012.

УНИВЕРЗИТЕТ СИНГИДУМУ

Проф. др Јасна Пак
Проф. др Љиљана Јеремић
доцент др Лидија Барјактаровић

ОСНОВИ ОСИГУРАЊА

Прво издање

Београд, 2012

ОСНОВИ ОСИГУРАЊА

Аутори:

Проф. др Јасна Пак

Проф. др Љиљана Јеремић

доцент др Лидија Барјактаровић

Рецензенти:

Проф. др Синиша Огњановић

Проф. др Зоран Јеремић

доцент др Ранко Реновица

Издавач:

УНИВЕРЗИТЕТ СИНГИДУНУМ

Београд, Данијелова 32

www.singidunum.ac.rs

За издавача:

Проф. др Милован Станишић

Припрема за штампу:

Новак Његуш

Дизајн корица:

Александар Михајловић

Година издања:

2012.

Тираж:

300 примерака

Штампа:

Младост Груп

Лозница

ISBN: 978-86-7912-404-3



Предговор

Осигурање као привредна делатност добија све више на значају и у Србији. Оно се шире изучава на вишим и високим школама, на шта указује и појава уџбеника из области права и економике осигурања који су прилагођени савременим правилима и принципима пословања. Несумњиви пораст значаја ове делатности огледа се и у све већем броју домаћих прописа који на савремен начин регулишу делатност осигурања у складу са прописима Европске уније у овој области.

Готово да нема делатности која у толикој мери утиче на све субјекте у једном друштву, као што је то случај са осигурањем. Оно је присутно у свакодневном животу људи, без полисе осигурања није могуће обезбедити имовинску сигурност за случај природних и других опасности, обављати професионалне делатности, није могуће користити возило, није могуће обезбедити пристојну здравствену заштиту или допунити приходе у старости који су по основу обавезног социјалног осигурања све скромнији. Обављање привредне и сваке друге друштвено корисне делатности није, такође, могуће без полисе осигурања која обезбеђује сигурност пословања без обзира на ризике који могу настати. Друштва за осигурање су такође најзначајнији инвеститори и они ће то бити све више и у нашој земљи.

Ова књига треба да олакша студентима Универзитета Сингидунум да на каснијим годинама лакше савладају предмете на смеру Осигурање и да се одреде да и после завршетка основних студија и даље проучавају и истражују ову материју.

Књига има два дела. Први део, чији је аутор проф. др Јасна Пак, састоји се од девет поглавља у којима се обрађују питања од значаја за разумевање задатака, садржине и начина обављања делатности, те положаја учесника у послу осигурања (појам и основни елементи осигурања; правни оквир за обављање делатности, учесници у послу осигурања, подела осигурања, осигурање лица, осигурање од грађанске одговорности, заштита потрошача осигурања и правила о конкуренцији у осигурању). Уговору о осигурању посвећена је посебна пажња јер су по дефиницији послови осигурања послови закључења и извршења уговора о осигурању.

Број и вредност закључених уговора указује на обим послова и у највећој мери одређује укупан приход сваког друштва за осигурање. Намера је аутора првог дела да, битно другачијим приступом од постојећег у домаћој литератури, учини приступачном област делатности осигурања која се одвија уз примену посебних правних и економских знања. Без разумевања правила која су садржана у разним релевантним прописима и пословним актима осигураваача није могуће добити основна знања и на прави начин приближити материју студентима.

Други део, чији су аутори проф. др Љиљана Јеремић и доцент др Лидија Барјактаровић, обухвата материју која се односи на савремене концепте управљања пословањем друштва за осигурање, односно управљање активом и пасивом, управљање ризиком и управљање односима са клијентима (осигураницима) као саставни део маркетинга друштва за осигурање. У складу са тим овај део уџбеника се састоји из две целине. У првој су обрађени концепти управљања ризиком, и активом и пасивом, док је у другој целини обрађен маркетинг у друштву за осигурање.

У првом поглављу прво се даје дефиниција ризика и нужност управљања ризиком, са посебним освртом на финансијско пословање и пословање друштва за осигурање. Потом се обрађује материја управљања ризиком, која је од великог значаја за одржавање солвентности друштва за осигурање и којој у нашој литератури није још посвећена потребна пажња, имајући у виду значај који има за сигурност извршавања обавеза које друштво за осигурање преузима уговорима о осигурању. Други део је посвећен маркетингу у осигурању. Ту се обрађују питања која све више добијају на значају и која је стога потребно изучавати.

Намера је аутора другог дела уџбеника да се студентима укаже на важност свеобухватног и успешног управљања пословањем друштва за осигурање, односно како привући и задржати клијента (осигураника), како управљати имовином друштва за осигурање, како управљати ризицима друштва за осигурање, како управљати одштетним захтевима осигураника у сврху дугорочног (финансијског и нефинансијског) пословања друштва за осигурање, којим су задовољна сва заинтересована лица.

Сам назив књиге захтевао је од аутора да се ограничи на оно што је битно како би студенти стекли увид у основне институте и појмове осигурања. Уложен је напор да се материја објасни једноставним језиком и учини приступачном кроз брижљиво одабране примере из праксе осигураваача и судске праксе, као и увидом у релевантне одредбе пословних аката друштава за осигурање. Продубљено изучавање биће свакако много лакше и приступиће му се са много више воље и интересовања ако се већ располаже солидним знањем, што се овом књигом жели постићи.

У Београду, јануара 2012. године

Аутори



ПРВИ ДЕО ОСНОВИ ОСИГУРАЊА

Прво поглавље – ПОЈАМ И ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ ОСИГУРАЊА	1
I. ПОЈАМ ОСИГУРАЊА	1
II. УЗАЈАМНОСТ И СОЛИДАРНОСТ КАО ОСНОВА ДЕЛАТНОСТИ	2
III. ОСИГУРАЊЕ И ДРУГИ АЛЕАТОРНИ ПОСЛОВИ	2
IV. ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ ОСИГУРАЊА	4
1. Ризик	4
1.1. Различити појмови ризика	5
1.2. Ризик који се може осигурати	5
1.2.1. Ризик је неизвестан догађај	6
1.2.2. Ризик је догађај који је независан од искључиве воље осигураника	6
1.2.3. Ризик је дозвољен догађај	7
1.2.4. Ризик је могућ догађај	7
1.3. Обим ризика који је покривен осигурањем	7
1.3.1. Искључења из осигурања	8
1.3.1.1. Намера	10
1.3.1.2. Ризик настао у ратним околностима	11
1.3.1.3. Штете које су последица недостатка осигуране ствари	11
1.4. Катастрофални ризици	12
1.4.1. Природне катастрофе	14
1.4.2. Технолошке катастрофе	15
1.4.3. Тероризам	15
2. Осигурани случај	16
3. Премија осигурања	19
3.1. Основни параметри за израчунавање премије	20
3.1.1. Учесталост и просечан износ штета	20

3.2. Додатни параметри за обрачун премије	22
3.2.1. Трајање осигурања	23
3.2.2. Смањење и повећање премије с обзиром на технички резултат код осигураника (бонус – малус)	23
3.2.3. Учешће осигураника у штети (франшиза)	25
4. Сума осигурања и осигурана сума	27

Друго поглавље – ПРАВНИ ОКВИР ОБАВЉАЊА ДЕЛАТНОСТИ ОСИГУРАЊА **29**

I. ПРОПИСИ И ДРУГИ АКТИ СТАТУСНОГ КАРАКТЕРА	30
1. Закон о осигурању	30
2. Подзаконски акти	30
3. Општи акти и акти пословне политике друштава за осигурање	32
II. ПРОПИСИ И ДРУГИ АКТИ ОБЛИГАЦИОНОПРАВНОГ КАРАКТЕРА	32
1. Прописи који регулишу уговор о осигурању	32
2. Општи и посебни услови осигурања	34

Треће поглавље – УЧЕСНИЦИ У ПОСЛУ ОСИГУРАЊА **37**

I. ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ	38
1. Акционарска друштва за осигурање	39
1.1. Оснивање друштва	39
1.2. Органи управљања у друштвима за осигурање	40
2. Друштво за узајамно осигурање	40
2.1. Услови за оснивање друштва	41
2.2. Врсте друштава	42
2.3. Управљање друштвима за узајамно осигурање	42
II. УГОВАРАЧИ ОСИГУРАЊА И ОСИГУРАНИЦИ	46
1. Уговарачи осигурања	46
1.1. Физичка лица као уговарачи осигурања	46
1.2. Правна лица као уговарачи осигурања	46
III. ПОСРЕДНИЦИ И ЗАСТУПНИЦИ ОСИГУРАЊА	47
1. Посредници осигурања	47
1.1. Друштва за посредовање	48
2. Заступници осигурања	48
2.1. Физичка лица као заступници осигурања	48
2.2. Привредна друштва као заступници осигурања	49

Четврто поглавље – ПОДЕЛА ОСИГУРАЊА **51**

I. ОСИГУРАЊА ИМОВИНЕ И ЛИЦА	52
II. ОСИГУРАЊА КОПНЕНИХ, ПЛОВИДБЕНИХ И ВАЗДУХОПЛОВНИХ РИЗИКА	52

III. ОБАВЕЗНА И ДОБРОВОЉНА ОСИГУРАЊА	53
IV. ИНДИВИДУАЛНА И КОЛЕКТИВНА ОСИГУРАЊА	53
V. САОСИГУРАЊЕ И РЕОСИГУРАЊЕ	54
1. Саосигурање	55
1.1. Учесници у послу саосигурања	55
1.2. Односи учесника у послу саосигурања	56
2. Реосигурање	56
2.1. Правни односи између учесника у послу реосигурања	57
2.2. Врсте реосигурања	57
2.2.1. Пропорционално реосигурање	57
2.2.2. Непропорционално реосигурање	58
VI. ЖИВОТНА И НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА	58
1. Животна осигурања	59
2. Неживотна осигурања	60
Пето поглавље – ОСИГУРАЊЕ ЛИЦА	63
I. ОСИГУРАЊЕ ЖИВОТА	63
1. Подела осигурања живота	64
1.1. Подела с обзиром на ризик обухваћен осигурањем	64
1.1.1. Осигурање за случај смрти	64
1.1.2. Осигурање за случај доживљења	65
1.1.3. Мешовито осигурање	65
1.2. Подела с обзиром на начин закључења уговора	65
1.3. Подела осигурања према начину исплате осигуране суме	66
1.4. Подела осигурања према броју осигураних лица	66
1.5. Подела с обзиром на променљивост осигураних сума и премија	66
2. Лица у уговору о осигурању живота	66
3. Ризици искључени из осигурања	67
4. Права из математичке резерве	67
5. Корисник осигурања	70
5.1. Правни положај корисника	71
II. ОСИГУРАЊЕ ОД НЕЗГОДЕ	72
1. Појам незгоде и искључења	73
2. Исплата осигуране суме за случај смрти осигураника	73
3. Исплата осигуране суме за случај инвалидитета	74
4. Накнада трошкова лечења и изгубљене зараде	74
III. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	74
1. Појам болести	75
2. Каренца	75

Шесто поглавље – ОСИГУРАЊА ОД ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ (ОСИМ ОДГОВОРНОСТИ ПРЕВОЗНИКА)	77
I. ОСИГУРАЊЕ ОД ОПШТЕ ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ	78
1. Садржина осигурања	78
1.1. Основне обавезе осигуравача	80
1.2. Лица чија је одговорност покривена осигурањем	80
1.3. Лимит осигуравајућег покрића и премија	81
1.4. Штете покривене осигурањем	81
II. ОБАВЕЗНО ОСИГУРАЊЕ ОД ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ АУТОМОБИЛИСТА	82
1. Обавеза да се закључи уговор о осигурању	82
2. Општа својства осигурања	83
3. Осигураници и трећа оштећена лица	84
3.1. Осигураници	84
3.2. Трећа оштећена лица	85
4. Штета покривена осигурањем	85
5. Лимит покрића из осигурања	86
6. Гарантни фонд	86
7. Штете од иностраних возила	87
7.1. Систем зелене карте	87
7.2. Национални бирои	88
7.3. Регистарска ознака као доказ о осигурању	88
7.4. Значај система	88
8. Гранично осигурање	89
Седмо поглавље – УГОВОР О ОСИГУРАЊУ	91
I. ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА	91
II. ПОЧЕТАК ДЕЈСТВА УГОВОРА	94
III. НАЈВАЖНИЈИ ДОКУМЕНТИ	95
1. Полиса осигурања	95
2. Листа покрића	97
IV. ПРЕДМЕТ И МЕСТО ОСИГУРАЊА	100
V. ТРАЈАЊЕ И ИЗМЕНА УГОВОРА	101
VI. ПРЕСТАНАК УГОВОРА	102
1. Престанак уговора на основу закона	102
1.1. Истек уговора	102
1.2. Ликвидација и стечај осигуравача	103
1.3. Пропаст осигуране ствари	103
1.4. Неплаћање премије	103
2. Престанак уговора на иницијативу уговорних страна	104
3. Отуђење ствари	104

4. Стечај уговарача осигурања	104
5. Смрт уговарача осигурања	105
VII. ОБАВЕЗЕ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА И ОСИГУРАВАЧА	105
1. Обавезе уговарача осигурања	105
1.1. Плаћање премије	105
1.1.1. Начин плаћања премије	105
1.1.2. Место плаћања премије	107
1.1.3. Дospelост премије	107
1.1.4. Принцип дељивости премије	108
1.2. Обавеза на обавештавање осигураваача о ризику	109
1.2.1. Обавеза обавештавања приликом закључења уговора	109
1.2.2. Обавеза обавештавања у току трајања осигурања	111
1.3. Обавезе када настане осигурани случај	112
1.3.1. Пријављивање осигураног случаја	112
2. Обавезе осигураваача	115
2.1. Обавезе када настане осигурани случај у имовинским осигурањима	115
2.1.1. Висина обавезе осигураваача код осигурања ствари	115
2.1.2. Вредност осигуране ствари	116
2.1.3. Утврђивање накнаде из осигурања	117
2.1.4. Накнаде за уништене и за оштећене ствари	119
2.1.5. Осигурања од грађанске одговорности	120
2.1.6. Накнада трошкова спречавања осигураног случаја и спасавања	121
2.1.7. Накнада осталих трошкова	123
2.1.8. Надосигурање	123
2.1.9. Вишеструко и двоструко осигурање	123
2.1.10. Подосигурање	126
2.2. Лица која имају право на накнаду из осигурања	129
2.3. Право осигураваача на регрес по основу суброгације	130
2.4. Обавеза осигураваача у осигурању лица	131
2.4.1. Лица која имају право на исплату осигуране суме	132
Осмо поглавље – ЗАШТИТА ПОТРОШАЧА ОСИГУРАЊА	133
I. САДРЖИНА ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА ОСИГУРАЊА	133
1. Појам потрошача осигурања	134
2. Пословни акти осигураваача	135
3. Забрана уношења штетних клаузула у потрошачки уговор о осигурању	136
3.1. Одредбе уговора којима се дефинише предмет и искључења из осигурања	138
3.2. Одредбе уговора о пријави околности од значаја за оцену ризика	138
3.3. Пријављивање осигураног случаја	140
4. Висина премије	140
5. Повреда посебних обавеза осигураника	140

6. Обавеза обавештавања осигураника	141
7. Заштита осигураника када се уговор о осигурању закључује на даљину	143
8. Вансудско регулисање спорова	143

Девето поглавље – КОНКУРЕНЦИЈА УЧЕСНИКА НА ТРЖИШТУ ОСИГУРАЊА

145

I. ОСНОВНА ПРАВИЛА О КОНКУРЕНЦИЈИ	146
II. КОНКУРЕНЦИЈА ИЗМЕЂУ ОСИГУРАВАЧА	147
1. Даваоци услуга осигурања на које се примењују општа правила конкуренције	148
2. Рестриктивни споразуми у области осигурања	148
2.1. Споразуми који се односе на обрачуне, табеле и студије	149
2.2. Споразуми који се односе на стандардне (модел) услове осигурања	150
2.3. Споразуми који се односе на заједничко покриће ризика	151
3. Злоупотреба доминантног положаја	152
4. Утицај државе на конкуренцију	152

ДРУГИ ДЕО

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТИ ПОСЛОВАЊА ОСИГУРАЊА

Прво поглавље – ПОЈАМ И ДЕФИНИЦИЈА РИЗИКА У ОСИГУРАЊУ	155
1. Дефиниција ризика и нужност управљања ризиком	155
1.1. Дефиниција ризика у финансијском пословању	155
1.2. Неопходност управљања ризиком у финансијском пословању	157
1.3. Основни ризици у финансијском пословању	158
1.4. Основни ризици у осигурању	160
1.4.1. Ризик осигурања	164
1.4.2. Тржишни ризик	170
1.4.3. Оперативни ризик	171
1.4.4. Ризик рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама	173
1.4.5. Ризик депоновања и улагања средстава друштва	176
1.4.6. Правни ризик	177
1.4.7. Репутациони ризик	177
2. Процес управљања ризиком	178

3. Управљање ризиком у осигурању	184
3.1. Основни појмови повезани са правилима за управљање ризиком	187
3.1.1. Самопридржај	187
3.1.2. Саосигурање	191
3.1.3. Реосигурање	192
3.1.4. Техничке резерве	199
3.1.5. Гарантне резерве	205
3.1.6. Маргина солвентности	209
3.1.7. Процена штета	216
3.1.8. Порфтељ у осигурању	217
3.2. Финансијски и други извештаји друштва за осигурање	219
3.3. Организација и начин обављања интерне ревизије у друштву за осигурање	224
3.4. Структура и администрирање процеса управљања ризиком	228
3.5. Стратегија управљања ризиком друштва за осигурање	229
3.5.1. Систем управљања ризиком према Одлуци о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању друштва за осигурање	230
3.6. Солвентност II	234
ПРИЛОГ 1.	
— Стуб 1 Солвентности II:	236
Квантитативни захтеви	236
— Стуб 2 Солвентности II – Процес контролног надзора	241
— Стуб 3 Солвентности II – Тржишна дисциплина	242
— Даљи развој Солвентности II	244
— Главне импликације примене Солвентности II	245
Друго поглавље – МАРКЕТИНГ ОСИГУРАЊА	247
1. Дефиниција маркетинга	247
2. Концепција маркетинга услуга и специфичности услуга осигурања	251
3. Квалитет производа услуга осигурања	253
ПРИЛОГ 2.	
— Продајни процес услуга осигурања	260
— Продаја путем јавног конкурса	264
— Продаја и организација продајне мреже	266
— Електронска продаја услуга осигурања	268
— Банко осигурање	269
Литература	271



ПРВИ ДЕО

ОСНОВИ ОСИГУРАЊА





ПОЈАМ И ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ ОСИГУРАЊА

I. ПОЈАМ ОСИГУРАЊА

Осигурање је специфична привредна делатност коју обављају посебни привредни субјекти, друштва за осигурање, ради пружања материјалне заштите физичким и правним лицима од последица осигураних ризика на основу примене посебних правних правила и правила технике осигурања засноване на статистици и математици. Делатност осигурања је значајно другачија од осталих привредних делатности. За разлику од других делатности које се обављају на основу послова где се зна које су обавезе учесника у послу осигуравач не зна унапред да ли ће настати и колико ће износити његове обавезе које произилазе из закључених уговора о осигурању. Међутим, примена посебне технике осигурања која се заснива на статистици и математици обезбеђује осигуравачима солидне основе за обављање професије. Применом посебних правила струке смањује се у највећој могућој мери неизвесност у погледу остварења ризика и висине његових штетних последица. На основу праћења сличних догађаја у прошлости израчунава се вероватан износ будућих обавеза које је осигуравач преузео уговором о осигурању. То омогућава утврђивање адекватне премије и са тим у вези организовање правичне и сигурне заштите од ризика.

Поред техничког подједнако су значајни и економски и правни аспект осигурања који су битно различити. Економска наука проучава улогу осигурања као привредне делатности којом се остварује добит и пружа материјална заштита физичким и правним лицима која је значајна за нормалан привредни и друштвени развој земље, техника истражује средства да се дугорочно омогући отклањање последица насталих ризика, а право превасходно дефинише односе између уговорних страна. Институт и послови економског, правног и техничког карактера су особени, наука која их изучава има свој посебан предмет и прибегава одговарајућим методама.

II. УЗАЈАМНОСТ И СОЛИДАРНОСТ КАО ОСНОВА ДЕЛАТНОСТИ

Као привредна делатност осигурање обезбеђује организовану заштиту од ризика који угрожавају имовинску сигурност привредних и других субјеката путем технике његовог преноса на заједницу више лица. Лица која су изложена истом ризику удружују се тако да свако плаћа одговарајући новчани износ (премија; допринос) и прикупљена средства се користе за извршење обавеза осигуравача које је преузео уговором о осигурању. У осигурању живота имовинска сигурност појединаца се обезбеђује углавном дугорочним осигурањима која се спроводе на бази капитализације премије коју плаћа уговарач осигурања.

Да би заједница функционисала ефикасно треба, с једне стране, да обухвати што више лица, а са друге стране, да број оних које су погођени догађајем који је последица осигураног ризика буде мањи од броја оних који су ризику изложени. Што је број чланова заједнице већи то је и новчани допринос сваког њеног члана мањи. У заједници губитке који настану остварењем ризика код неких чланова (осигураника) покривају сви чланови који су учествовали у финансирању заједнице а код којих ризик није настао. Осим броја чланова за ефикасно функционисање заједнице потребно је да вероватноћа наступања ризика код већег броја чланова не буде исувише висока. Зато осигуравачи не прихватају да осигурају оне ризике код којих је велика вероватноћа да ће настати. Како је немогуће да буду осигурани само они ризици код којих је мала вероватноћа да ће се остварити потребно је да постоји равнотежа између ризика који се прихватају у осигурање. Да би се то постигло осигуравач спроводи селекцију ризика путем њихове процене а на основу елемената које обезбеђује кандидат за осигурање.

Постоје други случајеви када се на бази узајамности и солидарности отклањају последице неког догађаја који погађа лица која су у истој ситуацији. На основу националне солидарности накнађују се нпр. штете настале у ратним околностима или од катастрофалних догађаја. Међутим, у овим случајевима пренос ризика на заједницу остварује се пошто је догађај настао док се путем осигурања пренос обавља пре него што је догађај остварен, када постоји евентуалност да се може догодити у будућности. Када се догађај оствари исплата од стране осигуравача је обезбеђена из средстава која су унапред одређена за ту сврху.

III. ОСИГУРАЊЕ И ДРУГИ АЛЕАТОРНИ ПОСЛОВИ

У прописима о осигурању алеаторном карактеру уговора о осигурању даје се велики значај, он је од суштинске важности за ваљаност уговора. Уговор је ништав ако је у моменту његовог закључења извесно да ће ризик настати или је у настајању или предмет осигурања не постоји или не може бити више изложен ризику.

Од најранијих времена могућност добитка или губитка створила је посебне послове што је и данас суштина неких уговора (игра на срећу; опклада). Послови код којих постоји неизвесност у погледу обавеза учесника називају се алеаторним. Раздвајање осигурања од других алеаторних уговора јесте проблем који је увек био у центру пажње законодавца због страха да осигурање не буде фасада за опкладу, што је и забележено у његовом историјском развоју.

Опкладе на ризике су биле познате још у средњем веку и зато је врло рано законодавац морао да интервенише. Код алеаторних уговора ефекти међусобних чинидби уговорних страна, губитак или добитак, зависе од неизвесног догађаја. Иако неизвесност постоји у погледу обавезе осигуравача (настанка и висине обавезе) уговор о осигурању се разликује од других алеаторних послова. Овај уговор је споразум којим се једна страна, осигуравач, обавезује да другој страни, осигуранику или кориснику, нешто учини (исплати накнаду штете или уговорену суму) у случају остварења алеаторног догађаја који се назива и ризик (пожар, крађа или неки други ризик у осигурању ствари, незгода или смрт у осигурању лица, захтев оштећеног у осигурању од грађанске одговорности), а осигураник се обавезује да плати премију. За разлику од игре на срећу или опкладе осигурање пружа заштиту од ризика који може погодити осигураника, док код опкладе или игре на срећу учесници (онај ко се клади, играч на срећу) спекулишу на случају, непредвиђеном догађају у нади да ће се обогатити. Ризик који је покривен осигурањем јесте алеаторни догађај од чијег наступања неко лице страхује и од кога жели да се заштити.

На питање шта је то по чему се послови осигурања разликују од других алеаторних послова у теорији осигурања се дају различити одговори. Сматра се да је разлика у томе што послове осигурања обављају организовани привредни субјекти, осигуравајуће организације, или пак у томе што је осигурање засновано на посебној техници заснованој на статистичким законима и што има другачији циљ (играчи на срећу нпр. желе да се обогате док осигураник жели да се обезбеди за случај да се оствари ризик, да не остане без онога што је имао). Међутим, оно по чему се послови осигурања суштински разликују од других алеаторних послова је интерес који мора да има онај ко закључује уговор да би посао осигурања био пуноважан као и чињеница да се осигурање имовине може закључити највише до стварне вредности предмета осигурања (вредности осигуране ствари, вредности осигураног потраживања).¹

Први прописи који се односе на осигурање имовине (нпр. уредбе из Барселоне, и други прописи поморских земаља који се односе на осигурање из XV и XVI века) предвиђали су да осигурање не може да се закључи на вредност која је већа од вредности ствари. У вези са тим правилом је и правило да на основу више закључених уговора не може да се наплати више од вредности ствари. Тако је врло рано принцип обештећења постао врхунски принцип у осигурању имовине. Осим тога, осигураник је морао да докаже да је власник осигуране

1 M. Fontaine, *Essai sur la nature juridique de l'assurance – crédit*, Brisel, 1966, str. 64.

ствари чиме је потврђен његов интерес да ствар не буде уништена или оштећена. Уговор о осигурању није могло да закључи лице које није власник ствари или лице које нема неки правни основ да ствар држи и користи (складиштар, превозник, купац на основу уговора о закупу ствари). Између осигурања и игре на срећу постоји разлика управо због постојања интереса, који, код других алеаторних уговора не постоји. Интерес се огледа у односу који постоји између осигураника и осигуране вредности, осигураник је заинтересован да се сачува ствар и да се не оствари ризик. Он има интерес који може бити повређен настанком ризика од кога осигурање штити. Зато онај ко закључи осигурање од крађе туђе ствари плаћа премију ради коцке, он нема интерес на ствари која је предмет коцке. Међутим, онај ко осигура сопствену ствар не жели да она буде украдена иако има осигурање. Он плаћа премију да нема губитка ако до крађе ипак дође.

Што се тиче осигурања живота, није се никада постављало питање осигурања на стварну вредност с обзиром на то да људски живот нема цену. Правило о осигурању на стварну вредност тешко је спровести јер губитак настао осигураним случајем није проценив. Сума коју ће осигуравач исплатити за случај смрти осигураника не зависи од вредности, она се слободно уговара, а корисник осигурања не мора да докаже да је претрпео штету. Послови чији је предмет била опклада на нечији живот били су распрострањени у средњем веку и, да би се морализовали, у прописе о осигурању врло рано су почела да се уносе правила да не могу да се закључе ако не постоји интерес да осигурано лице буде у животу. Ако је онај ко закључује уговор о осигурању за случај смрти и осигураник (осигурање на сопствени живот) интерес је лако утврдити; питање се поставља једино када се осигурање закључује на туђи живот. Зато законодавац у неким земљама (англосаксонског права) захтева да уговарач осигурања на туђи живот докаже да има интерес да лице на чији је живот осигурање закључено остане у животу, док у другим земљама захтева да постоји сагласност тог лица да се уговор закључи (континентално право коме припада и право Србије).

IV. ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ ОСИГУРАЊА

1. Ризик

Ризик је основни елеменат осигурања и основни елеменат уговора о осигурању. Нема осигурања ако нема ризика. Ризик може да се посматра са становишта технике и са становишта права осигурања. У техничком смислу ризик се представља путем статистичких шанси остварења догађаја. На тај начин ризик је квантификација догађаја која омогућава да се организује правична (осигураници плаћају премију која одговара ризику који осигуравају) и сигурна заштита од ризика (обезбеђена солвентност осигуравача). На основу праћења сличних догађаја у прошлости израчунава се вероватан износ будућих обавеза које су преузете уговором о осигурању.



Да би неки неизвестан догађај био ризик од кога се може пружити осигуравајућа заштита, он мора да има за очекивану последицу нешто што је имовински непожељно за онога кога може да погоди. Неки догађај може бити ризик у значењу коју та реч има у свакодневном животу, али није ризик у смислу осигурања (нпр. ризик да ће вереник одустати од венчања; да ће представа доживети лошу критику, да ментор неће прихватити докторски рад). Евентуални будући догађај који се осигурава јесте онај који може да има за последицу оштећење или уништење ствари, чисти новчани губитак (зараде и других прихода) или умањење имовине због обавезе да се другоме накнади штета. Ризици од пожара, крађе, олује, експлозије могу се осигурати. Ради се о догађајима који несумњиво имају имовинске последице које су за свакога непожељне. Код осигурања живота за случај смрти нежељена имовинска последица се огледа у другачијој материјалној ситуацији корисника од оне у којој је био док је осигураник био у животу. Код осигурања за случај доживљења ризик је да ће у неком каснијем периоду живота извори прихода бити смањени (због одласка у пензију, смањене радне способности, школовања деце, издржавања родитеља). У осигурању од грађанске одговорности осигурава се ризик да ће због исплате накнаде штете другоме бити умањена имовина и др.

Међутим, ни сваки евентуални догађај који може имати имовинске нежељене последице не може се осигурати. Који услови морају бити испуњени да би ризик могао да се осигура, утврђује се законом.

1.1. Различити појмови ризика

У теорији и пракси осигурања употреба појма ризик врло је различита. Њиме се означава врста неизвесног непожељног догађаја као пожар, крађа, незгода, смрт, експлозија, удар грома, мраз, лед, град и др., тада се говори о ризику од пожара, ризику крађе и др. Под ризиком се подразумева и ствар или лице које је изложено догађају: када је реч о непокретности која је осигурана док се налази на одређеном месту каже се „место ризика”; када је реч о млађем, здравом лицу које је осигурано од болести каже се да је „добар ризик”. Појам ризика се користи и да би се приступило најразличитијим класификацијама по различитим критеријумима: „велики ризици”; „масовни ризици”.

1.2. Ризик који се може осигурати

Да би могао да се осигура, ризик мора да има одређена обележја утврђена законом. Осигурати се може догађај који је неизвестан, будући, могућ, дозвољен и који не зависи од искључиве воље осигураника.

1.2.1 Ризик је неизвесћан догађај

У бити ризика који се може осигурати јесте да буде неизвесћан догађај. Код осигурања ризика пожара неизвесћност се манифестује у чињеници да осигурана ствар може бити оштећена или уништена од пожара у току трајања осигурања. У осигурању од одговорности неизвесћност постоји ако осигураник не зна да ће проузроковати штету неком лицу (проузроковати саобраћајну незгоду за коју одговара, оштетити или уништити туђу ствар која му је поверена и др.). Код осигурања за случај смрти неизвесћност постоји када се не зна када ће лице на чији је живот закључено осигурање умрети и у ком моменту ће се материјална ситуација корисника променити. Код осигурања за случај доживљења неизвесћност се огледа у чињеници да се приликом закључења уговора не зна поуздано да ли ће осигураник доживети уговорено време. Ако је осигураник знао или могао да зна да је ризик настао или да ће извесно настати у неком времену, нема неизвесћности. Ризик мора с тим у вези бити и будући догађај, осигурати се може само догађај који ће настати после закључења уговора о осигурању. Изузетно се дозвољава и осигурање од догађаја који су настали пре закључења уговора ако за њихово наступање осигураник није знао и није могао да зна (тзв. путативни ризик).

1.2.2. Ризик је догађај који је независан од искључиве воље осигураника

Законом је забрањено осигуравајуће покриће за случај да је ризик настао намерном радњом или пропуштањем осигураника (подметнуо је пожар, убио или тешко повредио неко лице, уништио осигурану ствар, извршио самоубиство). Могуће је, међутим, да се осигура ризик који настаје ненамерном радњом или пропуштањем осигураника, тј. услед крајње или обичне непажње. Када би били искључени ови видови непажње, осигурање не би могло на прави начин да остварује своју функцију, не би пружало осигуравајућу заштиту у неким случајевима који са становишта морала нису за осуду и немају друштвено опасне последице. То је посебно изражено у осигурању од грађанске одговорности. Ако би из осигурања била искључена одговорност за штете које настану услед крајње непажње, осигурање би покривало само незнатан део ризика коме су изложени они који су по закону дужни да штету надокнаде. Осигурање не би имало много смисла и не би постајао интерес да се оно закључи. Непредузимање мера заштите на раду може нпр. бити последица крајње непажње послодавца, али осигурање од одговорности покрива штете услед оваквих пропуста јер нема намере да се проузрокује штета. Међутим, у условима који регулишу поједине врсте осигурања искључују се неки видови крајње непажње који су за моралну осуду и могу да доведу до злоупотребе осигурања (проузроковање штете у стању пијанства или других опијата у обавезном осигурању аутомобилиста; свесно кршење правила



струка без обзира на то што није била намера да настане догађај покривен осигурањем у осигурању од професионалне одговорности и др.).

1.2.3. Ризик је дозвољен догађај

Осигурање може да пружи имовинску заштиту само од материјалних губитака чије покриће није у супротности са добрим обичајима и јавним поретком. Мора бити дозвољено осигурање самог ризика (нпр. крађа, пожар, незгода, смрт, грађанска одговорност), али и предмет на коме се остварује ризик и околности у којима осигурани ризик настаје. Није нпр. у складу са јавним поретком² и моралом осигурање од кривичне одговорности и пребацивање на осигуравача имовинских последица санкција за кривично дело (плаћање казне или исплата накнаде за конфисковану имовину за извршено кривично дело). Не може такође да се осигура пропаст робе у превозу услед пожара ако се ради о роби чији је промет недозвољен (нпр. дрога) иако је осигурање робе у превозу дозвољено. Или, лица која су учествовала у терористичкој акцији или акцији киднаповања не могу да захтевају исплату осигуране суме за случај незгоде која је настала у току извођења тих акција. Незгода која има за последицу смрт или телесну повреду је ризик који се може осигурати, али не ако је настала извршењем радње која јесте кривично дело, а терористичка акција и киднаповање то несумњиво јесу.

1.2.4. Ризик је могућ догађај

Догађаји који не могу да настану не могу се осигурати. Ако је пре закључења уговора предмет осигурања уништен или је лице на чији је живот закључено осигурање умрло, настанак ризика није могућ. Не могу се осигурати ни ризици за које се зна да не могу настати (нпр. напад ванземаљаца). Ако се ради о ризику који је иначе могуће осигурати (нпр. поплава) али његов настанак на подручју просторног важења осигурања није могућ (осигурана непокретност се налази на месту где поплава никада није настала, и не постоји вероватноћа да ће настати) ради се о ризику који се не може осигурати.

1.3. Обим ризика који је покривен осигурањем

И онда када су испуњени законски услови за осигурање неког ризика, по правилу се осигуравајућа заштита не пружа за све његове последице. Услови осигурања садрже одређена правила чији је циљ ограничење покрића осигураног ризика које захтевају законски прописи, правила технике осигурања и потреба да се подстакне осигураник да буде пажљив и предузима превентивне мере

² Под јавним поретком подразумевају се основни принципи једне земље који су утврђени њеним уставом, основним законима и општеприхваћеним принципима морала и добрих обичаја.

иако је осигуран. Покриће се ограничава на разне начине. У условима који се односе на поједине врсте осигурања даје се дефиниција предмета осигурања (нису осигуране све непокретне и покретне ствари осигураника већ оне које су набројане у условима) набрајају штете које су покривене (покривене су нпр. само директне штете услед оштећења или уништења ствари, а не и посредне штете као што су губитак прихода, трошкови превоза и др.), одређује круг лица која имају право на накнаду из осигурања (нпр. право на накнаду штете нема возач возила; треће лице а не запослени), чиме може да се значајно ограничи покриће последица осигураног ризика. Ограничење покрића је и у вези и са дефиницијом појма ризика који се осигурава, тако нпр. у условима за осигурање од ризика пожара ризик је ватра која је настала изван одређеног огњишта или ватра која је ово место напустила и способна је да се даље развија својом сопственом снагом. Не сматра се да је наступио пожар и осигуравач није у обавези да плати накнаду ако је осигурана ствар уништена или оштећена: услед излагања ватри или топлоти ради обраде или у друге сврхе или услед пада или бацања у огњиште (пећ, штедњак и сл.), прогорењем од цигарете, жеравице, загревања, кувања и слично. У осигурању ризика крађе осигурана је само провална, а не и обична крађа, осим ако се другачије не уговори; у осигурању од лома машина није осигуран лом који је последица неодржавања машина; у осигурању од грађанске одговорности није покривена одговорност за нестанак ствари ако се посебно не уговори иако је осигураник изложен ризику грађанске одговорности за штету због нестанка нечије ствари и др.

У осигурању од грађанске одговорности покриће ризика се може ограничити и тиме што се осигурање не односи на сва лица која су погођена када се ризик оствари (пружа се осигуравајућа заштита уговарачу осигурања, али не и његовој деци која су проузроковала штету другоме и за коју одговарају у складу са правилима грађанског права, супружнику или запосленом). Којим лицима се пружа осигуравајућа заштита, увек се прецизира уговором, а у неким осигурањима и законом. Ако се нпр. осигура одговорност лекара у приватној стоматолошкој ординацији, осигурање покрива и одговорност свих запослених. Али ако запослени сами претрпе штету за коју је одговоран лекар или други запослени, покрића нема, осим ако другачије није уговорено. По правилу се не дозвољава да једно лице буде и осигурано и оштећено лице. У обавезном осигурању аутомобилиста законом је утврђено да је осим одговорности уговараца осигурања покривена и одговорност других лица.

1.3.1. Искључења из осигурања

Покриће ризика се у највећој мери ограничава тзв. искључењима из осигурања која су набројана у условима за поједине врсте осигурања која лишавају осигураника покрића по основу осигурања конкретног ризика у посебним околностима. Искључени су само догађаји и штете који су у уговору изричито наведени.

Разлози за искључења су у вези са потребом да се спречи да осигурање буде подстицај за неодговорно понашање или смањење потребне пажње, или да би се избегле изузетно високе обавезе осигуравача које не могу да се покрију средствима наплаћене премије (нпр. искључење догађаја који су настали у току ратних операција, акција тероризма, нуклеарне штете).

Одредбе уговора о искључењима морају бити јасне, недвосмислене и написане тако да буду уочљиве (другом врстом слова, бојом). Када се стекну околности за искључење нема покрића из осигурања. Осигуравач истиче клаузулу о искључењу осигуранику, кориснику осигурања као и лицима која имају директно право да се обрате осигуравачу по основу уговора о осигурању од одговорности (осим у обавезном осигурању од одговорности аутомобилиста).

Пример искључења из осигурања у стандардним условима за осигурање машина од лома

Осигурање пружа осигуравајућу заштитиу од оштећења или уништења осигуране ствари услед незгоде у погону, под којом се подразумевају догађаји који настају неједовиђено и изненада у вези са коришћењем осигуране машине, као и услед несрећности, нехаја или зле намере радника или неког другог лица, под којим се не подразумева сам осигураник као и руководиоци у предузећу осим: од основних и дојунских ризика који су обухваћени Условима за осигурање од опасности пожара и неких других опасности; провалне крађе, крађе, разбојништва, штепног дејства нуклеарне енергије, еруиције, осим испражних еруиција уколико се то посебно уговори; услед недостатака или грешака које су постојале у тренуику закључења осигурања, а које су биле или морале бити познате осигуранику; нејасне последице трајних хемијских, термичких, механичких, атмосферских и других утицаја, услова смештаја и рада; оксидације, старења, корозије, зрачења, прекомерних вибрација и слично; последице свих видова прошења, хабања, абразије, ерозије, кавитације и слично; прекомерне наслаге рђе, коиловског каменца, талога или муља чак и кад је услед тога настало уништење или оштећење осигуране ствари; преоптерећености машина, машинских и електричних уређаја, апарата и инсталација преко граница њихових пројектованих параметара; стављања у погон пре коначне појравке; монтирања, пробног испитивања и погона нове ствари; динамичког вибрирања ротационих делова машина: ротора, турбина, генератора и слично, осим уколико се посебно не уговори; повреде техничких и других пројиса и уједињава о техничкој експлоатацији осигураних ствари, као и уједињава о заштитним мерама. Осигуравач ипак не није у обавези: за посредне штење настале у вези с осигураним случајем: губишом зараде, дангубе, казне или одговорности било које природе; за штење на имовини, возилима и лицима који не представљају сам предмет осигурања по овим условима; за штење које по законским пројисима или по уговору одговара произвођач, односно испоручилац ствари; за еколошке штење; за прошкове демонтираже и ремонтнаже, који су учињени у циљу редовног прегледа или одржавања осигуране ствари (периодичне појравке или замене испрошених делова), чак и кад се том приликом утврди оштећење осигураном опасношћу.

Понекад законодавац интервенише у циљу да се обавезно обезбеди осигуравајуће покриће, а некада покриће забрањује. Из осигурања не може нпр. да се искључи покриће одговорности осигураника за лица за чије поступке он одговара; покриће трошкова спречавања настанка осигураног случаја; трошкова правне заштите у осигурању од грађанске одговорности и др. У праву неких земаља уводи се обавеза осигурања од природних катастрофа, технолошких ризика и тероризма, уговором о осигурању ови ризици не могу да се искључе. Законом је забрањено осигурање догађаја које је осигураник намерно изазвао. Законом се искључују из осигурања догађаји који су последица рата (у осигурању лица), али се дозвољава, за разлику од намере, да се у уговору о осигурању предвиди њихово покриће и у таквим околностима и др.

1.3.1.1. Намера

Искључење намере је предвиђено законом и не мора да се наведе у условима осигурања иако у пракси многи уговори садрже одредбу да је обавеза осигуравача искључена ако је осигурани случај последица намере уговарача осигурања или другог осигураног лица. Ако је, међутим, штету намерно проузроковао радник на раду, осигуравач ће је накнадити, али има право да захтева од радника поврат исплаћеног износа (право осигуравача на регрес). Ово искључење се објашњава тиме да због намере нема алеаторности уговора, што је његова основна карактеристика. Осим тога, осигурање намере је и у супротности са захтевом јавног морала у случајевима када се намерно проузрокује догађај да би се наплатила осигурана сума или накнада штете (нпр. корисник лиши живота осигураника да би наплатио осигурану суму; осигураник закључи осигурање на већу вредност ствари и подметне пожар).

Да би постојала намера није довољно да је осигураник свесно предузео радњу или пропустио да нешто учини већ да је хтео наступање последице која из његовог понашања произилази.

Стандардна одредба услова о искључењу намере

Из осигурања су искључене и штете које су настале намерно, или преваром уговарача осигурања, осигураника или корисника осигурања. Али, ако се остварио осигурани случај, осигуравач је дужан да накнади сваку штету проузроковану од неког лица за чије поступке осигураник одговара по било ком основу, без обзира на то да ли је штета проузрокована непажњом или намерно.

1.3.1.2. Ризик настипао у ратним околностима

Закони који регулишу уговор о осигурању искључују из осигурања последице догађаја који су проузроковани ратним операцијама. Правило није императивно јер се дозвољава да се уговором може предвидети покриће и у оваквим случајевима. Осигуравачи по правилу уносе у уговоре да је ризик рата искључен, а осигураницима који желе покриће овог ризика зарачунава се по правилу висок доплатак на премију. У осигурањима која покривају ризике у међународном транспорту постоји интерес за покрићем штета које настану у ратним околностима.

1.3.1.3. Штете које су последица недостатака осигуране ствари

Законско правило да осигуравач није дужан да накнади штету на осигураној ствари која потиче од њених недостатака такође није императивно. Штете на осигураним стварима услед њиховог недостатка нису покривене осигурањем, осим ако није другачије уговорено. Ако у уговору о осигурању није предвиђено осигурање ових штета, примењује се законско искључење. Пример таквих случајева су нпр. пуцање водоводне цеви услед оштећења; отклањање грешке на серији аутомобила са грешком у кочионом систему и др. Искључење се не односи на штете које је ствар са недостатком проузроковала другим стварима и лицима (штета на самој цеви није покривена, али јесте оштећење других ствари услед изливања воде, отклањање грешке на возилу није покривено осигурањем, али јесу штете од возила са недостатком). Осигурање од одговорности за штете од производа које закључују произвођачи и продавци садржи искључење штета на самим производима. Основно покриће у овом осигурању односи се на штете другим лицима услед недостатка производа. Осигурање штета на самим стварима које су последица њиховог недостатка није често у пракси.

Одредбе о искључењу ратних и других догађаја

У стандардима о општим условима за осигурање имовине, осигуравач није у обавези да исплати накнаду за штету: проузроковану ратом, инвазијом, дејством страног непријатеља, непријатељствима или сличним операцијама (без обзира на то да ли је рат објављен или не), грађанским ратом, побуну, револуцијом, устанком, као и немирима који настану из таквих догађаја, минама, торпедима, бомбама или другим експлозивним средствима, запленом, одузимањем, ограничењем или задржавањем и последицама тих догађаја или покушаја да се изврше, конфискацијом, реквизицијом или осталим сличним мерама које спроводе односно намерава да спроведе власи или нека политичка организација која се бори за власи односно која има власи, саботажом или тероризмом извршеним од лица која делују из политичких побуда у име или у вези са било каквом организацијом или од лица које, односно која делују из политичких побуда независно од било какве организације. Осигуравач је дужан да докаже да је штета проузрокована неким од ових догађаја.

1.4. Катастрофални ризици

Традиционално се у стандардне услове осигурања уносе одредбе којима се ограничава покриће катастрофалних штета. Осигуравајуће покриће ризика који могу довести до великих разарања, повреде и смрти великог броја лица ограничава се на више начина: уговарањем ниже суме осигурања; дефинисањем осигураног случаја тако да више догађаја који имају исти узрок представља један осигурани случај; сврставањем ризика који могу довести до великих штета у допунске ризике, чије се покриће мора посебно уговорити (у осигурању од пожара и других опасности покриће ризика поплаве или земљотреса се мора посебно уговорити), искључењем неких узрока осигураног ризика (пожар или експлозија који су последица тероризма). Међутим, у развијеним земљама држава разним мерама настоји да приватно осигурање обезбеди осигуравајућа заштита од катастрофалних ризика да би се искључила или ограничила накнада штете по основу националне солидарности (из буџета).

Катастрофалне штете могу бити последица природних догађаја (поплава, олуја, земљотрес) или људских активности (тероризам, технолошки ризици). Дефиницију катастрофе тешко је дати и то је разлог што се у националним прописима неких земаља који се односе на отклањање њихових штетних последица она или не даје, или није довољно јасна и свеобухватна.

Природне и друге катастрофе тешко се осигурају на тржишту осигурања и реосигурања. Велике штете на једном подручју у кратком временском периоду чине ризик тешко „осигурљивим” јер техника осигурања захтева да се сагледа висина обавеза осигуравача да би могла да се израчуна адекватна премија, створе фондови и одреди начин раздеобе ризика. Тешкоће којима су били изложени осигуравачи дуго су спречавале осигурање катастрофалних ризика. У оквиру полисе за осигурање пожара и неких других имовинских осигурања традиционално се пружало само осигурање од ризика олује, а у осигурању усева пружало се покриће ризика града. Временом су у полисе за осигурање од ризика пожара и других опасности укључивани ризик земљотреса и поплаве као допунски ризици. Онај ко је желео покриће морао је да плати посебан доплатак на премију за основне ризике. После терористичких напада и великих технолошких катастрофа осигуравачи су у услове осигурања почели да уносе одредбе о искључењу покрића из осигурања ако су штете последица ових догађаја.

Прва тешкоћа са којом се осигуравачи сусрећу када је реч о ризицима који могу имати катастрофалне последице јесте немогућност да се установи хомогена заједница ризика са довољним бројем осигураника на широком простору. Осим тога, осигурање је у принципу добровољно, од ризика се осигурава онај који то жели, а код катастрофалних ризика је премија висока, па осигурање закључују они који су у највећој мери угрожени јер нпр. живе на турском подручју, близу плавних река, у местима која су изложена олујним ветровима, у близини нуклеарних постројења,

хемијских фабрика и др. Осигуравач није тај који бира ризик, долазе му само лоши ризици и равнотежа портфеља је на самом почетку угрожена. Катастрофални догађаји имају за последицу већи број појединих изолованих штетних догађаја који су осигурани великим бројем полиса. Такве последице захтевају од осигуравача посебну опрезност у дефинисању осигуравајућег покрића и изради програма реосигурања. Последњих година је нарочито учестала појава великих поплава, олуја, земљотреса и других природних непогода те терористичких акција са великим бројем жртава и великом материјалном штетом.

Озбиљне тешкоће осигуравач има и у вези са утврђивањем премије. Вероватноћа настанка догађаја, учесталост ризика и просечна цена штете не може се утврдити без релевантних статистичких података. Али, код катастрофалних ризика овакви статистички подаци не постоје због слабе фреквентности догађаја што онемогућава било какво израчунавање износа штета и адекватне премије. Такође је проблем у томе што настанак катастрофе ствара значајну кумулацију штетних догађаја који доводе до великог броја одштетних захтева у кратком времену, што може да угрози финансијску стабилност осигуравача. У новије време траже се решења за остварење прихватљиве осигуравајуће заштите од природних и других катастрофа, од којих заслужује посебну пажњу оно које полази од схватања да обештећење жртава може на најбољи начин да се обезбеди сарадњом државе и осигуравача. Помоћ државе, у име националне солидарности, оправдава величина претрпљене штете, број оштећених лица, чињеница да такве штете не могу бити само на терету приватних осигуравача нити могу да се покрију по основу нечије одговорности када те одговорности нема, или је пак одговорно лице немогуће открити или је, ако се за њега зна, у немогућности да својом имовином накнади настале штете. Како осигурање из више разлога не може само да учествује у обештећењу жртава катастрофа, а ради се о феномену од националног значаја, последњих година се у развијеним земљама жртвама разних катастрофа обезбеђује осигуравајућа заштита иза које стоји држава. Пружа се подршка осигурању тако што се финансирају превентивне мере или држава преузима обавезу да накнади штете када су веће од одређеног износа (до одређеног лимита, или чак неограничено). Такође се оснивају и посебни фондови који се у највећој мери финансирају из премије осигурања.

Друштва за осигурање у Србији избегавају да осигуравају катастрофалне ризике, посебно због тога што је тешко обезбедити реосигурање с обзиром на скроман капацитет домаћих реосигуравача и неразвијено саосигурање. Зато је потребно да се укључи држава и заједно са друштвима за осигурање обезбеди покриће последица природних и других катастрофа како је већ низ година пракса у већем броју земаља.

1.4.1. Природне катастрофе

Велике поплаве, земљотреси и друге природне непогода које су учестале последњих година коштало је неке државе милијарде долара.³ Олује, урагани, циклони су велика претња неким земљама и зато је држава заинтересована да се такви догађаји осигурају. Земљотрес (евентуално велика плима) врло су добро познати ризици и прате се нарочито после Другог светског рата. Осигуравачи ретко прихватају да осигурају ризике у подручјима која су позната као трусна. Због климатских промена све је више присутан и ризик суше који погађа пољопривреднике у многим земљама. Ради се о ризицима које је тешко осигурати на комерцијалној основи. После великих поплава које су настале 1981. године, уведена је у неким европским земљама обавеза да се осигурају последице природних катастрофа (земљотрес, поплава, олуја) у оквиру националног програма заштите од природних катастрофа. Модалитети обештећења од природних катастрофа се разликују од земље до земље, али је правило да се оно обезбеђује појединцима и малим предузећима. Велики осигураници, индустријска постројења и други привредни субјекти осигуравају се добровољно и нису обухваћени националним програмом заштите.

Када је реч о природним катастрофама у неким земљама штете које се могу надокнадити у оквиру националног програма заштите од природних катастрофа јесу оне чији је директни узрок анормални интензитет природног чиниоца. Није одлучујућа „природа“ основног узрока (поплава, земљотрес, олуја, слегање тла и др.) већ његова изузетност која ствара катастрофу. Ниједан догађај није катастрофа сам по себи, он мора да досегне одређени степен јачине, изузетности да би то био. За неке догађаје постоје објективна мерила, земљотрес када као природна појава проузрокује штете може се квалификовати као катастрофа ако је одређене јачине према Рихтеровој скали, олуја ако ветар достиже одређену брзину. Природни догађаји за чије се катастрофално дејство не могу користити објективна мерила могу се сматрати катастрофалним ако проузрокују штете великих размера, последице „немерљивог“ догађаја указују на његову изузетност. Проблем осигурања катастрофалних догађаја на основу посебних прописа у неким земљама се, пак, решава тако што се узима да природну катастрофу представља догађај који се на тржишту осигурања не може осигурати. Који се догађај не може осигурати, утврђује надлежни државни орган у сваком конкретном случају.

3 Само је у 2005. години од разних катастрофа у свету (поплаве, олује, поморске и авионске катастрофе) 97.000 људи је изгубило живот. Укупна штета је процењена на више од 230 млрд. долара. Трећина од укупних штета је била осигурана. У Европи је само олујни ветар Ервин проузроковао штете које су европско осигурање коштале 1,9 млрд. долара. Највише су погођени Данска, Шведска, В. Британија и Немачка. У региону Алпа за штете услед поплава и клизања тла осигуравачи су платили 1,9 млрд. долара. Од тога је $\frac{3}{4}$ штета настало у Швајцарској (Сигма, Catastrophes naturelles en 2005: Nombreuses victimes de séismes, dommages records dus aux tempêtes, 2/2006, s. 4).

1.4.2. Технолошке катастрофе

Технолошке катастрофе које настају у вези са коришћењем великих индустријских постројења постају све већа опасност са којом су се последњих неколико година драматично суочиле неке развијене земље и које су због тога увеле механизам заштите њихових жртава који је сличан онима који се користе за природне катастрофе.⁴ Уводи се и обавезно осигурање од оваквих катастрофа.⁵ Услов за остварење права на накнаду из осигурања јесте то да је штета последица незгоде у вези са индустријским постројењем које је на листи потенцијалних загађивача животне средине и да је настала на великом броју непокретних ствари. Да се ради о догађају који има карактеристике технолошке катастрофе мора да констатује државни орган који утврђује подручја која су изложена овој опасности.

У земљама које нису увеле обавезно осигурање технолошких катастрофа штете се накнађују на основу стандардних услова осигурања од пожара и других опасности које углавном не покрива све догађаје и све штете, због искључења или других ограничења која су позната у осигурању имовине. Зато државе настоје да помогну осигуравачима да прихвате што потпуније покриће уз комерцијалне услове. То се чини преко пулова реосигурања који имају подршку државе утолико што она накнађује износе штета које не могу да се покрију средствима пула. Подршка државе је од великог значаја јер обезбеђује сигурност осигуравачима, реосигуравачима и осигураницима.

1.4.3. Тероризам

Са становишта технике осигурања ризик тероризма као и ризик од природне катастрофе и технолошки ризици такође спада у ризике који нису довољно дисперзовани да би могла да се обезбеди накнада на основу закона великих бројева. Једна терористичка акција може довести до масовних уништења материјалних добара и губитка људских живота за које је тешко обезбедити осигуравајуће покриће. Учестале терористичке акције појединача и група захтевају да се обезбеди обештећење жртава терористичких напада.

После терористичког напада на Њујорк 11. септембра 2001. године осигуравачи и реосигуравачи су се суочили са изузетно тешким последицама терористичке акције. Индустрија осигурања и држава су морале да одговоре на питање како да осигуравачи обезбеде покриће разних облика ризика тероризма у оквиру осигурања имовине. За решавање проблема осигурања ризика тероризма, као и код других катастрофалних ризика држава предузима разне мере. Она

4 Технолошке катастрофе, велики пожари и експлозије у области индустрије и енергетике су све већи ризици за осигураваче. У 2005. години 5 млрд. долара је исплаћено из фондова осигурања на име накнаде штета које су биле последице технолошких катастрофа (Сигма, оп. цит. стр. 3).

5 У француском граду Тулузу 21. септембра 2001. године дошло је до експлозије фабрике у којој је много лица претрпело штету. Одговорност за настанак тог догађаја није могла да се утврди и то је био повод да држава донесе закон о осигурању од технолошких ризика (30. јула 2003. године).

учествује у оснивању фондова намењених за обештећење жртава тероризма или учествује у накнади штете која не може да се обезбеди по основу осигурања и реосигурања и тиме омогућава реосигуравајућу подршку која је потребна тржишту осигурања. Циљ је да осигурање и реосигурање ризика тероризма буде на комерцијалној основи али да се не угрозе интереси осигураника. Осигуравачи и реосигуравачи се удружују у пулове који представљају посебан вид организоване расподеле ризика више осигуравача и реосигуравача. Пулови прихватају покриће ризика тероризма који је укључен у осигурање од пожара и осигурање губитака услед прекида рада (шوماжно осигурање).⁶

Међутим, из осигурања су искључене терористичке акције у току ратних операција и оне које имају за последицу оштећење или уништења компјутерских података услед дејства вируса као и делатности хакера јер је тешко доказати да су такве последице дело терориста. Напад терориста на интернет може да има негативан утицај на развој глобалне економије. Напад на телекомуникационе и друге инфраструктурне систем може да доведе у свакој земљи до несагледивих штетних последица. Осигурање не покрива по правилу ове штете поред осталог и зато што оне не доводе до штета на лицима и стварима које су покривене осигурањем већ се најчешће јављају као тзв. чисто имовинске (изворно новчане штете) које осигуравачи прихватају у покриће на основу посебних услова и премије.⁷

2. Осигурани случај

Осигурани случај је догађај којим се остварује ризик покривен осигурањем. Ризик је евентуални догађај који се реализује настанком догађаја који је дефинисан у уговору о осигурању као осигурани случај. Осигурани случај може бити штетни материјални догађај чији се настанак може релативно лако утврдити (нпр. пожар, излив воде, крађа) али може и неки други „догађај” као што је у неким осигурањима од грађанске одговорности одштетни захтев или узрок штете (радња или пропуштање који су довели до штете). Са становишта технике осигурања ради се о догађају који је осигуравач унапред предвидео да може да настане и за шта је наплатио премију.

Наступањем осигураног случаја настаје обавеза осигуравача да накнади штету у року који је предвиђен законом.

Осигурани случај је основни елеменат осигурања јер се уговор о осигурању и закључује да би осигуравач извршио своју обавезу ако настане догађај који је покривен осигурањем. Ако се догађај не оствари, обавезе осигуравача нема.

6 E.Michel-Kerjan/B. Pedell, Terrorism Risk Coverage in the post 9.11. Era: A comparaison of new Public-Private Partnerships in France, Germany and the USA, Working Paper No 2004-029; (Доступно на сајту: <http://grace.wharton.upenn.edu/risk/downloads/GP>).

7 Terrorist Acts Against Computer Installations and the Role of the Internet in the Context of International Terrorism, Comité Européen des Assurances, Property Insurance Committee, IT Risks insurance Sub-committee, februar 2004, стр. 2.

Када се ради о осигурању ствари услови осигурања имају одредбу која садржи правило по коме је осигурани случај настао оног тренутка кад је једна од осигураних опасности изненада и неочекивано почела да се остварује на осигураној ствари и да је оштећује. Осигуравач је у обавези од момента настанка догађаја без обзира што он траје у времену, па и након истека периода осигурања. Ако је ватра букнула неколико сати пре истека осигурања и развијала се касније осигуравач је у обавези за све последице пожара јер је прва манифестација догађаја била у периоду осигурања. У осигурању од грађанске одговорности осигурани случај може бити материјални догађај којим је проузрокована штета (саобраћајна незгода, пад малтера са зграде), узрок штете или одштетни захтев. Ако посредник или заступник осигурања не упозори кандидата за осигурање да може осигурати ризик који је иначе искључен из основног покрића, штету чини губитак накнаде коју би платио осигуравач да је осигурање ваљано закључено. У осигурању од одговорности посредника осигурања сматра се да је осигурани случај настао када је оштећени поднео одштетни захтев или када је учињен професионални пропуст. Шта се сматра осигураним случајем у осигурању од грађанске одговорности дефинисано је у уговору о осигурању зависно од тога о којем се извору опасности одговорности ради (ако је извор опасности ствар или индустријска и друга привредна делатност, осигурани случај је по правилу штетни догађај; ако је извор опасности професионална делатност дефиниција зависи од врсте делатности: код обављања професије лекара то је штетни догађај; адвоката, ревизора, и других давалаца интелектуалних услуга узрок штетног догађаја или одштетни захтев). Међутим, и онда када осигурани случај није дефинисан као штетни материјални догађај, осигураник је дужан да пријави и његов настанак да би осигуравач могао да утврди околности које су од значаја за утврђивање основа одговорности за проузроковану штету и висине штете (ако је у полиси осигурања од одговорности пројектанта утврђено да је осигурани случај одштетни захтев, осигураник мора да пријави рушење објекта који је рађен по његовом пројекту иако захтев још није поднет).

Да би један догађај који је последица осигураног ризика био осигурани случај, потребно је да је настао у периоду осигурања и на подручју које је наведено у уговору у одредби о територијалном важењу осигурања. Али, кад је уговорено да ће осигурањем бити обухваћен одређени период који претходи закључењу уговора, уговор ће бити ништав само ако је у часу његовог закључења заинтересованој страни било познато да се осигурани случај већ догодио, односно да је већ тада престала могућност да се он догоди.

Ако се у току истог периода осигурања догоди више осигураних случајева један за другим, накнада из осигурања се у праву већине земаља за сваки од њих одређује и исплаћује у потпуности с обзиром на целу суму осигурања, без њеног умањења за износ исплаћених накнада у том периоду. У условима се може предвидети сума по осигураном случају и укупна сума у периоду осигурања. Уговарање укупне суме се практикује када се ради о ризицима који могу да имају за последицу велике

штете по сваком осигураном случају. У случају уништења ствари (тотална штета) или кад се ствари по уговору о осигурању сматрају уништеним, за уништену ствар осигурање престаје.

Дефиниција осигураног случаја у појединим условима осигурања

1. Стандардни општи услови за осигурање од грађанске одговорности

1.1. Осигурани случај код одговорности за штету на стварима и штету на лицима

Осигурани случај је будући, неизвесан и независан од искључиве воље осигураника штетни догађај на основу кога би пређе оштећено лице могло да захтева накнаду штете. Сматра се да је осигурани случај настао оног тренутка кад је такав догађај почео да се остварује. Једним осигураним случајем сматра се и више временски повезаних штета, ако су оне последица истог узрока.

Осигуравач је у обавези само ако осигурани случај настаје за време важности осигурања.

Осигурани случај који је настао за време важности осигурања, а чији је узрок из периода који претходи закључењу уговора о осигурању или из времена кад је осигурање било прекинуто, покривен је осигурањем само ако уговорачу осигурања или осигуранику до почетка осигурања или поновног почетка осигурања није био познат или није могао бити познат узрок из кога осигурани случај потиче. Код штета услед повреде здравља које настају постепено, у случају сумње, сматра се да је штетни догађај настао кад је први пут налазом лекара утврђена повреда здравља.

1.2. Осигурање од одговорности за чисто имовинске штете

Ако се посебно уговори или ако је то предвиђено посебним одредбама општих услова, осигурање се односи на одговорност за „чисто имовинске штете“, тј. штете које нису настале ни повредом тела или здравља неког лица, нити оштећењем односно уништењем ствари.

Сматра се да је осигурани случај настао кад је учињена радња односно настало проуштање при обављању делатности означене у полиси, поседовања неке ствари и друго (извор опасности) којим је проузрокована чисто имовинска штета неком лицу. Осигурањем је обухваћена одговорност за штете чији је узрок (радња или проуштање) настао за време трајања осигурања уколико штете нису настале по истеку две године од престанка осигурања.

Ако је штета настала због проуштања, сматра се, у случају сумње, да је проуштање настало дана кад се проуштена радња најкасније морала предузети да би се избегло настајање штете.

2. Стандардни Општи услови за осигурање животиња

Сматра се да је наступило осигурани случај оног тренутка када је код осигуране животиње наступило угинуће, извршено принудно клање или принудно убијање, односно када је животиња продаја по прелиходном одобрењу осигураваача овлашћеном откупљивачу ради извршења принудног клања или принудног убијања, као последица осигураног ризика.

Осигурани случај је настао када је животиња оболела, па се предузима договорени захват у случајевима уговарања трошкова лечења или када настане осигурани ризик по посебним условима.

3. Услови за осигурање усева и плодова

Сматра се да је наступило осигурани случај оног тренутка када је једна од осигураних описности почела да проузрокује штету на осигураним усевима и плодовима.

3. Премија осигурања

Премија се израчунава на математичким основама и мора да буде довољна не само за извршење обавеза из уговора о осигурању већ и за покриће трошкова пословања друштва за осигурање.

Премија осигурања коју плаћа уговарач осигурања (брuto премија) састоји се од дела који је намењен за извршење обавеза осигураваача (техничка или нето премија) и дела за покриће трошкова осигураваача (режијски трошкови). Премија може да садржи и део за превентиву и тада део премије који је намењен за трошкове спровођења осигурања и део за превентиву чине функционалну премију као што то предвиђа Закон о осигурању Србије.

Износ техничке премије одговара статистичкој процени осигураног ризика. Са становишта технике осигурања ризици се процењују према статистичким критеријумима вероватноће настанка штетних догађаја и њиховог интензитета.

У осигурањима имовине осигураваачи прате кретање премија и штета у свакој пословној години. Тако се долази до показатеља успешног или неуспешног пословања. Ако је износ штета већи од премије резултат није добар, осигураваач мора разлику да накнади из других расположивих средстава јер текућа премија не покрива обавезе. Сваке године се утврђује *текући* и *меродавни* технички резултат. *Текући* технички резултат се добија када се подели износ обрађених (још неисплаћених штета) и фактурисане премије у пословној години. *Меродавни* технички резултат се добија када се подели износ исплаћених штета и наплаћене премије. Утврђивање и једног и другог резултата је важно за осигураваача. Ако је резултат лош мора да предузме одговарајуће мере, повећа премију, уведе

посебне обавезе осигураника тамо где је то од значаја за настанак ризика, улаже у превентивне мере и, на крају, престане да обавља неко осигурање ако резултати и поред свега што је предузето нису добри. Лош текући технички резултат указује на потребу да се пре свега побољша поступак обраде штета и предузму мере ефикасније наплате потраживања по основу дуговане премије.

3.1. Основни параметри за израчунавање премије

3.1.1. Учесталости и просечан износ штета

Висина премије зависи од учесталости штета (број осигураних случајева у односу на број осигураника) и просечног износа штета у одређеном периоду у будућности. Израчунавање вероватноће је на бази статистичке процене ранијих догађаја који су груписани у хомогене групе исте врсте. Нпр. ако у једној години у пожару изгори 15 осигураних ствари од 10.000 осигураних, вероватноћа настанка осигураних случајева је однос броја вероватних догађаја с обзиром на статистичке податке из прошлости („повољних шанси“) и укупног броја могућих догађаја што се у овом примеру изражава односом 15/ 10.000. Статистички однос се означава као „учесталост“ штета.

На висину премије утиче и просечни интензитет штета. Остварење ризика не доводи обавезно до тоталних штета (уништење осигуране ствари). У наведеном примеру од 15 осигураних предмета неки могу бити потпуно уништени, неки половично, а неки само мало оштећени. У просеку то може бити нпр. 40% или 70% укупног ризика.

Премија мора да одговара величини ризика и осигуравач не може да је одређује мимо правила која се заснивају на актуарској математици. Премија се индивидуализује на тај начин што се узимају у обзир параметри који су својствени осигуранику (у осигурању моторних возила године старости осигураника, број ранијих штета, тип возила, примена превентивних мера).

Осигуравачи имају посебна пословна акта, тарифе премија, за поједине врсте осигурања у којима су садржани елементи потребни за израчунавање премије за сваки уговор. У тарифама су садржане премијске стопе техничке премије (у промилима, а изузетно у процентима). На крају тарифе се дају табеле са прерачунатим бруто-премијским стопама. Изузетно се премијска стопа исказује у бруто износу.

На основицу за обрачун премије примењују се премијске стопе из одговарајућих тарифа премија. Одређивање основице за обрачун премије је мање или више лако зависно од врсте осигурања. У осигурању лица основица је осигурана сума. Премија се посебно израчунава за основне, допунске опасности, посебна уговарања, доплатке и попусте.



У осигурању ствари основица је сума осигурања која одговара вредности ствари (зграда, робе, производа). Када је вредност ствари променљива и основица за обрачун премије је прилагођена тим променама. У неким осигурањима, као што је осигурање залиха, плаћа се аконтација премије и након сваке пријаве промењених износа залиха врше се периодични обрачуни премије од датума пријаве до истека периода осигурања и пореде са аконтацијом премије за исти период. Ако је обрачуната премија осигурања већа од аконтације премије, наплаћује се додатна премија, а ако је обрачуната премија мања од аконтације, вишак премије се враћа. У осигурању објеката у монтажи ако је уговорено осигурање на стварну вредност, основица за обрачун аконтације премије је укупна предрачунска вредност објекта према уговореној цени, рачунајући од почетка осигурања до дана који се предвиђа као завршетак објекта. Коначни обрачун премије врши се по завршетку објекта на основу коначне вредности и стварног времена трајања монтаже. Ако се уговори осигурање са фиксном сумом осигурања, основица за обрачун премије је уговорена сума осигурања.

У осигурању од грађанске одговорности основица за обрачун премије је сума осигурања када је у функцији осигураног ризика. Ако се одговорност односи на одређену вредност (кућа, стан, ствар узети у закуп), та вредност је основица за обрачун премије и примењује се правило пропорционалности премије. Ако је привредна делатност извор опасности од грађанске одговорности основица за обрачун премије је укупни приход из делатности или зарада запослених. Код неких извора опасности ризик одговорности може бити у функцији броја ствари или броја лица нпр. одговорност болнице може бити у функцији броја кревета или одговорност спортског друштва у функцији броја чланова. Зато се премија одређује у апсолутном износу по кревету, члану друштва. Код осигурања извора опасности одговорности код којих је тешко наћи неки релевантан основ, премија се утврђује у функцији просечних штета на основу статистичких података.

Други део премије („комерцијални”) јесте за трошкове пословања: дивиденде акционарима, зараде запослених, трошкови закупа, провизије посредницима и агентима осигурања и трошкови у вези са проценом ризика, судски трошкови, плаћање доприноса (за гарантни фонд) плаћање пореза. Учешће трошкова у бруто премији је значајно за конкурентност на тржишту; са мањим трошковима осигуравач може да продаје осигурање са нижом премијом.

Правило пропорционалности премије

На основу понуде осигурања осигуравач процењује ризик и може да га класира у тарифне групе установљене на бази статистичких података. Ако је због грешке осигураника у пријави ризика осигуравач најлажио мању премију уговорна равнотежа која је поремећена може да се успостави смањењем накнаде у сразмери која постоји између висине премије која је плаћена и премије коју је требало плаћити да је ризик иначи пријављен:

Правило пропорционалности:

$$\text{накнада} = \frac{\text{Штећа} \times \text{плаћена премија}}{\text{дугована премија}}$$

Просечна цена штеће за даћу јединицу вредности ствари

Интензитет штеће у прошлости дозвољава израчунавање просечне цене штеће за даћу јединицу вредности ствари. Тако ако је осигурана вредност 1 000 000 динара, просечни интензитет у прошлости 60% просечна цена по насталој штећи биће

$$\frac{60}{100} \times 1.000.000 = 600.000 \text{ динара}$$

Ако је осигурана вредност неодређена, посебно у осигурању од грађанске одговорности, просечна цена је директно обрачунава на бази статистичких података о штећама.

Износ премије с обзиром на учешћалост и просечну цену штеће

Износ премије с обзиром на учешћалост и просечну цену штеће ако је број осигураних ствари 10.000, број осигураних случајева у посматраном периоду у прошлости 15, а интензитет штеће 60%:

$$\begin{aligned} \text{премија} &= \text{учешћалост} \times \text{просечна цена штеће} \\ \text{премија} &= \frac{15}{10.000} \times 600 = 0,9 \% (\text{промила}) \end{aligned}$$

3.2. Додатни параметри за обрачун премије

Основним параметрима за обрачун премије треба додати друге техничке параметре, као што су трајање осигуравајућег покрића покрића, бонус-малус и франшиза.

3.2.1. Трајање осигурања

Статистички обрачун ризика је установљен у функцији трајања покрића које је најчешће годину дана. У осигурању живота које се закључује на више година и где се ризик мења (нпр. ризик смрти расте са годинама), осигуравачи нивелишу премију за све време трајања осигурања.

Осигурање може бити закључено на време краће од једне године (нпр. осигурање иностраног возила док се користи у домаћој земљи, здравствено осигурање за време боравка у иностранству, осигурање помоћи на путу док путовање траје). Премија која се дугује део је годишње премије пондерисане евентуалним променама ризика у току године (нпр. осигурање аутомобила закључено на три летња месеца када је ризик највећи).

Премија за осигурања која су закључена са трајањем краћим од годину дана

Стандардна тарифа за обавезно осигурање аутомобилиста:

Осигурање са роком трајања краћим од годину дана закључује се се применом система „про скала“, и то:

Код осигурања с трајањем	Од годишње премије
до 3 дана	5%
до 10 дана	10%
до 15 дана	15%
до 1 месеца	20%
до 2 месеца	30%
до 3 месеца	40%
до 4 месеца	50%
до 5 месеци	60%
до 6 месеци	70%
до 7 месеци	80%
до 8 месеци	90%
преко 8 месеци	100%

3.2.2. Смањење и повећање премије с обзиром на технички резултат код осигураника (бонус – малус)

Одредба у уговору о осигурању о смањењу или повећању премије из тарифе (бонус-малус) омогућава прилагођавање премије ризику зависно од ранијих штета које је имао осигураник. Осигураник који није имао штете у ранијим

годинама осигурања награђује се смањењем премије (бонус), а онај који је имао плаћа у следећем периоду осигурања већу премију (малус). Под условима који су утврђени одговарајућим актом осигуравач смањује или повећава премију за следећи период осигурања у виду попуста, односно доплатака.

Осигуравачи имају табеле са коефицијентима бонус-малуса у којима су колоне са бројем година без штета, односно са штетама, и са одговарајућим процентом смањења или повећања премије. У пракси осигуравача попуст по правилу не може бити већи од 50%, док на повећање премије утиче конкуренција на тржишту осигурања.

Повећање и смањење премије могуће је у осигурањима која пружају осигуравајућу заштиту од ризика на чији настанак осигураник може да утиче својим радњама или пропуштањем (осигурање моторних возила, осигурање од грађанске одговорности, осигурања од лома машина, крађе, осигурање објеката у изградњи или монтажи).

Смањење премије због добрих резултата осигураника који се огледају у томе што није било исплата штета по његовој полиси осигурања доприноси превентиви у осигурању. Осигураницима који су имали више штета („лоши” осигураници) у периоду који је релевантан наплаћује се већа премија и тај доплатак може бити врло велики. Бонус и малус се утврђују појединачно за сваког осигураника на основу техничког резултата оствареног у претходним годинама (три, пет, зависно од уговора) а обрачунавају се унапред за наредни период трајања осигурања. Технички резултат утврђује се као однос између исплаћених штета и техничке премије. Бонус и малус се не примењују на осигурања која трају краће од годину дана. Признаје се бонус који је осигураник остварио код претходног осигуравача на основу потврде коју од њега добије. У обавезном осигурању од одговорности аутомобилиста осигуравач је дужан да изда потврду на захтев осигураника.

Бонус-малус у стандардној тарифи за осигурање машина од лома

Бонус у облику снижења или малус у облику доплатака на премију утврђује се појединачно за сваког осигураника на основу техничког резултата оствареног у последње три године и обрачунавају се унапред за наредни период осигурања.

Технички резултат K утврђује се као однос између ликвидираних штета и техничке премије а израчунава се:

$$K = \frac{K1+K2+K3}{3} \times 100$$

где је:

$K1$ – технички резултат прве посматране године,

$K2$ – технички резултат друге посматране године,

$K3$ – технички резултат треће посматране године.

У складу са наведеним бонус и малус износе:

ОБРАЧУН БОНУСА – МАЛУСА						
Осигураник _____				Тарифа 11 у 000 РСД		
Ред. број	Обрачунски период(год)	Премија осигурања*	Коеф. техничке премије	Техничка премија	Износ ликвидираних штедишта**	Годишњи технички резултат
1	2	3	4	5	6	7(6/5)
1	2009	5.645,00	0,80	4.516,00	2.058,00	$K_1=0,46$
2	2010	6.209,50	0,80	4.967,60	6.982,00	$K_2=1,41$
3	2011	7.451,40	0,80	5.961,12	672,00	$K_3=0,11$

*брutto премија без пореза

**без штедишта ликвидације

$$K = \frac{K_1+K_2+K_3}{3} \times 100 \quad K = 66\%$$

Сходно Табели бонуса - малуса Тарифе премије, примењује се:
Бонус од 5%

ТАБЕЛА БОНУСА – МАЛУСА			
Трогодишњи технички резултат у %	Осигураник има право на бонус у висини од %	Осигураник се зарачунава малус у висини од %	Оцена техничког резултата
0 – 20	30	-	добар
20 – 30	25	-	
30 – 40	20	-	
40 – 50	15	-	
50 – 60	10	-	
60 – 70	5	-	
70 – 100	0	0	средњи
100 – 110	-	5	лош
110 – 120	-	10	
120 – 130	-	15	
130 – 140	-	20	
140 – 150	-	25	

3.2.3. Учешће осигураника у штедишту (франшиза)

Ради смањења трошкова пословања или ради стварања услова да осигуравач преузме већи ризик условима осигурања или посебним одредбама полисе предвиђа

се учешће осигураника у штети. Код масовних осигурања као што је осигурање домаћинства, осигурање моторних возила, учешће у штети није већег износа и циљ му је да се избегну трошкови обраде мањих штета који поскупљују спровођење осигурања. Код осигурања где се очекује већи број осигураних случајева у години осигурања и где је опасност да осигураник допринесе у већој мери да они настану, условима се предвиђа већи износ франшизе да би се мотивисао осигураник да буде пажљив и да предузима мере спречавања настанка осигураног случаја (осигурање машина од лома где постоји опасност да се неодржавање осигуране ствари пребаци на осигуравача). Код већих индустријских ризика или осигурања од грађанске одговорности за производе, еколошке штете и други великих ризика уговара се веће учешће осигураника у сваком осигураном случају и по правилу се утврђује у одређеном проценту од износа настале штете (пропорционална франшиза). Ако се уговори франшиза, премија се смањује у проценту како је предвиђено у одговарајућем акту осигуравача. У неким осигурањима франшиза се може откупити.

Одредбе о франшизи у стандардним условима за осигурање машина од лома

Осигураник је дужан да учествује у штети са 15%. Ајсолућни износи минимално и максимално учешћа у штети утврђују се на почетку сваке календарске године и у току године коришћу се званично објављеним месечним коефицијентом раста цена на мало.

Осигураник може уговорити повећање учешћа у штети.
Улица франшизе на премију

Учешће у штети	Појс на премију
1.20%	10%
2.30%	20%
3.40%	30%

Учешће може бити изражено у проценту од штете или у апсолутном износу. Ако се уговори *интегрална франшиза*, осигуравач не плаћа штету ако је до износа уговорене франшизе, ако је штета изнад износа франшизе, накнађује се у целини. Ако је уговорена *одбијна франшиза*, осигураник учествује у свакој штети до уговореног износа. Када се уговори *пропорционална франшиза*, осигураник учествује у свакој штети у одређеном проценту. Ова франшиза се практикује код великих ризика и по правилу се уговара њен највиши и најнижи износ (нпр. 10% од штете, не мање од 10 000, и не више од 100 000 динара).

Пропорционална франшиза без уговарања њеног највећег износа

Адвокат је закључио осигурање од грађанске професионалне одговорности. У уговору о осигурању била је предвиђена одредба о франшизи у износу од 10% од целокупног износа штете. Уговорена је сума осигурања од 50.000 динара по осигураном случају. Штета је износила 500.000.

Није у складу са принципом обештећења одредба у уговору са ниском сумом осигурања по осигураном случају која предвиђа пропорционалну франшизу у односу на целокупну штету. Таква одредба има за последицу да је накнада све мања што је штета већа. Осигураник може да остане без накнаде када франшиза досегне или пређе износ суме осигурања. Основно питање које се поставља јесте да ли суд у оваквом случају може да прогласи неважећом одредбу уговора о којој су уговорне стране постигле сагласност. Одредба о франшизи није противзаконита, она је формално у складу са законом. Међутим, поставља се питање легитимности оваквог уговарања које доводи до обесмишљавања посла осигурања. Зато судови овакву одредбу о франшизи сматрају ништакном. Ово се избегава тиме што се код пропорционалне франшизе уговара максимални износ у штети.

4. Сума осигурања и осигурана сума

У осигурању имовине горњи износ обавезе осигуравача јесте сума осигурања. Она у осигурању ствари одговара вредности ствари, а у другим осигурањима имовине вредности другог имовинског интереса (нпр. у осигурању кредита тај интерес је висина потраживања које давалац кредита има према дужнику). У осигурању од грађанске одговорности сума осигурања је одређена вредношћу ствари када је одговорност везана за коришћење туђе ствари иначе је паушална. За већу суму плаћа се већа премија како је то утврђено у тарифи за ово осигурање.

У обавезним осигурањима од грађанске одговорности или обавезном осигурању незгоде закон предвиђа минималне суме осигурања/осигуране суме на које се мора закључити осигурање (у осигурању од аутомобилске одговорности, осигурању од одговорности посредника, актуара, корисника индустријских постројења, обавезном осигурању путника у средствима јавног превоза и др.). Уговорне стране могу закључити осигурање на већу суму, али не могу на суму испод оне предвиђене законом. У пракси се уговори закључују углавном на минималне законске суме.

У осигурању лица осигурана сума је горњи износ обавезе осигуравача, њу уговорне стране слободно утврђују приликом закључења уговора. Висина уговорене суме утиче на висину премије.





ПРАВНИ ОКВИР ОБАВЉАЊА ДЕЛАТНОСТ ОСИГУРАЊА

На делатност осигурања примењују се разни законски и подзаконски прописи и бројни општи и пословни акти друштава за осигурање који чине правни оквир у коме се делатност обавља. Правни прописи као најважнији извор права осигурања садрже норме које регулишу правни положај, статус друштава за осигурање (оснивање, надзор над пословањем и престанак друштава за осигурање) и норме које регулишу облигационоправне (уговорне) односе између осигураваача и уговарача осигурања. У већини развијених земаља донети су, у неким земљама још почетком XX века, посебни закони о оснивању и надзору делатности осигуравајућих организација и посебни закони који регулишу уговор о осигурању. У праву неких земаља уговор о осигурању се регулише одредбама садржаним у трговачком или грађанском закону (или закоником) или пак у оквиру закона о облигационим односима као што је то у Србији.

На делатност осигурања примењује се данас у Србији више закона од којих су најзначајнији Закон о осигурању (из 2004. године), Закон о облигационим односима (из 1978. године) и Закон о обавезном осигурању у саобраћају (из 2009. године). Поред ова три закона примењује се и Закон о поморској и унутрашњој пловидби (из 1998. године) који регулише уговор о пловидбеном осигурању и Закон о облигационим односима и основама својинскоправних односа у ваздушном саобраћају (из 1998. године) који регулише уговор о осигурању у ваздушном саобраћају.

Осим специјалних прописа који се односе на осигурање за нормално обављање делатности од значаја су и други прописи, пре свега они који се примењују и на остала привредна друштва. То су Закон о привредним друштвима; Закон о приватизацији; Закон о стечајном поступку; Закон о заштити потрошача; Закон о конкуренцији; Закон о регистрацији привредних субјеката; Закон о тржишту хартија од вредности и других финансијских инструмената; Закон о ревизији и рачуноводству и др. На делатност осигурања се примењују и општа правила грађанског права (о правној и пословној способности уговорних страна, уговору у корист трећих, застарелости потраживања и др.).

У земљама континенталног права, за разлику од англосаксонског права, судска пракса није извор права. Одлуке виших судова, међутим, имају велики значај јер доприносе правилној примени прописа од стране друштава за осигурање. Збирке судских одлука са коментарима су од непроцењивог значаја за доношење одлуке о захтевима осигураника према осигуравачу у њиховом најбољем интересу.

I. ПРОПИСИ И ДУГИ АКТИ СТАТУСНОГ КАРАКТЕРА

1. Закон о осигурању

Закон о осигурању Србије (даље: ЗОС) основни је пропис у материји осигурања статусног карактера. Назив закона је неадекватан јер не обухвата све норме које се односе на осигурање већ само групу административно (управно) правних норми које регулишу правни положај друштава за осигурање. Зато се у другим земљама са дугом традицијом осигурања закон који регулише статусна питања назива или закон о осигуравајућим организацијама или закон о надзору осигурања.

ЗОС даје дефиницију појма делатности и послова осигурања, затим прописује који субјекти могу да обављају послове осигурања и друге послове који су непосредно повезани са пословима осигурања, утврђује услове за давање дозволе за обављање послова, надзор солвентности у току обављања делатности, садржи одредбе о посредовању у осигурању, агенцијама за пружање других услуга у осигурању, одредбе о пласману средстава техничких резерви и мерама које се предузимају када је угрожена солвентност као и друге одредбе од значаја за обављање делатности.

2. Подзаконски акти

У низу случајева закони који регулишу статусна питања друштава за осигурање предвиђају доношење подзаконских аката од значаја за примену неких његових одредаба. Тим актима се ближе уређују питања која су законом начелно регулисана. То је случај и у праву осигурања Србије. Орган који је надлежан за доношење подзаконских аката је Народна банка Србије (даље: НБС). Овакво решење не постоји у већини земаља са дугом традицијом осигурања. Значајније подзаконске акте, а то су по правилу уредбе, доноси влада, а не орган за надзор. Од доношења ЗОС-а, НБС је донела велики број подзаконских аката, пре свега одлука (не и уредби јер њих може да доноси само влада):

Одлуке и друѓи акџии НБС

Одлука о сѣровођењу одредаба Закона о осигурању које се односе на издавање дозвола и сагласности Народне банке Србије; Одлука о ближим критеријумима и начину обрачунавања резерви за изравнање ризика; Одлуку о садржини података које друштво за осигурање доставља Народној банци Србије и о начину и роковима достављања тих података; Одлука о ближим критеријумима и начину обрачунавања матемаџичке резерве и резерве за учешће у добиџи; Одлука о сисџему инџерних конџирола и уџрављању ризицима у џословању друшџава за осигурање; Одлука о џивременим мерама за очување финансијске сџабилности у Републици Србији; Одлука о ближим критеријумима и начину обрачунавања резервисаних шџеџа; Одлука о условима за сџицање звања овлашћеног акџуара; Одлука о начину џроцењивања билансних и ванбилансних џозиџија друшџава за осигурање; Одлука о оѓраничењима џојединих облика деџоновања и улаѓања средсџава тџехничких резерви и о највишим износима џојединих деџоновања и улаѓања џаранџне резерве друшџава за осигурање; Одлука о начину уџврђивања и џрађењу ликвидности друшџава за осигурање; Одлука о садржини извешџаја о обављеној ревизији финансијских извешџаја друшџава за осигурање; Одлука о садржини мишљења овлашћеног акџуара; Одлука о ближим критеријумима и начину обрачунавања џреносних џремија; Одлука о начину уџврђивања висине марѓине солвенџности; Одлука о начину зашџиџе џрава и инџереса осигураника, корисника осигурања и џрећих ошџећених лица и џосџуџу џосредовања ради мирног решавања сџорних односа насталих из основа осигурања; Одлука о садржини и начину вођења реѓисџра података о друшџвима за осигурање и друѓим лиџима која обављају делатности осигурања; Одлука о ближим условима за давање банџама сагласности за обављање џослова засџуџања у осигурању; Одлука о смерницама за џроцену ризика од џрања новца и финансирања џероризма; Одлука о садржини и начину џолаѓања сџручног исџиџа за обављање џослова џосредовања, односно засџуџања у осигурању и начину доказивања исџуњености друѓих услова за добијање овлашћења за обављање тих џослова.

Осим одлука НБС је донела и друѓе акџије као шџо су џравилници (о конџином оквиру и садржини рачуна у конџином оквиру за друшџава за осигурање; о садржају и форми образаџа финансијских извешџаја друшџава за осигурање) уџуџсџа (за израду и електронско достављање података друшџава за осигурање Народној банци Србије). За унаџређење џослова осигурања од значаја су и Проѓрам за џолаѓање сџручног исџиџа за обављање џослова џосредовања, односно засџуџања у осигурању као и више смернице из обласџи надзора над обављањем делатности осигурања (које се односе на џрансџаренџности, корџоратџивно уџрављање, џрџишни ризик, сџречавање џрања новца, џреваре у осигурању).

3. Општи акти и акти пословне политике друштава за осигурање

Општи акти које доносе друштва за осигурање чине аутономно право и као извор права релевантни су само за унутрашње односе у друштвима за осигурање. Свако друштво за осигурање се оснива на основу одлуке о оснивању која садржи основне елементе статусног положаја друштва за осигурање. Уз захтев за оснивање друштво је дужно да приложи општа акта, пре свега предлог статута који је најважнији акт сваког привредног друштва па и друштва за осигурање. Бројна општа акта (правилници, одлуке) регулишу разна питања од значаја за пословање и управљање у друштву за осигурање као што су: максимална стопа режијског додатка; формирање и начин обрачунавања и висина преносних премија; начин утврђивања дела техничке премије за исплату насталих неисплаћених обавеза (резервисане штете); формирање и коришћење резерви за изравнање ризика; обрачун математичке резерве; формирање и коришћење резерви за учешће у добити; услови и начин саосигурања и реосигурања; услови и начин депоновања и улагања средстава друштва, услови и начин остваривања регреса и др. Иако су релевантни за унутрашње односе у друштву за осигурање општи акти су значајни правни оквир који обезбеђује законито и уређено пословање. Сви ови акти морају бити у сагласности са законским и подзаконским прописима.

II. ПРОПИСИ И ДРУГИ АКТИ ОБЛИГАЦИОНОПРАВНОГ КАРАКТЕРА

1. Прописи којима се регулишу уговори о осигурању

Закон о облигационим односима (даље: ЗОО) има велики број норми облигационо-правног карактера које садрже општа правила уговорног права, правила о грађанскоправној одговорности и правила о појединим уговорима. После уговора о продаји ЗОО највећу пажњу посвећује уговору о осигурању. То је зато што је овај уговор специфичан правни посао у коме учесници нису равноправни, осигуранику као слабијој уговорној страни је потребна законска заштита у односу на осигуравача који утврђује услове осигурања.

Законско регулисање уговора о осигурању је резултат потребе да се спречи да се осигурање спроводи у интересу осигуравача као јаче уговорне стране али и да се очувају основни принципи на којима делатност почива. У историји осигурања је забележено да су осигуравачи у уговоре уносили одредбе којима су значајно ограничавали осигуравајуће покриће. Слободу уговарања као врхунски принцип уговорног права користио је осигуравач који је као јача уговорна страна утврђивао услове осигурања водећи рачуна пре свега о својим интересима. Осим тога, у време када нису постојала посебна обавезна правила о уговору о осигурању и када није била предвиђена санкција за случај повреде основних принципа на којима делатност почива и јавног поретка, уговор о осигурању је, не ретко, био спекулативни посао који је служио богаћењу, а не заштити од ризика.

ЗОО садржи већи број норми императивног карактера, тј. норми од којих уговорне стране, осигуравач и уговарач осигурања, не могу одступити и којима се стога знатно ограничава слобода воље учесника у правном послу осигурања. Императивна је нпр. законска норма да се не може осигурати догађај који није неизвесан, будући и независан од искључиве воље осигураника (јер се тиме губи алеаторност уговора што је његова основна карактеристика). Такође се не може уговорити да осигураник губи право на накнаду из осигурања ако не пријави осигурани случај у уговореном року; не може се закључити осигурање на живот неког лица без његове сагласности; не може се исплатити осигурана сума лицу које је намерно лишило живота осигураника; не може закључити уговор о осигурању имовине лице које нема интерес да осигурани случај не настане итд. Ако се другачије уговори, уговор је ништав и не производи правно дејство.

Осим императивних, ЗОО садржи и диспозитивне норме, тј. норме које се примењују ако другачије није уговорено. Тако нпр. ЗОО предвиђа да је из осигурања лица искључен ризик смрти или незгоде ако је настао у току ратних операција, али дозвољава да се уговори супротно, да су смрт или незгода осигурани без обзира на узрок и околности; диспозитивна је и законска одредба да се код осигурања усева и плодова и осталих производа земље износ штете утврђује с обзиром на вредност коју би имали у време сабирања јер дозвољава да се другачије уговори; закон такође предвиђа да се у случају подосигурања накнада из осигурања смањује у сразмери у којој су сума осигурања и вредност ствар, али дозвољава да се уговором примена правила искључи и др.

Норме ЗОО које садрже правила о уговору о осигурању не примењују се на пловидбена осигурања која обухватају осигурање брода, осигурање робе у превозу и осигурање од одговорности превозника. На ова осигурања се примењује Закон о поморској и унутрашњој пловидби који садржи општа правила која се односе на све уговоре о поморској и унутрашњој пловидби и посебна правила која се односе на осигурање брода, робе у превозу, осигурање возарине и осигурање од одговорности превозника.

Како се норме ЗОО о уговору о осигурању не примењује ни на ваздухопловна осигурања на ове послове се примењује Закон о основним облигационоправним односима у ваздушном саобраћају. Одредбе Закона садрже правила која се односе на осигурање ваздухоплова и на осигурање од одговорности власника ваздухоплова за штете трећим лицима (на земљи). Закон се не односи на осигурање превоза робе, превоз пртљага и на одговорност за штете према путницима. На ова осигурања примењују се и општа правна правила о облигационим уговорима садржана у Закону о облигационим односима, Закону о унутрашњој и поморској пловидби и Закону о обавезном осигурању у саобраћају (обавезно осигурање путника у средствима јавног саобраћаја).

Закон о обавезном осигурању у саобраћају (из 2009. године) је први закон у Србији који је у целини регулисао материју обавезних осигурања у саобраћају. То су обавезно осигурање од одговорности аутомобилиста; обавезно осигурање

власника ваздухоплова за штете трећим лицима; обавезно осигурање путника у средствима јавног превоза и обавезно осигурања од одговорности власника моторних чамаца. Ова материја је у ранијем законодавству била регулисана законима о осигурању имовине и лица који су садржавали норме статусног и облигационоправног карактера. Заједница за осигурање он је један од најважнијих прописа јер послови обавезних осигурања у саобраћају преовлађују на тржишту осигурања у Србији. Разлог за то је што тржиште још није довољно развијено да би и добровољна осигурања имала значај који им припада с обзиром на потребе привреде и грађана за имовинском заштитом и од других ризика. Закон регулише сва значајна питања обавезних осигурања на начин који је прихваћен у земљама чланицама ЕУ, пре свега обавезног осигурања аутомобилиста које се спроводи на основу пет директива о усаглашавању прописа о обавезном осигурању од одговорности аутомобилиста.

2. Општи и посебни услови осигурања

Осим законских норми на уговор о осигурању се примењују и општи и посебни услови за осигурање који се односе на поједине групе или врсте осигурања и којима се ближе регулише обим осигуравајућег покрића и права и обавезе осигуравача и уговарача осигурања. Законима се регулишу питања која су од суштинског значаја за заштиту осигураника, правила струке и јавног поретка тако да је разумљиво што се на бројна питања која се постављају у послу осигурања од његовог закључења до престанка примењују општи и посебни услови осигурања.

Услове осигурања доноси надлежни орган друштва за осигурање и они могу да се разликују од осигуравача до осигуравача, али је то ретко. Осигуравачи доносе своје услове осигурања, али у пракси то су модел услови које утврђује њихово професионално удружење што је традиција у осигурању европских земаља. То су стандардни (модел) услови које чланови удружења, поједини осигуравачи, немају обавезу да примене, али то чине јер њих раде најбољи познаваоци струке осигурања који располажу свим релевантним подацима (пре свега о штетама и премији) које су чланови дужни да достављају удружењу. Уствари, у доношењу услова учествују осигуравачи преко својих представника у радним телима удружења тако да је разумљиво да их сви чланови примењују у потпуности или са мање значајним изменама.

Удружење осигуравача Србије због познатих околности последње две деценије није донело или ревидирало услове за традиционална осигурања тако да се примењује услови који су донети после Другог светског рата и који су у мањој мери прилагођавани измењеним економским и социјалним приликама у земљи. Нека друштва за осигурање која послују са већинским страним капиталом не ретко користе нешто прилагођене услове који се примењују у земљи у којој има седиште већински акционар што је пракса која не постоји у другим земљама.

Општи и посебни услови су саставни део уговора и осигуравач је дужан да их уручи приликом закључења уговора уколико нису одштампани на полиси осигурања. Услови не могу да садрже одредбе које су у супротности са императивним законским нормама. Уговорне стране не морају да прихвате опште и посебне услове и тада се на конкретан уговорни однос примењују законска правила о уговору о осигурању и одредбе садржане у полиси осигурања. Ако се на основу општих законских правила и одредаба полисе нека питања од значаја за конкретни уговорни однос не могу решити примењују се општа правила која осигуравач примењује у пракси осигурања у питању.

Општи услови се односе на више врста осигурања која имају исте карактеристике. То су норме које садрже правила за низ конкретних ситуација као и закони. Тако нпр. општи услови за осигурање имовине утврђују основна правила у осигурањима чији је циљ обештећење осигураника, а то су сва осигурања ствари и другог имовинског интереса (грађанска одговорност, разни финансијски губици). Општи услови за осигурање живота садрже правила која су специфична за осигурања којима се обезбеђује исплата уговорене суме када се оствари осигурани случај (смрт, доживљење). Услови садрже одредбе које су преузете из закона, али и одредбе које је формулисао осигуравач и које су потребне да би се прецизирале законска правила или утврдила правила да не би било правних празнина.

Правила Општих услова за осигурање имовине су бројна: о начину закључења уговора; плаћању премије; полиси и листи покрића; обавезама приликом закључења уговора, у току трајања осигурања и када настане осигурани случај; о трајању уговора о осигурању; начину обавештавања, изменама услова и тарифа, снижењу и повећању премије; заштитним мерама, уговореном самопридржају (франшизи), утврђивању, процени и вештачењу штете, исплати накнаде из осигурања и др.

Осим Општих услова за осигурање имовине у пракси осигурања примењује се више општих услова: Општи услови за осигурање живота, Општи услови за осигурање животиња, Општи услови за осигурање од грађанске одговорности, Општи услови за осигурање усева и плодова, Општи услови за осигурање од последица несрећног случаја (незгоде); Општи услови за осигурање ренте. Сви ови општи услови садрже општа правила о закључењу уговора, полиси осигурања, основним обавезама уговарача осигурања и осигуравача али и правила која се специфична за осигурања на која се односе.

Посебним условима се ближе дефинише предмет осигурања и обим осигуравајућег покрића одређеног ризика. Посебни услови су бројни: за осигурање пожара, објеката у изградњи, лома машина, лома стакла, крађе, одговорности за штете од производа са недостатком, одговорности за еколошке штете, одговорности за поједине професије и бројни други услови. У пракси се примењују и *дојунски услови* којима се утврђују правила која су потребна ради прилагођавања права и обавеза уговорних страна специфичним захтевима осигуравајућег покрића појединих ствари и имовинског интереса. Поред општих и посебних услова у полису се често уносе и посебне одредбе (утаначења) која имају пре свега за циљ да у конкретном

уговору прошири или сузи покриће које произилази из општих, посебних или допунских услова и тиме оно у свему прилагоди потребама за осигуравајућим покрићем у конкретном послу осигурања.





УЧЕСНИЦИ У ПОСЛУ ОСИГУРАЊА

Уговор о осигурању се закључује између осигуравача (друштва за осигурање) и уговарача осигурања (физичких и правних лица). Осигуравач често поверава закључивање уговора заступницима (агентима) који иступају у његово име и за његов рачун. Лице које закључује уговор са осигуравачем, уговарач осигурања, није увек и осигураник и корисник осигурања јер се уговор може закључити у корист другог лица. У осигурању живота уговор се може закључити на живот другог лица који има својство осигураника и у корист неког другог лица а не осигураника и уговарача осигурања. У осигурању имовине уговарач осигурања може закључити уговор којим се штити имовински интерес неког другог лица (осигурање за туђи рачун). Лице које је назначено као осигураник у уговору за туђи рачун има право на накнаду из осигурања ако у моменту настанка штете докаже да има имовински интерес. Зато су учесници у послу осигурања и лица која закључују уговор за туђи рачун и лица чији је имовински интерес или живот осигуран и лица која су корисници осигурања (у осигурању лица).

Значајни учесници у послу осигурања су и посредници који пласирају и дистрибуирају уговоре потенцијалним уговарачима. У послу осигурања учествују и други субјекти када осигуравач није у стању да сам носи преузети ризик. То су реосигуравачи и пулови саосигурања и реосигурања који послују као привредна (акционарска) друштва.

У новије време се у послове осигурања укључују и разни фондови који се финансирају из премије осигурања и који обезбеђују имовинску заштиту одређених категорија лица (жртве саобраћајних незгода, тероризма и других аката насиља) те имовинску заштиту осигураника за случај стечаја осигуравача или пензијског фонда. Иако нису непосредни учесници у послу осигурања разна професионална удружења су такође од великог значаја за заштиту интереса осигураника и других корисника услуга осигурања и унапређење делатности (општа удружења осигуравача, удружења за право осигурања, удружења актуара, удружења агената и брокера осигурања и др.). Удружења имају значајну улогу и на националном и

на међународном тржишту осигурања, она су по правилу чланови светских или регионалних удружења осигуравача. Сарадња на међународном плану осигурања традиционално постоји не само због потребе раздеобе ризика путем реосигурања на међународном тржишту већ и због размене података, искустава и знања које доприноси да осигурање буде што боље научно утемељено.

I. ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ

Послове осигурања не могу да обављају појединци, то може правни субјект који је основан у форми која је предвиђена законом. Избор форме није слободан. У већини земаља најзначајнији субјекти који обављају делатност осигурања су *акционарска друштва* и *друштва за узајамно осигурање*. У неким земљама дозвољено је оснивање друштава за осигурање у другој форми као што су јавна друштва за осигурање или сопствена друштва за осигурање (captive). Сопствена друштва за осигурање у развијеним земљама имају значајан удео на тржишту осигурања. То су филијале која се оснивају у оквиру групе (холдинга) индустријских и трговинских предузећа ради обављања послова осигурања и реосигурања за групу. Чланови групе плаћају премију осигурања сопственом друштву и тако премија остаје у оквиру групе. Често се оснивају у земљама које пружају пореске олакшице и тако обезбеђују пословање са мање трошкова. Ову форму друштава ЗОС не познаје, иако су таква друштва могла да се оснивају према ранијем законодавству.

Делатност осигурања могу обављати друштва која су добила дозволу надлежног органа за надзор осигурања. Дозволу за обављање послова осигурања даје НБС јер је њој поверен надзор над осигурањем. У другим земљама надзор осигурања је поверен посебним независним телима (агенције, комисије, бирои) или одређеном министарству.

Друштва за осигурање могу да обављају само оне врсте осигурања у групи послова животних и неживотних осигурања за која су добила дозволу. Оснивање мешовитих (композитних) друштава која могу да обављају све послове осигурања није могуће. Будући да у Србији послују мешовита друштва, потребно је њихову организацију ускладити са захтевом специјализације за обављање послова осигурања. Специјализација је прихваћена и у праву Европске уније, али се дозвољава да друштва која су основана као мешовита пре доношења наднационалних прописа којима се уводи специјализација и даље послују као таква али уз обавезу да воде одвојено књиговодство за две основне групе осигурања, животно и неживотно. У нашем праву друштво које има дозволу за обављање послова осигурања не може да обавља истовремено и послове реосигурања које може да обавља само друштво које је добило дозволу за обављање тих послова. У развијеним земљама се дозвољава да осигуравачи обављају и послове реосигурања јер се сматра да је то у интересу боље раздеобе ризика у националним оквирима.

ЗОС утврђује услове који су потребни да би друштво могло да се оснује као и сва друга питања од значаја за здраво пословање друштва. Ово је први закон у Србији који државном надзору над пословањем посвећује пажњу на начин на који се то чини у прописима о надзору делатности осигурања који се примењују у европским земљама. Правила о надзору солвентности и мерама које НБС као орган за надзор може да предузме ако је солвентност угрожена од великог су значаја за развој делатности у интересу осигураника и развоја економије земље.

1. Акционарска друштва за осигурање

Једна од форми у којој могу да се оснивају привредна друштва јесу акционарска друштва. Према Закону о привредним друштвима Србије то су друштва која имају својство правног лице приватног права и привредна друштва капитала у коме је капитал подељен на акције. Акционарско друштво се оснива ради стицања профита који расподељује својим акционарима у облику дивиденди. Акције друштва могу да се котирају на берзи. Услови за оснивање акционарског друштва за осигурање тежи су него услови за оснивање других акционарских друштава што је и разумљиво јер се ради о привредним субјектима који располажу средствима која припадају осигураницима и која морају да се очувају ради сваковремене заштите од ризика који је осигуран.

Као и сва привредна друштва која се оснивају у форми акционарских друштава у тржишној економији и акционарска друштва за осигурање се оснивају ради стицања добити (профита). Друштва са седиштем у Србији могу да оснују најмање два домаћа или страна правна или физичка лица. Основни извор за формирање фондова из којих се извршавају обавезе друштава јесте премија осигурања.

1.1. Оснивање друштва

Оснивачи акционарског друштва за осигурање подносе НБС захтев за издавање дозволе уз који су дужни да приложе: уговор о оснивању; предлог статута; доказ да је уплаћен новчани износ основног капитала; пословни план друштва; предлог аката пословне политике; списак акционара; податке о лицу лица које ће обављати послове овлашћеног актуара; доказ о кадровској оспособљености и др.

Законска обавеза достављања одређених докумената и података приликом оснивања друштва има за циљ увид органа за надзор у испуњеност правних и финансијских услова за нормалан рад друштва.

Минимални износ основног капитала којим друштво мора да располаже приликом оснивања не може бити мањи од законом предвиђеног износа (који је изражен у еврима и за свако друштво у оснивању обрачунава се по средњем курсу НБС на дан уплате).

Акционарско друштво мора у току свог пословања, а не само у време оснивања, да обезбеди законом утврђен износ основног капитала. Посебан надзор у току оснивања акционарских друштава и у току њиховог пословања у вези је са потребом очувања њихове солвентности да би обавезе према осигураницима могле редовно да се извршавају.

Оснивачи друштва морају да приложе сва документа и податке које закон захтева да би могла да се изда дозвола за обављање послова осигурања. Ако у току пословања дође до промена података на основу којих је издата дозвола за оснивање друштва (мења се назив друштва, седиште, пословни план) о томе мора да обавести орган за надзор који предузима одговарајуће мере.

НБС је дужна да у року од 60 дана од дана подношења захтева донесе одлуку о захтеву за оснивање друштва. Ако је у том року не донесе, сматра се да је издата (на основу правила о „ћутању администрације”).

По добијању дозволе друштво се уписује у регистар код надлежног органа и стиче својство правног лица.

1.2. Органи управљања у друштвима за осигурање

На управљање акционарским друштвима за осигурање примењују се бројне одредбе Закона о привредним друштвима (нпр. начин избора у орган управљања, одговорност органа за незаконите одлуке, мандат чланова органа управљања и др.).

Основно начело је да акционарским друштвом за осигурање управљају *акционари* по основу и сразмерно висини својих удела у капиталу друштва израженом у акцијама. Акционар може да буде и осигураник, али његово право да управља друштвом не произилази из својства осигураника већ власника друштва. У акционарском друштву за осигурање органи управљања су: скупштина, управни одбор, надзорни одбор и директор.

Функције наведених органа су јасно разграничене. Прописи о осигурању предвиђају строге услове за избор чланова органа друштва (нпр. доказ о школској спреми, квалификацијама и професионалном искуству, доказ да лице у питању није било члан органа управљања у друштву над којим је отворен стечај, да има пословни углед и др.).

Исте органе управљања има и друштво за узајамно осигурање.

2. Друштво за узајамно осигурање

Правна природа друштава за узајамно осигурање значајно је другачија од акционарских друштава за осигурање. То нису привредна друштва, не оснивају се ради стицања прихода па ни онда када се оснивају ради осигурања индустријских и трговачких предузећа. Она су дужна да обезбеде оснивачки фонд који је по правилу нижи од основног капитала акционарских друштава.

Вишак у току пословања се расподељује члановима друштва који су истовремено и осигураници. Као чланови друштва осигураници присуствују скупштини друштва, бирају органе управљања и могу да буду у њих бирани. Начин управљања овим друштвима је сличан оном акционарских друштава.

Осигураници плаћају допринос који је као и премија износ који се плаћа као цена за покриће ризика, али има други назив јер може да се повећа у току трајања осигурања док је премија увек фиксна. Статутом друштва се утврђује да ли се допринос и под којим условима може повећати. Ако недостаје средстава за извршење обавеза, од чланова се може захтевати поновно плаћање доприноса, али најчешће не више од износа који је већ плаћен. Допринос за осигурање живота у праву земаља са дугом традицијом узајамног осигурања не може бити варијабилни већ само фиксни.

Популарност друштава за осигурање у развијеним економијама објашњава чињеницом да је допринос нижи од премије, некада и дупло. То је зато што друштво не плаћа дивиденде и што су трошкови пословања нижи.

Друштва за узајамно осигурање се не оснивају ради стицања профита. Друштво обавља делатност у интересу својих чланова (осигураника). Лица која су уплатила средства у оснивачки фонд јесу оснивачи. Друштво могу да оснују правна и физичка лица. ЗОС предвиђа да је потребно да друштво за животна осигурања оснује најмање 250 физичких лица, а узајамна друштва за друге врсте осигурања најмање 300 правних и/или физичких лица. Та лица уплаћују допринос приликом оснивања друштва који поред оснивачког улога који уплаћују правна и физичка лица доприноси финансијској стабилности друштва на почетку пословања.

У Србији није основано ниједно друштво за узајамно осигурање иако су она у интересу многих појединаца и правних лица јер обезбеђују јефтиније осигурање и могућност да се вишак прихода над расходом друштва расподели члановима друштва. У развијеним земљама друштва за узајамно осигурање су бројна, она обезбеђују осигурање од одговорности аутомобилиста, разна осигурања пољопривредника (здравствено, пензијско, незгоде, живота, усева и плодова, животиња) осигурање разних професија, здравствено осигурање али и друга осигурања када постоји интерес одређене групе појединаца да обезбеде осигурања на непрофитној основи. Друштва за узајамно осигурање су од значаја и за осигурање оних ризика које профитна друштва избегавају да осигурају (једно време је то био нпр. случај са ризиком професионалне одговорности лекара на тржишту САД).

2.1. Услови за оснивање друштва

Друштво за узајамно осигурање оснива се уговором који се мора поднети уз захтев за издавање дозволе за обављање послова осигурања. Уговор о оснивању мора да садржи елементе који су битни за правни положај друштва (фирма и седиште, подаци о оснивачима, износ новчаних средстава за оснивање, број

оснивача и висина улога сваког оснивача, условима, роковима и начину враћања уплаћених улога оснивача, последицама пропуштања уплате улога и минималног доприноса и др.).

ЗОС предвиђа да се за ова друштва, иако не послују на профитној основи, мора приликом оснивања да уплати исти износ основног „капитала” који је предвиђен и за акционарска друштва. Ради се у ствари о оснивачком улогу, друштво за узајамно осигурање не може да има „капитал” јер је непрофитно. Таквим захтевима се дестимулише оснивање друштава за узајамно осигурање у Србији.

2.2. Врсте друштава

Друштво за узајамно осигурање може да се оснује са:

- *неограниченим доприносом* када може од сваког члана да се захтева уплата додатног доприноса без ограничења ако недостају средства за накнаду штета и извршавање других обавеза друштва;
- *ограниченим доприносом* када може од сваког члана да се захтева уплата додатног доприноса највише до износа доприноса уплаћеног у претходној пословној години ако средства којима располаже друштво нису довољна за покриће његових обавеза.

Да ли ће друштво да се оснује са ограниченим или неограниченим доприносом, утврђује се статутом друштва.

2.3. Управљање друштвима за узајамно осигурање

На управљање друштвима за узајамно осигурање примењују се ЗОС како оне његове одредбе које се односе само на ова друштва тако неке одредбе које се односе на органе управљања акционарског друштва.

Постоје две категорије лица која управљају у друштвима за осигурање:

- *оснивачи* који управљају друштвом по основу уложених средстава (оснивачких улога). Оснивачи улажу средства у оснивање друштва јер осигураници својим доприносима често не могу да обезбеде новчани износ који закон захтева за оснивање друштва. Током пословања оснивачима се враћају уложена средства тако да они управљају друштвом до повраћаја својих улога;
- *осигураници* имају право управљања које произилази из својства члана друштва, а не из истовременог својства осигураника. Друштво за узајамно осигурање може да закључи уговор са трећим лицима која немају својство члана друштва јер нису учествовала у оснивању друштва. Ова лица немају

својство члана већ само осигураника, а то својство им не даје право да учествују у управљању друштвом.

Друштво за узајамно осигурање има исте органе управљања као и акционарско друштво за осигурање.

Табела друштва у Србији и друштва у Европи

У Србији дозволу за обављање послова осигурања има 27 акционарских друштава за осигурање. Већина друштава је са већинским страним капиталом.

1. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „АМС ОСИГУРАЊЕ“
2. А.Д. ЗА НЕЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ „АС ОСИГУРАЊЕ“
3. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „АХА НЕЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ“
4. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „АХА ЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ“
5. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „БАСЛЕР“ неживотно осигурање
6. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „БАСЛЕР“ животно осигурање
7. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ДДОР НОВИ САД“
8. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „DELTA GENERALI ОСИГУРАЊЕ“
9. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ“
10. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ЕНЕРГОПРОЈЕКТ ГАРАНТ“
11. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ГЛОБОС-ОСИГУРАЊЕ“
12. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „GRAWЕ“
13. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „МЕРКУР“
14. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „МИЛЕНИЈУМ ОСИГУРАЊЕ“
15. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „САВА ОСИГУРАЊЕ“
16. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ТАКОВО“
17. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „ТРИГЛАВ ОСИГУРАЊЕ“
18. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „UNIQA“ неживотно осигурање
19. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „UNIQA“ животно осигурање
20. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „WIENER STADTISCHE ОСИГУРАЊЕ“
21. А.Д. ЗА РЕОСИГУРАЊЕ „ДДОР РЕ“
22. А.Д. ЗА РЕОСИГУРАЊЕ „DELTA GENERALI РЕОСИГУРАЊЕ“
23. А.Д. ЗА РЕОСИГУРАЊЕ „ДУНАВ-РЕ“
24. А.Д. ЗА РЕОСИГУРАЊЕ „WIENER РЕ“
25. А.Д. ЗА ЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ „METLIFE“
26. А.Д. ЗА ЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ „SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ОСИГУРАЊЕ“
27. А.Д. ЗА ОСИГУРАЊЕ „САВА ЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ“

Број акционарских друштва за осигурање у Европи 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Аустрија	75	73	72	71	73	72	71	71	72	127
Белгија	204	201	189	181	171	161	156	151	148	145
Бугарска	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	41	45	45	n.a.
Швајцарска	142	143	141	143	143	143	143	148	150	151
Кипар	36	36	34	33	33	32	30	34	34	34
Чешка	43	42	42	40	45	49	52	53	53	53
Немачка	640	645	640	633	632	613	609	607	596	582
Данска	243	228	216	213	206	201	202	202	159	184
Естонија	14	13	13	13	12	16	19	20	19	19
Шпанија	414	401	393	379	362	354	357	296	294	292
Финска	69	68	68	68	67	66	63	63	63	63
Француска	504	495	486	475	486	477	464	461	452	441
Грчка	107	102	100	99	95	90	86	85	82	73
Хрватска	24	23	24	24	25	20	23	25	27	26
Мађарска	23	28	28	28	28	27	31	30	30	32
Ирска	196	199	224	217	226	229	233	236	227	227
Исланд	11	10	11	11	10	10	9	9	9	13
Италија	246	245	236	235	230	235	234	239	241	242
Лихтенштајн	19	21	23	28	32	35	37	42	41	40
Луксенбург	93	94	95	95	95	95	94	96	n.a.	97
Литванија	21	20	19	18	20	20	21	23	25	24
Малта	19	18	18	20	25	37	41	44	53	52
Холандија	353	389	379	363	344	360	345	329	287	268
Норвешка	96	96	96	112	116	114	118	122	124	120
Пољска	71	74	77	74	74	72	76	66	66	63
Португалија	86	85	74	70	70	76	83	85	87	82
Румунија	n.a.	42	46	39	37	36	42	43	45	45
Шведска	461	448	440	428	415	392	392	381	381	386
Словенија	14	14	15	16	18	18	20	21	21	21
Словачка	28	29	28	25	26	25	24	20	20	20
Турска	63	58	55	53	53	53	56	59	60	64
Велика Британија	810	806	772	1 167	1 118	1 050	1 017	972	934	1 314
	5 125	5 146	5 054	5 371	5 287	5 178	5 189	5 078	n.a.	n.a.

Број запослених у акционарским друштвима за осигурање Европи 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Аустрија	27 359	25 925	26 106	26 494	26 267	26 292	26 667	26 547	26 732	26 538
Белгија	26 293	25 912	24 722	24 506	24 004	23 752	24 048	24 300	23 964	23 727
Бугарска	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Швајцарска	48 171	46 175	44 514	42 186	45 606	47 184	47 990	49 236	46 413	45 659
Кипар	1 650	1 660	1 665	1 691	1 700	1 749	1 767	1 854	1 874	1 965
Чешка	15 718	15 740	15 658	14 600	14 506	14 410	14 501	14 726	14 559	14 359
Немачка	245 400	248 100	244 300	240 800	233 300	225 700	218 900	216 300	216 500	216 400
Данска	13 692	13 516	13 647	14 181	14 046	14 259	15 995	16 273	16 455	16 773
Естонија	1 623	1 552	1 458	1 444	1 364	1 458	1 458	1 536	1 737	n.a.
Шпанија	55 728	47 477	48 116	45 953	49 135	48 049	47 991	49 203	47 779	n.a.
Финска	10 888	11 301	11 542	11 180	10 448	10 583	10 669	10 810	10 563	10 472
Француска	138 600	139 200	138 500	138 000	143 700	143 750	143 950	145 200	147 700	147 400
Грчка	9 500	9 500	9 500	9 500	9 500	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000
Хрватска	5 049	5 495	6 194	6 190	7 017	7 984	9 360	10 514	11 184	n.a.
Мађарска	27 762	27 587	28 069	27 226	26 001	26 131	26 242	26 125	23 914	25 003
Ирска	12 842	15 000	15 227	14 989	14 303	14 256	14 762	15 033	14 300	14 000
Исланд	600	574	572	563	575	577	580	575	557	557
Италија	41 746	39 980	39 291	40 105	39 924	39 795	46 278	46 831	47 369	47 185
Лихтенштајн	n.a.	n.a.	n.a.	154	170	223	311	463	507	510
Луксембург	2 532	2 654	2 673	2 969	3 045	3 170	3 242	3 268	3 710	3 950
Латвија	1 799	1 786	2 837	2 988	3 333	3 800	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Малта	625	542	534	642	667	806	832	786	n.a.	n.a.
Холандија	n.a.	n.a.	n.a.	63 000	63 000	62 000	61 000	59 000	59 000	57 000
Норвешка	9 000	9 800	9 600	9 300	9 900	9 300	9 500	9 310	9 310	n.a.
Пољска	32 595	29 521	28 946	28 677	28 864	28 474	30 251	29 623	29 129	n.a.
Португалија	13 700	13 105	12 575	11 835	11 829	11 518	11 295	11 307	11 270	11 224
Румунија	n.a.	n.a.	25 300	36 130	36 000	n.a.	n.a.	n.a.	15 083	n.a.
Шведска	17 258	18 987	18 973	18 914	19 000	19 389	20 032	20 715	19 259	20 414
Словенија	4 929	5 204	5 521	5 690	5 878	5 992	6 064	6 331	6 306	6 128
Словачка	7 916	7 622	6 743	6 484	6 304	6 300	6 300	6 640	6 218	n.a.
Турска	10 168	10 750	11 426	12 140	12 837	13 550	14 937	16 007	18 840	16 683
Велика Британија	223 900	217 475	211 300	208 100	176 100	179 300	177 500	178 700	117 000	n.a.
	1 007 043	992 140	1 005 509	1 066 631	1 038 323	998 751	1 001 422	1 006 213	956 232	n.a.

Извор: Извештај Европског комитета осигурања (СЕА) за 2010. годину. Доступно на сајту www.sea.com.
у Европи послује и велики број друштава за узајамно осигурање.

II. УГОВАРАЧИ ОСИГУРАЊА И ОСИГУРАНИЦИ

1. Уговарачи осигурања

Уговоре о осигурању закључују физичка лица која имају пословну способност и правна лица која су основана у складу са прописима. Када у осигурањима имовине физичко или правно лице закључује уговор у своје име и за свој рачун, они су и осигураници, а ако то није случај већ осигурање закључују за туђи рачун, имају својство уговарача осигурања. Осигурање за туђи рачун има дугу традицију, јавило се у поморском осигурању када су бродарска друштва закључивала осигурање робе за рачун власника. Данас такође постоји већи интерес неких субјеката да се уговор о осигурању закључи за туђи рачун (складиштари, превозници за рачун власника ускладиштене, односно робе у превозу). У осигурању лица уговори се често закључују у корист других, а не уговарача осигурања. У таквом послу лице које је закључило уговор има својство уговарача осигурања, а лице које има право на осигурану суму јесте корисник осигурања. Ради се о уговорима у корист трећих лица и правило су код уговора за случај смрти осигураника.

1.1. Физичка лица као уговарачи осигурања

На тржишту осигурања као купци услуга осигурања јављају се физичка лица која су заинтересована да код друштва за осигурање закључе уговор под најповољнијим условима (нижа премија, шири обим осигуравајућег покрића). Физичка лица спадају у категорију „потрошача” осигурања којима закон пружа већу заштиту него правним лицима. Физичка лица закључују уговоре о осигурању незгоде, здравствено осигурање, разне видове осигурања живота, осигурања везана за моторна возила, осигурање домаћинства и друга осигурања која се на тржишту осигурања могу понудити физичким лицима.

1.2. Правна лица као уговарачи осигурања

Привредна друштва, држава, јавне и полујавне установе, разна удружења и друге непрофитне организације јављају се као купци осигурања ради заштите од ризика који могу угрозити обављање привредне или друге делатности. Ови субјекти закључују разна имовинска осигурања која пружају заштиту од ризика којима су изложени као власници ствари и у току обављања делатности.

Привредна друштва и друга правна лица појављују се и као уговарачи осигурања код колективних уговора о осигурању којима се обезбеђује осигуравајућа заштита већем броју лица (радницима, пензионерима, члановима спортских удружења, адвокатских комора, лекарских комора). Колективни уговори су на савременом тржишту осигурања развијених земаља све бројнији.

III. ПОСРЕДНИЦИ И ЗАСТУПНИЦИ ОСИГУРАЊА

Уговор о осигурању може да се закључи директно са осигуравачем у његовим просторијама, или преко интернета у новије време. Послове закључивања уговора обављају запослени у друштву за осигурање који имају овлашћење да иступају у име и за рачун осигуравача. Овај начин закључивања уговора практикују у највећој мери друштва за узајамно осигурање. Други начин закључивања уговора је преко лица која се баве посредовањем у осигурању. То могу бити физичка лица и правна лица која су основана у форми која је дозвољена за обављање послова посредовања у осигурању.

Дистрибуција уговора о осигурању све више се обавља преко шалтера банака (у неким земљама и поште) чиме се обезбеђује осигурање великом броју клијената. Законом се утврђује да банке могу да обављају послове заступања у осигурању и услови који морају бити испуњени да би осигурање на овај начин могло да се дистрибуира.¹ У развијеним земљама групмани банака оснивају друштва за осигурање (филијале) која обезбеђују осигурање њиховим клијентима.

1. Посредници осигурања

Посредници (брокери) осигурања су лица која раде за клијента, будућег осигураника, тако што обезбеђују покриће код осигуравача који је најповољнији и може да обезбеди осигурање у најбољем интересу клијента. Посредник нема овлашћење да закључи уговор у име и за рачун клијента, већ га доведе у везу са осигуравачем и помаже код закључивања уговора (попуњава образац понуде, даје обавештења о осигуравачима на тржишту осигурања, њиховим условима и тарифама). Ако има овлашћење клијента да закључи уговор посредник иступа у таквој ситуацији као заступник клијента.

У Србији послове посредовања у осигурању могу да обављају друштва за посредовање која имају дозволу НБС за обављање ових послова. У праву развијених земаља дозвољава се и физичким лицима да обављају послове посредовања.

Друштво за посредовање у осигурању може да обавља и послове заступања у осигурању (да иступа у име и за рачун осигуравача) ако добије дозволу НБС. Међутим, у истом послу не може да посредује за клијента и заступа осигуравача.

1 Закон о банкама (Службени гласник РС, бр. 107/05) дозвољава банкама да обављају послове заступања у осигурању (члан 4. Закона). Ближи услови за обављање делатности утврђени су у посебној одлуци НБС (Службени гласник РС бр. 57/06). Банке могу да добију дозволу за обављање послова заступања под условом да банкарски службеници добију лиценцу након положеног испита по програму НБС. На тржишту Србије дозволу за обављање послова заступања има 16 банака.

1.1. Друштва за посредовање

Друштво за посредовање може да се оснује као акционарско друштво за осигурање и као друштво са ограниченом одговорношћу.

Захтев за издавање дозволе за обављање послова посредовања подноси се НБС. Уз захтев се подносе писмена утврђена законом (оснивачки акт; предлог статута; доказ да је уплаћен потребан износ основног капитала; пословни план друштва; доказ о кадровској и техничкој оспособљености друштва; доказ да је закључен уговор о осигурању од грађанске одговорности из обављања делатности и др.)

Новчани износ основног капитала друштва за посредовање не може бити мањи од:

- 25.000 евра у динарској противвредности за друштва која су основана у форми акционарског друштва,
- 12.500 евра у динарској противвредности за друштва која су основана у форми друштва са ограниченом одговорношћу.

Ако друштво за посредовање у осигурању обавља и послове заступања износ новчаног капитала се повећава за 30%.

Послове посредовања у друштву за посредовање могу да обављају лица која имају лиценцу за обављање послова, која се добија од НБС на основу положеног испита.

2. Заступници осигурања

Заступници (агенти) осигурања су лица која имају са осигуравачем закључен уговор о заступању и као такви могу да иступају у његово име и за његов рачун. То значи да обавезују осигуравача као налогодавца и ако направе пропуст, за тај пропуст одговара осигуравач, осим ако је заступник прекорачио овлашћења предвиђена уговором о заступању.

У Србији пословима заступања могу да се баве и физичка и правна лица.

2.1. Физичка лица као заступници осигурања

Физичко лице које жели да обавља послове заступања подноси захтев НБС. Уз захтев се прилажу акти и докази који гарантују да ће послови моћи да се обављају у складу са законом и правилима струке (оснивачки акт, доказ о идентитету заступника, доказ о стручној спреми, доказ да је уплаћен износ од 1.500 евра; да заступник није осуђиван, да је измирио порез и др.).

На основу дозволе за обављање послова заступања заступник у осигурању се уписује у регистар код надлежног органа управе.



2.2. Привредна друштва као заступници осигурања

Друштво за заступање може да се оснује у форми акционарског друштва и у форми друштва са ограниченом одговорношћу. Износ капитала потребан за оснивање друштва исти је као за друштва за посредовање у осигурању.

Друштво подноси захтев НБС која издаје дозволу за обављање послова заступања ако су испуњени законом предвиђени услови.







Четврто поглавље

ПОДЕЛА ОСИГУРАЊА

Осигурање се класификује у разне групе и врсте према особеностима осигураних ризика и предмета осигурања. Груписање је резултат законодавних, практичних и теоријских потреба и разлога.

Група осигурања обухвата више осигурања која имају заједничка основна обележја утврђена законом или обележја установљена правилима која су у пракси осигуравача настајала у развоју осигурања. У савременим законима о надзору друштава за осигурање који се заснивају на комунитарним директивама у области осигурања прави се подела на групу животних и неживотних осигурања. У законима који регулишу уговор о осигурању као и у правној теорији и пракси осигурања постоји традиционална подела на две групе осигурања: осигурање лица и осигурање имовине која се не поклапа у потпуности са првом законском поделом. Постоје поделе по другим критеријумима које се срећу у теорији и пракси осигурања, па и у пракси појединих осигуравача ради ефикаснијег обављања посла.

Под *врстом осигурања* подразумева се осигурање на које се примењују одређени услови осигурања и тарифа премија који су прилагођени правним, економским и техничким захтевима покрића осигураних ризика (за осигурање од ризика пожара и других опасности, осигурање од крађе, осигурање од грађанске одговорности, осигурање машина од лома, осигурање усева и плодова, осигурање животиња, осигурање правне заштите; осигурање незгоде, осигурање живота и др.). На поједине врсте осигурања примењују се, поред општих услова који садрже правила прилагођена групи или подгрупи којој неко осигурање припада, и посебни услови. Они ближе регулишу предмет, обим покрића и права и обавезе осигуравача и осигураника у складу са посебностима осигураног ризика, односно предмета осигурања. Сваки осигуравач, у оквирима утврђеним законом, може да одреди да ли ће једном врстом осигурања бити обухваћено више различитих ризика или предмета.

I. ОСИГУРАЊЕ ИМОВИНЕ И ЛИЦА

Традиционална и најзначајнија подела осигурања на групу осигурања имовине и групу осигурања лица присутна је у теорији права осигурања, у законима о уговору о осигурању и пракси осигуравајућих организација. Подела је резултат разлика које постоје с обзиром на природу основне обавезе осигуравача: у осигурању имовине обештећење осигуранику, у осигурању лица исплата уговорене осигуране суме. На осигурања која су у групи имовинских или осигурања лица примењују се посебна правила о којима ће касније бити више речи.

II. ОСИГУРАЊЕ КОПНЕНИХ, ПЛОВИДБЕНИХ И ВАЗДУХОПЛОВНИХ РИЗИКА

Подела на групу копнених, пловидбених и ваздухопловних осигурања извршена је с обзиром на то где ризик може да настане. Ова подела је од значаја за примену прописа јер се на копнена осигурања примењују прописи који садрже општа правила о уговору о осигурању, док се на пловидбено и ваздухопловно осигурање примењују и специјални прописи и други извори права (у већој мери нпр. и обичаји у пловидбеном осигурању) који утврђују правила прилагођена посебним карактеристикама осигураних ризика.

Група *копнених осигурања* обухвата сва осигурања која покривају ризике који се могу остварити на стварима и лицима на копну: ризик грађанске одговорности у вези са поседовањем непокретних и покретних ствари и делатности и активности на копну; ризик оштећења, уништења или нестанка покретних ствари на копну и оштећење или уништење непокретности, као и ризик разних финансијских губитака, осигурање живота и незгоде.

У *пловидбена осигурања* спадају осигурања која пружају заштиту од ризика оштећења, уништења или нестанка поморских и речних бродова; ризик оштећења, уништења или нестанка робе која се превози бродом; ризик грађанске одговорности превозника и ризик финансијских губитака у вези са пловидбеном незгодом.

Ваздухопловно осигурање обухвата осигурања која покривају ризике на ваздухоплову као средству превоза, грађанску одговорност власника ваздухоплова и ризик незгоде путника. Осигурање од одговорности за штете од ваздухоплова трећим лицима је обавезно осигурање. Обавезно је и осигурање путника од незгоде. Сваки власник тог превозног средства дужан је да закључи ову врсту осигурања да би могао да га користи за превоз путника и робе. Обим покрића и минимална сума осигурања на коју се мора закључити осигурање утврђени су законом који регулише обавезна осигурања у саобраћају.

III. ОБАВЕЗНА И ДОБРОВОЉНА ОСИГУРАЊА

Подела на групу обавезних и добровољних осигурања извршена је с обзиром на начин настанка осигурања и новијег је датума. Ова подела одговара захтевима посебног регулисања и изучавања осигурања која се на основу закона морају закључити и која имају изузетан не само економски него и социјални значај. Добровољна осигурања су правило. Сваки правни субјект може да одлучи да ли ће закључити осигурање и код ког осигуравача. То је у складу са принципима тржишне привреде на коме влада слободна иницијатива учесника.

Иако преовлађују добровољна осигурања, у савременом осигурању је све више оних која се морају закључити, посебно осигурања од разних извора опасности грађанске одговорности. То је случај и у Србији, све је већи број обавезних осигурања од професионалне одговорности. Да би се добила дозвола за обављање појединих делатности, услов је да се закључи осигурање од одговорности (ревизора, актуара, посредника у осигурању, адвоката). Циљ увођења обавезних осигурања јесте имовинска заштита оштећених лица, јер они који својим пропустима и радњама проузрокују штету другоме често немају средстава да штету надокнаде. Организовање спортских, културних и других приредби и разних манифестација са већим бројем учесника, управљање спортским објектима, као и обављање разних опасних активности такође се, нарочито у неким земљама, условљава тиме да се закључи обавезно осигурање од незгоде учесника или одговорности организатора и власника спортских и других опасних уређаја.

IV. ИНДИВИДУАЛНА И КОЛЕКТИВНА ОСИГУРАЊА

Ова подела се заснива на критеријуму начина закључења уговора. *Индивидуална осигурања* су осигурања која закључују поједини субјекти ради заштите од ризика који могу настати у свакодневном приватном животу или у току обављања делатности ради стицања прихода. У историји осигурања први уговори о осигурању су се закључивали ради заштите интереса уговарача осигурања; онај ко је закључивао уговор и плаћао премију био је и осигураник. Иако и у савременом осигурању преовлађују ови уговори, све више се закључују колективни уговори.

Колективна осигурања закључује уговарач осигурања ради обезбеђења осигуравајуће заштите већем броју лица. Ово осигурање закључује најчешће послодавац за своје раднике или неко професионално или друго удружење за своје чланове, или нпр. банка за своје клијенте. Код уговора који се овако закључују осигураници су радници, клијенти или чланови удружења који су и корисници осигурања, а у случајевима смрти осигураника корисници могу бити друга лица (чланови породице, наследници). Најчешће се закључују колективна осигурања незгоде, живота, а у новије време и колективна осигурања допунских пензија и

здравствено осигурање. Два последња осигурања најчешће закључују послодавци за раднике, али је све више и колективних уговора које ради обезбеђења допунске пензије и боље здравствене заштите закључују разна удружења, коморе и друштва за своје чланове (удружења уметника, адвокатске коморе, лекарска друштва и др.).

V. САОСИГУРАЊЕ И РЕОСИГУРАЊЕ

Ова подела је извршена с обзиром на начин изравнања ризика. *Саосигурање* је хоризонтална, а реосигурање вертикална расподела ризика изнад самопридржаја осигуравача.

Без обзира на то којим средствима располаже друштво за осигурање је увек суочено са ризицима које неће моћи да покрије у целини. Данас је то посебно изражено због убрзаног развоја привреде, климатских промена и организованог насиља. Јављају се нови ризици о којима не постоји довољно статистичких података, а вредности које се осигуравају све су веће (нпр. вишеспратне скупе грађевине у великим градовима, спортски објекти, огромна индустријска постројења: за производњу нуклеарне енергије, хемијске фабрике, постројења за прераду нафте и др.). Из тих разлога цена штета стално расте. У новије време и климатске промене узрокују катастрофалне штете (поплаве, олује, суше). Постоје и ризици који не могу проузроковати велике штете, али је могуће да настане велики број мањих штета у кратком периоду што је за осигуравача такође опасност и зашта је решење пренос дела ризика на друге осигураваче и на реосигураваче. Данас се велики ризици реосигуравају на међународном тржишту реосигурања на коме се реосигуравачи удружују у пулове реосигурања да би могли да обезбеде покриће које је потребно осигуравачима.

Захваљујући реосигурању остварује се ризична заједница која омогућава преузимање у осигурање и ризика који су изнад материјалних могућности осигуравача и доприноси сигурности и у случају већих одступања од очекиваних обавеза осигуравача. Самопридржај представља износ обавеза које друштво за осигурање може само да изврши с обзиром на средства којима располаже. Осигуравач до износа самопридржаја накнађује штете и извршава друге обавезе које је преузео уговором о осигурању, изнад тога саосигуравач или реосигуравач. Утврђивање самопридржаја је изузетно важно за пренос ризика на другога. Ако је самопридржај прениско одређен, осигуравач непотребно преноси на реосигуравача ризик који може сам да покрије, а то значи да се одриче дела премије коју плаћа реосигуравачу. Ако је самопридржај превисок постоји ризик да осигуравач у случају непредвиђено високих обавеза западне у финансијске потешкоће које могу довести до инсолвентности и стечаја. Која су оптимална решења, зависи од пословне политике осигуравача и средстава којима располаже по основу наплаћене премије и других извора.

1. Саосигурање

Пре него што реосигура део ризика осигуравач може да га подели са више осигуравача. Осигуравачи се споразумевају тако да сваки учествује у евентуалној штети у сразмери са својим уделом у суми осигурања. Саосигурање је користан инструмент раздеобе ризика јер обезбеђује да се његов мањи део пренесе на реосигуравача. Реосигурање је скупо, посебно у случају када ризик мора да се реосигура у иностранству и премија реосигурања да плати у инострану валути.

1.1. Учесници у послу саосигурања

Саосигурање може да се дефинише као посао у коме више осигуравача осигурава један исти ризик који се односи на исти предмет осигурања, и то тако да сваки од њих преузима један део покрића. Саосигурање је примарно средство расподеле ризика од момента закључења уговора.

Посао се закључује најчешће тако што се осигураник обраћа посреднику осигурања да нађе осигуравача који ће под најповољнијим условима да обезбеди потребно покриће. Када се осигурава велики ризик, посредник треба да нађе више осигуравача да би се ризик преузео у осигурање. Осигуравачи могу да закључе уговор о саосигурању, од случаја до случаја, а могу да закључе уговор о обавезном саосигурању за неке изузетне ризике. Осигуравачи који су прихватили да учествују у послу саосигурања бирају између себе водећег осигуравача (лидер) који иступа према осигуранику у име и за рачун осталих осигуравача (закључење уговора; издавање полисе, наплата премије која се касније расподељује између саосигуравача, обрада и исплата штета). Издаје се једна полиса и у њој се означава водећи осигуравач и сви саосигуравачи и њихови удели. У пракси развијених земаља саосигурање се често практикује код осигурања поморских и ваздухопловних ризика и у осигурању индустријских постројења.¹

У саосигурању једног ризика може да учествује велики број осигуравача, у неким случајевима и неколико десетина или стотина. Осигуравачи који имају седиште у једној држави чланици ЕУ могу да учествују у саосигурању великих или масовних ризика који се налазе у другој држави чланици било као водећи осигуравач или саосигуравач, тако да у једном послу може да учествује велики број осигуравача. На сваког отпада мањи део од укупне суме покрића чиме се добија велика сигурност за случај insolventности неког од учесника у заједничком послу осигурања.

У свету осигурања најпознатији саосигуравачи су чланови британског „Лојда“ који представља удружење осигуравача који практично иступају као саосигуравачи.

¹ У Француској је 60% пожарних индустријских ризика саосигурано. У Србији се саосигурање мало практикује иако је од изузетног значаја за економију земље.

1.2. Односи учесника у послу саосигурања

Међусобни односи саосигуравача утврђени су споразумом о саосигурању. Укупан збир удела саосигуравача не може бити изнад осигуране вредности (нпр. по 10% ризика преузима десет осигуравача). Сваком саосигуравачу припада премија сразмерно његовом уделу у ношењу ризика.

Водећи осигуравач иступа у име и за рачун свих саосигуравача у односима са уговарачем осигурања од закључења до престанка уговора. Он обавештава о доспелости премије, наплаћује је и расподељује осталим осигуравачима. Њему се подноси пријава штете и он је задужен за извиђај и процену свих околности од значаја за плаћање штете или одбијање захтева ако штета није покривена осигурањем.

У законодавству већине земаља саосигуравачи су у обавези према осигуранику у висини свог удела, тј. само за онај део ризика који су преузели. У нашем праву сваки саосигуравач одговара осигуранику за целокупну штету: осигуравач који је штету исплатио у целини има право да се регресира од осталих осигуравача који су учествовали у подели ризика највише до удела сваког од њих.

Осигуранику су познати сви осигуравачи и њихови удели, осигураник је у непосредном правном односу са сваким осигуравачем (за разлику од реосигурања осигураник по правилу и не зна за реосигуравача). Односи између појединих осигуравача немају утицаја на право осигураника.

2. Реосигурање

Реосигурању се прибегава како када се осигуравају велики индустријски или неки други велики ризици и када се осигуравају масовни ризици који се по правилу не саосигуравају (као што је случај код осигурања моторних возила). У нашем праву друштво за осигурање дужно је да реосигура вишак ризика изнад самопридржаја.

Осигуравач (*цедент*) уступа део свог дуга према осигуранику другом субјекту, реосигуравачу (*цесионар*). Реосигуравач и сам може да пренесе део ризика који је преузео уговором о реосигурању (тада је *рејроцедент*) на другог реосигуравача (који је у таквом послу *рејроцесионар*).² Ретроцесија је честа код осигурања великих ризика и у пословима мањих реосигуравача.

Пословима реосигурања могу да се баве осигуравачи и специјализована друштва за реосигурање. Друштва за осигурање имају посебне службе за обављање ових послова. Из непознатих разлога у нашем праву друштвима за осигурање није дозвољено да се баве и пословима реосигурања.

² Уговором о реосигурању се преноси дуг (осигуравач преноси на реосигуравача део обавезе коју има према осигуранику) и зато се користе појмови цесионар и цедент који су уговорне стране у уговору о цесији (уговор о уступању дуга).

2.1. Правни односи између учесника у послу реосигурања

Реосигурање је посао којим се један осигуравач сам „осигурава“ да би могао да изврши обавезе преузете уговором о осигурању када постоји опасност да то неће моћи. Он при томе остаје једини у обавези према осигуранику (за разлику од саосигурања где сви осигуравачи имају обавезу према њему). Између осигураника и реосигуравача не постоји никакав правни однос. Ако реосигуравач оде у стечај осигуравач је дужан да у потпуности изврши обавезе према осигуранику.

Односи између осигуравача и реосигуравача регулишу се уговором. Основна обавеза осигуравача је да плати премију реосигурања, а реосигуравача да када настане реосигурани случај исплати одређену суму како је уговорено. Уговором се регулишу и разна друга права и обавезе између уговорних страна (нпр. о каквом се реосигурању ради, како се достављају подаци, о обавези реосигуравача да плати провизију, ако је инострани реосигуравач које се право примењује на уговор о осигурању и суд које земље ће бити надлежан за случај спора и др.).

2.2. Врсте реосигурања

Постоје разне поделе реосигурања. Основ поделе на *факултативно и обавезно* јесте начин закључења уговора. Код факултативних уговора о реосигурању осигуравач је слободан да уступи одређени ризик реосигуравачу који може, а не мора да га прихвати. Код обавезних уговора о реосигурању осигуравач преузима обавезу да у одређеном времену уступи део ризика који је осигурао (нпр. 20% ризика пожара), а реосигуравач да их реосигура без могућности да одбије да реосигура одређени ризик. Уговор може да се закључи и као факултативно-обавезни (*open cover*) на основу којег је осигуравач слободан да уступи одређени ризик реосигуравачу, а овај је дужан да га реосигура.

С обзиром на начин извршења обавеза реосигуравача уговори се деле на уговоре о *пропорционалном* и уговоре о *непропорционалном* реосигурању. Код пропорционалног реосигурања обавеза реосигуравача је одређена с обзиром на ризик који осигуравач покрива осигурањем, а код непропорционалног обавеза реосигуравача је одређена с обзиром на суму осигурања или штету коју осигуравач треба да плати осигуранику.

У теорији и пракси реосигурања најзначајнија је подела на пропорционална и непропорционална реосигурања.

2.2.1. Пропорционална реосигурања

Најзначајнија пропорционална осигурања су *квотино* и *ексцедентно* реосигурање. Код *квотиног* реосигурања осигуравач предаје у реосигурање део (квоту) од свих послова које је закључио у погледу ризика на које се реосигурање

односи (нпр. део свих послова осигурања моторних возила, осигурања незгоде, здравственог осигурања). Реосигуравач има обавезу да осигуравачу у одређеном проценту исплати накнаду коју овај дугује осигуранику, а осигуравач се обавезује да у истом проценту реосигуравачу плати део премије.

Квотно реосигурање практикују осигуравачи који немају довољно средстава и искуства. За осигураваче који су дуго на тржишту и имају велики портфељ ово реосигурање не одговара јер се у реосигурање преносе и ризици које може и сам да носи.

Екседенцијно реосигурање се не односи на све послове одређеног ризика већ само на оне код којих сума осигурања или вредност осигураног предмета прелазе његов самопридржај. Само када је самопридржај осигуравача прекорачен реосигурање дејствује од износа прекорачења.

Код оваквог вида реосигурања од највећег је значаја утврђивање самопридржаја осигуравача јер ако тачно не процени своје могућности у погледу покрића појединих ризика, последица може бити недовољно или превелико реосигуравајуће покриће.

2.2.2. Нејпропорционално реосигурање

Најзначајнија непропорционална реосигурања су реосигурање *вишка штећења* (*excess of loss*) и *реосигурање вишка губитка* (*stop-loss*).

Реосигурање *вишка штећења* је повољно нарочито у случајевима када постоји могућност настанка великих штета. До одређене висине штету сноси осигуравач, а преко тога обавеза је на реосигуравачу.

Реосигурање *вишка губитка* није често у пракси. Овде се не узима вишак штета по основу једног или више уговора већ реосигуравач има обавезу да накнади губитак у једној врсти осигурања у одређеном времену (најчешће годину дана). Ово је корисно за осигуравача јер у једној години може да настане више штета које не прелазе његов самопридржај али могу озбиљно угрозити његову финансијску стабилност.

Реосигуравачи нерадо прихватају овакво реосигурање јер немају увида у пословање осигуравача, а и због тога што оно може да има за последицу недовољну пажњу осигуравача који рачуна на материјалну подршку за случај да има губитке.

VI. ЖИВОТНА И НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА

Ова подела је новијег датума и од значаја је за добијање дозволе за обављање послова осигурања коју даје надлежни државни орган за надзор осигурања и за ефикасан надзор у току оснивања и пословања друштва за осигурање. У захтеву за добијање дозволе за обављање послова осигурања мора да се наведе за коју групу осигурања се друштво оснива и коју врсту осигурања у оквиру групе

жели да обавља. Дозвола се даје за обављање било животних било неживотних осигурања. Друштво за осигурање које је добило дозволу за једну или другу групу осигурања не може касније да захтева проширење послова на врсту осигурања које не спада у групу осигурања за које је добијена дозвола. Дозвољен је један изузетак: друштво које добије дозволу за обављање животних осигурања може да обавља две врсте неживотних осигурања, осигурање незгоде и здравствено осигурање као допунска осигурања уз осигурање живота. Осигурање незгоде и здравствено осигурање, иако су везани за повреду тела или здравља осигураника, спадају у неживотна осигурања јер она у значајном делу покривају трошкове у вези са незгодом и болешћу чији се износ може утврдити (трошкови лечења, губитак зараде услед привремене неспособности за рад). С обзиром на то да и једно и друго осигурање могу да се уговоре и на паушалну осигурану суму и да су везана за тело и здравље појединца, дозвољава се да се уговарају и заједно са осигурањем живота. У делу обавеза које представљају накнаду штете ова два осигурања се спроводе као и свако друго имовинско осигурање. Заснивају се на заједници ризика (заједнице осигураника од истог ризика која омогућава да се обештете они осигураници који су претрпели штету) и обавезе се извршавају из текуће премије, а не на бази капитализације као код осигурања која су закључена на осигурану суму.

Осигурања која се односе на трајање живота неког лица спадају у групу животних осигурања. Сва осигурања која обезбеђују накнаду претрпљене штете услед настанка осигураног случаја и која се обављају на принципу текућег прилива премије и извршења обавеза осигуравача спадају у неживотна осигурања.

1. Животна осигурања

Осигурања живота се обављају на бази капитализације. Премија коју плаћа уговарач осигурања прикупља се у времену на које је осигурање закључено и тако се обезбеђује штедна сума која се исплаћује осигуранику. Код осигурања за случај смрти која су закључена на краће време могло би се говорити о осигурању које се спроводи као имовинско осигурање јер нема прикупљања премије у времену. Међутим, и ова осигурања традиционално спадају у категорију осигурања живота јер се односе на ризик везан за нечији живот, а за израчунавање премије користе се таблице смртности. Осигуравачи радије закључују вишегодишња осигурања на основу константне премије која је нивелисана путем капитализације.

У групу животних осигурања спадају: сва *осигурања живог*, тј. осигурања код којих обавеза осигуравача зависи од трајања људског живота (осигурање за случај смрти, осигурање за случај доживљења, мешовито осигурање и за случај смрти и за случај доживљења); *рентно осигурање* које обезбеђује исплату ренте једнократном уплатом премије приликом закључења уговора о осигурању или допунску пензију на основу осигурања за случај доживљења; *дојунско осигурање*

уз осигурање животића; добровољно пензијско осигурање подразумева управљање затвореним и отвореним пензијским фондовима (фондовима предузећа или неког другог правног субјекта или фондовима којима може да приступи свако лице, а не само члан колективитета који оснива фонд); *друге врсте животићних осигурања* (нпр. исплата осигуране суме за случај рођења, венчања, школовања).

Осигурања животића са дојунским осигурањем неспособности за рад

Осигурање за случај смрти је закључено је на осигурану суму од 5.000.000 дин. Дојунско осигурање од незгоде и болести обезбеђивало је доживотну ренџу за случај инвалидитета. У уговору је била клаузула да осигуравац исплаћује ренџу само ако неспособност за рад није последица болести која је постојала у време закључења уговора.

Осигураник је пре закључења уговора имао болесне вене и након шест година од закључења уговора оперисан због тромбозе леве ноге. Пре операције је лежао услед трипа и запаљења плућа, што је по налазу лекара утицало на погоршање стања крвних судова. Осигураник је проглашен неспособним за рад (био је месар) и захтевао је од осигураваца исплату ренџе. Осигуравац је одбио јер је, по његовом мишљењу, неспособност за рад последица болести вена која је постојала пре закључења уговора.

Да је осигураник оболео у току осигурања, осигуравац би исплаћивао ренџу до краја његовог животића. За случај његове смрти осигурана suma би се исплатила корисницима осигурања јер су закључена два осигурања, за случај незгоде и животићно осигурање за случај смрти.

2. Неживотна осигурања

У ову групу осигурања спада велики број врста осигурања којима је заједничко то да обезбеђују накнаду штете која је последица оствареног осигураног ризика. Ова група осигурања је заснована на истим критеријумима као и имовинска осигурања, али обухвата и осигурања која по традиционалној подели не спадају у осигурање имовине, а то су наведена осигурања незгоде и здравствено осигурање. Поред ова два осигурања у ову групу спадају и: *осигурање возила* које покрива штете на возилима на моторни погон и возилима која немају сопствени погон (осим шинских возила); *осигурање шинских возила* покрива штете на шинском возилу; *осигурање ваздухоплова* покрива штете на ваздухопловима; *осигурање њивних објеката* покрива губитак и штете на морским, речним и језерским пловилима; *осигурање робе у превозу* покрива губитак и штете на роби у превозу без обзира на превозно средство; *осигурање имовине од пожара и других ризика* покрива штете на стварима услед пожара, експлозије, олује и других природних непогода, атомске енергије, клизања и слегања тла осим на стварима које су од

ових ризика осигуране у оквиру других врста осигурања; *осигурање имовине* покривају штете на стварима од ризика града, лома машина, провалне крађе, мраза; *осигурање од грађанске одговорности*, обухвата осигурање ризика одговорности који није покривен другим осигурањима; *осигурање од одговорности за штету из употребе моторних возила* обухвата грађанску одговорност за штете из употребе моторних копенених возила (обухвата и грађанску одговорност превозника); *осигурање од одговорности из употребе ваздухоплова* обухвата грађанску одговорност за штету из употребе ваздухоплова (укључујући и грађанску одговорност превозника); *осигурање од одговорности због употребе пловних објеката* обухвата грађанску одговорност за штете из употребе пловила (укључујући одговорност превозника); *осигурање кредити* обухвата више подврста као осигурање извозних, хипотекарних, аграрних кредита, продаје са одложним плаћањем. Осигурање покрива ризик неплаћања кредита услед инсолвентности дужника или кашњења у плаћању; *осигурање јемства* обухвата директно и индиректно јемство које гарантује извршавање уговорних или законских обавеза; *осигурање финансијских губитака* обухвата губитке везане за запослење, губитак добити, неочекиване комерцијалне губитке, губитак тржишне вредности, губитке због лошег времена, губитак закупнине односно прихода, индиректне комерцијалне губитке и друге новчане губитке; *осигурање правне заштите* покрива трошкове судске заштите и обезбеђује правну помоћ у судском и вансудском поступку; *осигурање помоћи на путу* обезбеђује помоћ након незгоде на путу (накнаду трошкова смештаја, превоза, поправке или шлепања возила).





ОСИГУРАЊЕ ЛИЦА

Осигурања лица обухватају осигурања ризика који се односе на живот, здравље и телесни интегритет осигураника (смрт, доживљење, инвалидитет, болест). Осигурања лица немају обештећујући карактер јер живот, телесни и психички интегритет не могу да се изразе у новцу. Ова група осигурања традиционално обухвата осигурања живота, незгоде и здравствено осигурање.

Кориснику осигурања се исплаћује паушална уговорена сума, а не накнада из осигурања која се утврђује према висини настале штете. За остваривање права по основу уговора није потребно постојање интереса да не настане осигурани случај. Осигурана сума је битан елеменат уговора и она се исплаћује како је уговорено (у целини или у одређеном проценту без обзира на износ евентуалне штете). Не примењују се правила о пропорционалности, надосигурању или двоструком осигурању. Забрањена је суброгација осигуравача у права осигураника према одговорном лицу (дозвољено је кумулирање накнаде штете и осигуране суме). Ова правила се, међутим, примењују у погледу покрића трошкова лечења и губитка зараде у осигурању незгоде и здравственом осигурању које има обештећујући карактер.

I. ОСИГУРАЊЕ ЖИВОТА

Разним врстама осигурања живота која су настајала у историјском развоју циљ је био обезбеђење материјалне сигурности појединаца и њему блиских лица. Осигурање за случај смрти закључује се најчешће ради обезбеђења чланова породице (супружника, деце, родитеља и других лица која су у сродству или некој другој вези са осигураником) после смрти осигураника. Осигурање за случај доживљења има за циљ да се обезбеди исплата уговорене новчане суме када се доживи одређена старост и када постоји опасност погоршања материјалне

ситуације осигураника или и других корисника осигурања. У новије време осигурање живота је све више и у функцији обезбеђења потраживања (углавном кредита). Лице које је дужник даје повериоцу у залог полису осигурања живота. За случај његове смрти поверилац има право да наплати суму до висине свог потраживања.

1. Подела осигурања живота

У теорији и пракси осигурања живота познате су разне поделе, али су најзначајније према: ризику који је обухваћен осигурањем; начину закључења уговора; начину исплате осигуране суме и према броју осигураних лица.

1.1. Подела с обзиром на ризик обухваћен осигурањем

1.1.1. Осигурање за случај смрти

Ово осигурање има најдужу традицију и оно се данас најчешће закључује. Уговор се закључује да би по смрти осигураника (уговарача осигурања или неког другог лица) осигуравач исплатио кориснику осигурања уговорену осигурану суму. Ово осигурање може да се закључи као осигурање смрти без обзира на то када се догоди (на цео живот); осигурање смрти настале до одређеног времена (ризико осигурање живота; „привремено” осигурање) и осигурање надживљења.

У осигурању на цео животи уговара се осигурана сума коју ће осигуравач исплатити кориснику осигурања без обзира на то када се оствари осигурани случај (смрт осигураника). Уговарач осигурања може да се обавезе да плаћа премију цео живот (осигурање на цео живот са „доживотном премијом”) или до одређеног времена (осигурање на цео живот са „привременом премијом”). Може да се уговори да ће се уговор трансформисати у доживотну ренту ако се доживе уговором предвиђене године старости (обично када се стичу услови за одлазак у пензију).

Осигурање за случај смрти до уговореног датума обезбеђује кориснику осигурања исплату осигуране суме ако смрт наступи до истека осигурања. Ако је осигураник још жив када истекне уговорени рок, осигуравач се ослобађа обавезе исплате осигуране суме. Осигурање обезбеђује материјалну сигурност за случај раније смрти осигураника, док нпр. његова деца нису завршила школу, или док траје обавеза исплате кредита.

У осигурању надживљења осигуравач се обавезује да исплати осигурану суму кориснику ако овај надживи осигураника. Ако умре, осигуравач нема никакву обавезу (док је у редовном осигурању за случај смрти осигуравач дужан да исплати осигурану суму кориснику другог реда, а ако овај није одређен, наследницима осигураника).

1.1.2. Осигурање за случај доживљења

Осигурање за случај доживљења је уз осигурање на цео живот најзаступљенија врста осигурања живота, посебно после реформе пензијског осигурања јер обезбеђује допунску пензију путем исплате ренте. Осигурање се закључује ради исплате осигуране суме ако осигураник буде жив у уговорено време било да уговор истиче одређеног датума, или доживљењем неке старости или истеком одређеног броја година. Ако осигураник не буде жив у уговорено време осигураваач нема обавезу да исплати осигурану суму или исплаћује ренту наследницима осигураника.

1.1.3. Мешовито осигурање

Осигурање се закључује ради исплате осигуране суме и за случај смрти и за случај доживљења. Осигурање обезбеђује исплату осигуране суме било да смрт осигураника наступи пре уговореног датума било за случај да је осигураник жив пре истека уговора. Ово осигурање обезбеђује материјалну сигурност осигураника или његовим наследницима или другим корисницима ако не доживи истек уговора.

1.2. Подела с обзиром на начин закључења уговора

Осигурање живота се у највећем броју случајева закључује пошто се обави лекарски преглед осигураника. Осигураваач на основу извештаја лекара доноси одлуку да ли ће закључити уговор. Због веће вероватноће смрти, лица која болују од неке наследне или хроничне болести плаћају већу премију смрти или се не прихватају у осигурање.

Код осигурања која се закључују на високу осигурану суму увек се захтева лекарски преглед осигураника. Може да се закључи осигурање са прегледом код лекара опште праксе (*мали лекарски извештај*) и прегледом код лекара специјалисте (*велики лекарски извештај*). Осигурање без лекарског прегледа се практикује код уговора којима се предвиђа нижа осигурана сума и код колективних осигурања живота. То доприноси смањењу трошкова пословања осигураваача и већем броју закључених осигурања.

Обавеза осигураваача може, у конкретном случају, значајно да зависи од тога да ли је осигурање закључено са лекарским прегледом или без њега. У уговору о осигурању без лекарског прегледа може нпр. да се предвиди да осигураваач неће бити у обавези да исплати осигурану суму или њен део (само нпр. до 50%) ако је смрт наступила у одређеном времену по закључењу уговора (најчешће шест месеци).

1.3. Подела осигурања према начину исплате осигуране суме

Ако се уговори осигурање са исплатом осигуране суме (капитала) осигурана сума се исплаћује одједном у једнократном износу. Овако се може закључити и осигурање за случај смрти и за случај доживљења.

Ако се уговори да ће се обавеза осигуравача састојати у исплати ренте, рента може бити *доживотна* и исплаћује се до краја живота осигураника или корисника, или *временска*, када се плаћа до истека уговореног времена (нпр. 10 година од одласка у пензију).

1.4. Подела осигурања према броју осигураних лица

Осигурање на један живот закључује се на живот једног лица, било уговарача осигурања, било неког другог лица, ако оно да сагласност. Осигурање на два живота најчешће закључују супружници, блиски сродници или ортаци. У случају смрти једног од осигураника, осигурана сума се исплаћује другом. Уколико оба лица доживе истек трајања, сума се исплаћује и једном и другом по половину, али се може и другачије уговорити.

1.5. Подела с обзиром на променљивост осигураних сума и премија

Осигурање се може закључити са одређеним годишњим порастом осигуране суме да би се неутралисало дејство инфлације. Осигурање са премијом која се смањује погодна је за старије осигуранике чије су могућности да зараде мање.

2. Лица у уговору о осигурању живота

Уговор о осигурању живота за случај смрти може се закључити на живот уговарача осигурања или на живот неког другог лица. Лице које закључује уговор и плаћа премију јесте *уговарач осигурања* и он је често осигураник (када закључује осигурање на свој живот). Лице на чији је живот закључено осигурање јесте *осигураник*. То може бити свако лице које је дало сагласност да се на његов живот закључи осигурање. Ако није прибављена сагласност, уговор је ништав.

Не може се закључити осигурање за случај смрти млађих малолетних лица (у нашем праву лица млађег од 14 година) или лица лишеног пословне способности. Такав уговор је ништав и осигуравач је дужан да врати наплаћену премију. Уговор се може закључити на живот старијег малолетника уз његов пристанак и пристанак његовог законског заступника. Лице које има право на осигурану

суму јесте *корисник осигурања*. То је уговарач осигурања када је уговор за случај доживљења закључио у своју корист, и свако друго лице које је наведено као корисник или својство корисника има на основу закона.

3. Ризици искључени из осигурања

У свим правима је *самоубиство* осигураника искључено из осигурања. У законима појединих земаља постоје само разлике у погледу времена у коме је оно извршено. Разлог за искључење самоубиства јесте у томе што је самоубиство чин супротан јавном поретку, друштвено је штетан и морално неприхватљив. Самоубиство се искључује из осигурања само за извесан временски период који следи од закључења уговора. У нашем праву тај рок је годину дана. Сматра се да је тај рок довољан да осигураник одустане од тога да себи одузме живот. Ако до самоубиства дође у року од годину дана, осигуравач се ослобађа исплате осигуране суме кориснику осигурања.

Из осигурања је искључено и *намерно убиство осигураника* од стране корисника осигурања. Осигуравач се ослобађа свих обавеза према кориснику, али не може увек да задржи прикупљену математичку резерву. Ако је осигурање трајало најмање три године, наследници уговарача осигурања имају право на математичку резерву. Ако је уговор закључен на живот неког другог лица, а не уговарача осигурања, математичка резерва такође припада уговарачу осигурања, а ако он није жив, његовим законским наследницима, а не наследницима осигураника.

Да би се применило искључење, потребно је да је корисник намерно изазвао смрт осигураника.

Обавеза на исплату осигуране суме може се искључити уговором у случају да је до смрти осигураника дошло у посебним околностима као што су ратне операције или акције тероризма. Уговором могу да се искључе и други случајеви (бављење опасним спортовима или пословима), али се то у пракси избегава због конкуренције између осигуравача који настоје да ограниче искључења да би придобили већи број осигураника.

4. Права из математичке резерве

Код осигурања живота код којих се формира математичка резерва уговарач има права утврђена законом, и то: право на откуп, право на предужам и право на залагање полисе.

Право на откуп представља право уговарача осигурања да захтева од осигуравача да му исплати средства прикупљене математичке резерве.

Уговори у којима не постоји право на откуп јесу они у којима се не формира математичка резерва или она због кратког трајања осигурања (испод три године) још није формирана, као и уговори код којих се формира математичка резерва, али постоји ризик антиселекције. То су уговори који се закључују на краће време (ризико осигурања); уговори који су раскинути због неплаћања премије у периоду од три године; уговори о осигурању за случај смрти до уговореног времена („привремена” осигурања за случај смрти) и уговори за случај доживљења јер постоји опасност подношења захтева за откуп како се приближава време истека осигурања (опасност антиселекције). За случај да је осигураник жив у време истека осигурања код осигурања за случај смрти до уговореног времена, осигуравач се ослобађа обавезе, а наследници и евентуални други корисници немају право да потражују исплату осигуране суме. Због тога би осигурник могао, како се приближава истек осигурања, да захтева откуп. Код осигурања за случај доживљења осигураници који нпр. имају проблема са здрављем пред истек осигурања или су у току осигурања почели да се баве опасним пословима и активностима, па је ризик смрти извеснији и страхују да неће доживети истек осигурања, могли би да подносе захтеве за откуп да би обезбедили наследнике.

Ако уговарач осигурања престане да плаћа премију после три године трајања, осигурања осигуравач смањује осигурану суму на откупну вредност осигурања. Већ приликом закључења уговора, уговарач мора бити упознат о томе да ће уговорена сума осигурања бити смањена ако престане да плаћа премију, а платио је бар три годишње премије.

Осигуравач је дужан да на захтев уговарача осигурања исплати откупну вредност осигурања закљученог на цео живот ако су дотле плаћене бар три годишње премије. Ако је осигурана сума већ смањена, уговарач осигурања може да захтева њену исплату и тиме уговор престаје. Ако је корисник друго лице а не уговарач осигурања, а прихватило је да уговор буде закључен у његову корист, мора се тражити његова сагласност за исплату откупне вредности.

Полиса осигурања животиња са подацима откупне вредности

Саставни део уговора о осигурању животиња јесте и табела са коефицијентима за израчунавање откупне и калкулацизоване вредности конкретног осигураника, на основу које се може врло лако израчунавати износ откупне или калкулацизоване вредности за било који период у времену трајања осигурања. Табела коефицијената се разликује за сваки осигурани случај. Она зависи од година животиња, времена закључења осигурања и других фактора.

ПОЛИСА
осигурања животића

Осигуравач

Број полисе

Подаци о осигуранику: Уговорач осигурања – осигураник, Матични број, Адреса

Трајање осигурања

Истек осигурања

Валута: €

Износ премије: Животи 19,10, Незгода 0,90, Укупно 20,00

Осигурене суме: За животи: Истек осигурања 2.258,00, Смрти 2.258,00

За незгоду: Смрти 2.700,00, Трајни инвалидитети 3.600,00

Корисник: За доживљење – осигураник

За случај смрти:

Датум издавања полисе

Уговорач осигурања

Осигуравач

Откупне и капитализоване вредности за јединицу осигурене суме

Премија плаћена година	Откупне вредности за трајање осигурања (у годинама)							Капитализована вредност
1	3	4	5	6	7	8	9	10
2	0,154937	0,159585	0,164373	0,169304	0,174383	0,179614	0,185003	0,190553
3	0,244971	0,252321	0,259890	0,267687	0,275718	0,283989	0,292509	0,301284
4		0,342662	0,352942	0,363530	0,374436	0,385669	0,397239	0,409156
5			0,443591	0,456898	0,470605	0,484723	0,499265	0,514246
6				0,547856	0,564292	0,581221	0,598657	0,616617
7					0,655518	0,675183	0,695439	0,716302
8						0,766686	0,789686	0,813377
9							0,881481	0,907925
10								1,00000

Предујам је износ који је део математичке резерве чију исплату може да одобри осигуравач пре престанка уговора. Захтев подноси уговорач осигурања које је закључено на цео живот осигураника. Док откуп доводи до престанка уговора код предужа уговор и даље постоји, премија се и даље плаћа. Уговорач осигурања

плаћа камату на одобрен износ пређујма јер осигуравач губи могућност да оствари добит од пласмана. Ако се камата не плати, сматра се да је уговарач захтевао откуп и уговор престаје. Пређујам се даје у висини откупне вредности полисе. Враћањем пређујма осигурање се наставља као што је уговорено.

Залагање полисе служи као обезбеђење потраживања које неко лице има према уговарачу осигурања. Да би залагање полисе имало дејство према осигуравачу он мора да буде обавештен о томе да је полиса заложена одређеном повериоцу. Повериоци уговарача осигурања имају такође право откупа у случају да потраживање ради кога је дата залога не буде намирено о доспелости.

5. Корисник осигурања

Одређивање корисника је строго лично право уговарача осигурања. Он може да одреди било које лице за корисника, а најчешће то чини да би материјално обезбедио своју децу, супругу или блиске сроднике или да би пружио гаранцију повериоцу да ће дуг бити плаћен. Ако је уговор закључен на живот неког другог лица, ово лице (осигураник), мора да да писмену сагласност на именовање корисника, иначе је уговор ништав.

Не захтева се посебна форма у којој се одређује корисник нити у ком моменту то мора бити учињено. Уговарач осигурања може да одреди корисника било у време закључења уговора и у самој полиси, било касније до смрти осигураника, препорученим писмом, додатком уз полису, индосаментом ако је полиса по наредби или тестаментом. Одређивање је ваљано и када осигуравач није обавештен. Међутим он се ослобађа обавезе из уговора о осигурању ако у часу извршене исплате није знао нити је могао знати да је корисник одређен. Корисник има тада право да захтева од лица које је суму примило да му је врати. Исто важи код промене корисника.

Корисник може да буде одређен *директно* са именом и презименом или *индиректно* ако је могуће одредити његов идентитет у време када су се испунили услови за исплату осигуране суме или ренте. Када су за кориснике одређена деца или потомци, корист припада и онима који су рођени касније. Ако је као корисник именован брачни друг, онда је то оно лице које је било у браку са уговарачем у време његове смрти.

Уговарач осигурања може да је опозове, све док корисник не изјави да прихвата корист из уговора. То је, као и одређивање корисника, његово лично право. Начин опозивања је исти као код одређивања: препоручено писмо, клаузула тестаamenta, додатак уз полису. Опозив пређутно резултира и из чињенице да је уговарач осигурања захтевао откуп полисе. Уговарач осигурања може све до настанка осигураног случаја да мења корисника осим *ако је овај прихватио своје именовање за корисника*. Корисник се може опозвати на изричит начин, изјавом о опозиву, а може и посредно, на било који други начин из кога се може

закључити да је корисник опозван. Нови корисник ступа на место старог. Ако је корисник опозван, а нови није одређен, онда је корисник сам уговарач осигурања. Осигурана сума исплаћује се било њему, било његовим наследницима, зависно од тога да ли је закључено осигурање за случај смрти или за случај доживљења.

Опозивање после прихватања користи није могуће осим у два случаја: ако је корисник покушао убиство осигураника и ако је корист додељена без накнаде, а стекну се услови за опозивање поклона (велика неблагодарност корисника према уговарачу осигурања, или ако овај нема довољно средстава за живот).

Опозив корисника

М. Р. је закључио 1.12.1980. год. осигурање живота за случај да доживи 1.12.2000., а ако умре пре тог датума да се осигурана сума исплати његовој сироти (мешовито осигурање).

Уговорач осигурања је 1990. године именовао малолетну децу свога брата за кориснике осигурања, уместио своје сироте. Умро је месец дана после именовања нових корисника. Сирота је захтевала исплату осигуране суме јер је сматрала да је она корисник. По њеном схватању, њен муж није могао да именује друга лица за кориснике јер је новац за премију издвајан из заједничке имовине. Она је ипак жељела да њој припада математичка резерва из уговора. Осигуравач није прихватио захтев сироте и она је поднела тужбу суду. Суд је заузео став да су корисници они које је последње именовао уговорач осигурања, а то су била деца његовог брата. За промену корисника није потребна сагласност сиротиника, раније корисника.

Осигурање живота у користи пређе лица за то лице значи директно право које је одвојено од имовине уговорача осигурања. Захтев сироте за исплату математичке резерве не може се прихватити после смрти уговорача јер се тада исплаћује осигурана сума. Права из математичке резерве одвојена су од осигуране суме и она се могу користити до наступљања осигураног случаја.

5.1. Правни положај корисника

Право корисника настаје у моменту његовог одређивања, а изјава о прихватању има значај учвршћења тог права. Изјава о прихватању може се дати после настанка осигураног случаја (јер корисник не мора да зна да му је намењена корист из уговора о осигурању). Сматра се да је корисник одбио намењену корист ако се после смрти уговорача осигурања на позив његових наследника у законском року не изјасни да је прима. Ако корисник одбије да прихвати корист из уговора, корист припада уговарачу осигурања, односно његовим наследницима.

Право на осигурану суму има корисник без обзира на то када је одређен. Он може да се директно обрати осигуравачу да му исплати уговорену корист. Право корисника постоји само ако постоји уговор о осигурању и у границама које су

одређене уговором. Да би корисник могао да оствари своје право из уговора о осигурању, треба да је наступио осигурани случај: да право није опозвано до настанка осигураног случаја, да је корисник прихватио корист из уговора и да је надживео осигураника. До наступања осигураног случаја уговарач осигурања може да располаже свим правима из закљученог уговора и да залаже своја и корисникова права. И корисник може да уступи осигурану суму под условом да је прихватио право из уговора и да се уговарач осигурања (и осигураник ако је уговор закључен на живот другог лица) писменим путем сагласио са преношењем права.

Осигуравач може кориснику да истакне све приговоре које има према уговарачу осигурања по основу уговора о осигурању (нпр. искључење ризика, непријављивање околности од значаја за оцену ризика, ништавост уговора). Приговоре које има осигуравач ван уговора о осигурању не могу се истаћи кориснику (нпр. приговор компензације са неким потраживањем ван уговора).

Ако је за корисника одређено више лица а није одређено како ће се извршити подела осигуране суме а корисници су наследници уговарача, подела ће се извршити сразмерно њиховим наследним деловима. Ако корисници нису наследници, осигурана сума ће се поделити на једнаке делове.

Право на осигурану суму припада кориснику од момента закључења уговора. Зато осигурана сума не улази у имовину уговарача осигурања. Она припада кориснику и повериоци уговарача не могу се из ње наплатити. Изузетно, ако су премије несразмерно велике према имовини уговарача осигурања, његови повериоци могу захтевати да им се преда премија која премашује његове материјалне могућности.

II. ОСИГУРАЊЕ ОД НЕЗГОДЕ

Уговор о осигурању од незгоде гарантује осигуранику или кориснику осигурања (за случај смрти осигураника) исплату уговорене суму ако услед незгоде дође до потпуног или делимичног инвалидитета осигураника или његове смрти. Осигурање може да се закључи и ради накнаде трошкова лечења (лекова, терапије, хируршких интервенција) и губитка зараде услед привремене неспособности за рад. Осигурање је од посебног значаја када нема основа да се накнади штета која је последица незгоде (губитак зараде, трошкова лечења) на основу правних правила о грађанској одговорности. У таквом случају осигурање је најбољи пут да се обезбеди отклањање материјалних последица несрећног случаја. Давања по основу социјалног осигурања нису по правилу довољна да се после повреде обезбеди материјална сигурност која је раније постојала (инвалидска пензија је знатно мања од зараде, сви трошкови лечења често нису покривени). Једним осигурањем од незгоде може да се обезбеди и исплата осигуране суме (за случај

инвалидитета, али и исплата која има карактер накнаде штете (нпр. трошкова лечења). Поједини осигуравачи нуде осигурања од незгоде која обезбеђују само накнаду стварних трошкова и изгубљене зараде због привремене неспособности за рад. Осигурање у таквом случају има све особине имовинског осигурања.

1. Појам незгоде и искључења

Уговор о осигурању покрива све телесне повреде које су настале услед изненадног (неочекиваног) спољњег догађаја независног од воље осигураника или корисника осигурања. Могу бити покривене и болести (нпр. инфаркт, излив крви као последице шока) ако се може утврдити узрочно-последична веза између болести и незгоде.

На основу закона из осигурања је искључена намерно изазвана незгода. Не може се исплатити осигурана сума осигуранику који је себе намерно повредио нити кориснику који је изазвао смрт осигураника. У условима осигурања могу се навести искључења која су у вези са опасним делатностима или опасним спортовима због велике вероватноће настанка незгоде. Ова искључења нису апсолутна (као намера), могу се посебно уговорити уз додатну премију.

Осигураник или корисник је дужан да подне доказ да су се испунили услови за испуњење обавезе осигуравача: да је незгода настала изненада, да није било намере (самоубиство или покушај самоубиства, односно убиство или покушај убиства). Осигуравач може да оспорава тврдње осигураника или корисника (нпр. да захтева аутопсију ако сумња да је корисник убио осигураника).

2. Исплата осигуране суме за случај смрти осигураника

Сума која се плаћа кориснику *за случај смрти* осигураника услед незгоде утврђена је у полиси. У принципу се исплата суме може потраживати ако од незгоде и настанка смрти није прошло више од годину дана. Осигуране суме за случај смрти и за случај инвалидитета не могу се кумулирати (ако је нпр. осигуранику исплаћена сума због инвалидитета, па он касније умре услед незгоде која је проузроковала инвалидитет, осигуравач ће исплатити само разлику између осигуране суме за случај смрти и већ исплаћеног износа).

За случај смрти осигураника корисник је лице одређено уговором. Ако у уговору није одређен корисник, то својство има наследник осигураника који се одређује полазећи од законског наследног реда, и то: деца и брачни друг осигураника на једнаке делове; ако нема деце и њихових потомака, брачни друг и родитељи осигураника; ако нема ни брачног друга, само родитељи; ако нема наведених лица, остали наследници.

Ако је малолетно лице корисник, сума се исплаћује његовим родитељима или старатељу, уз право осигуравача да захтева сагласност надлежног државног органа.

3. Исплата осигуране суме за случај инвалидитета

Ако услед незгоде настане *инвалидитет* осигураника, осигуравач исплаћује осигурану суму у целини за случај потпуног инвалидитета, односно проценат суме зависно од процента инвалидитета према табели која је саставни део услова осигурања. Без обзира на табелу, утврђивање степена инвалидитета је тешко када страда више органа или удова. Аритметички метод води рачуна о разним смањеним телесним капацитетима. У сваком поједином случају вештак-лекар може такође да утврди глобалну процену преосталог и изгубљеног капацитета.

У случајевима инвалидитета или пролазне неспособности за рад, корисник осигурања је осигураник.

4. Накнада трошкова лечења и изгубљене зараде

Код *привремене неспособности за рад* висина дневне накнаде се паушално утврђује у уговору и плаћа се од првог дана незгоде. Уговором је утврђено и време исплате накнаде (често 200 до 300 дана).

Трошкови лечења се покривају на два начина. Може се уговорити паушална сума у ком случају осигуравач накнађује трошкове према табели из тарифе. Друга је могућност да се уговори накнада стварних трошкова. Осигураник подноси доказе о трошковима који се исплаћују до осигуране суме. Код ових обавеза осигуравача примењују се правила имовинских осигурања.

III. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Уговором о здравственом осигурању („осигурање за случај болести“) осигуравач се обавезује на исплату трошкова лечења за случај болести осигураника и исплату осигуране суме за случај смрти или инвалидитета услед болести. Осигурање може да се закључи заједно са осигурањем незгоде, уз осигурање живота или самостално. После реформе обавезног здравственог осигурања која подразумева пре свега ограничење давања по основу тог осигурања (учешће пацијената у трошковима лечења, непризнавање неких видова заштите и др.) приватно здравствено осигурање постаје све значајније и има за циљ да обезбеди здравствену заштиту која се ускраћује по основу обавезног осигурања. Оно такође омогућава здравствену заштиту лицима која немају обавезно здравствено осигурање. Нагли развој овог осигурања забележен је у земљама које су кроз

реформу обавезног здравственог осигурања повериле приватним друштвима за осигурање да путем колективних уговора са послодавцима и другим субјектима обезбеде допунску здравствену заштиту великом броју лица.

Осигурање које се закључи ради накнаде трошкова и других имовинских губитака спроводи се као свако имовинско осигурање. Као и код осигурања незгоде, осигураник накнаду коју добије по овом основу не може да кумулира са исплатама (најчешће по основу социјалног осигурања), осигуравач има право на регрес од лица које је одговорно за настанак болести (нпр. послодавац за професионалну болест радника), примењује се правило пропорционалности и правила за случај двоструког осигурања.

Осигурање на уговорену суму није имовинско осигурање. То је осигурање лица које обезбеђује исплату суме независно од било какве штете. Сума се исплаћује за случај смрти услед болести или инвалидитета који је последица болести. Осигураник, односно корисник има право на накнаду штете и исплату суме ако је болест последица нечије радње или пропуштања за које се грађанскоправно одговара. Осигуравач нема право на суброгацију према одговорном лицу. Правила о подосигурању, надосигурању и двоструком осигурању не примењују се код осигурања која су закључена на суму.

1. Појам болести

Болест се дефинише као погоршање здравственог стања које је утврђено од стране лекара. Болест може бити последица спољњег догађаја или унутрашњих процеса у организму. Због своје природе, за разлику од ризика незгоде, ризик болести не мора бити спољни и изненадни догађај. Осигурањем нису покривени трошкови лечења који нису покривени ни социјалним осигурањем (лечење од алкохолизма), трошкови обавезне вакцинације, затим трошкови порођаја или естетске хируршке интервенције. Услови појединих осигуравача значајно се разликују у погледу основног и допунског покрића и искључења из осигурања. Због све веће конкуренције на тржишту осигурања укључују се и давања по основу овог осигурања која су иначе стандардним условима искључена.

2. Каренца

У овом осигурању одлагање почетка осигуравајућег покрића (неколико недеља или месеци) има за циљ да се избегне намера осигураника да закључи осигурање када је већ болестан. Ако у периоду каренце наступе први симптоми болести, осигуравач може да одбије да изврши било какву исплату. Када су наступили први симптоми болести, да ли још у току периода каренце или касније када је тај период истекао, понекад је тешко утврдити и на осигуравачу је да ту чињеницу докаже.





ОСИГУРАЊА ОД ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ (ОСИМ ОДГОВОРНОСТИ ПРЕВОЗНИКА)

Осигурања имовине обезбеђују заштиту од ризика настанка штете на стварима и имовини као таквој чије су последице процењиве у новцу. Права из уговора о осигурању могу остварити само лица која у моменту настанка осигураног случаја имају интерес да штета не настане. Осигуравач има право на суброгацију према лицу које је одговорно за штету коју је осигуравач накнадио осигуранику. Због принципа обештећења, тј. ограничења обавеза осигуравача на износ претрпљене штете, не може се на основу више закључених уговора добити накнада из осигурања која је већа од настале штете.

У имовинска осигурања спада велики број врста осигурања којима је заједничко да се закључују ради обезбеђења накнаде штете која је последица осигураног ризика. Заједничко им је и то што се спроводе на основу текућег прилива премија, а не на принципу капитализације као осигурања живота. Раније је било речи о неким значајним принципима и правилима која се примењују на осигурање ствари, тако да ће се у овом делу пажња поклонити осигурању од опште грађанске одговорности и обавезном осигурању од одговорности аутомобилиста која имају низ посебности због којих је њихово разумевање отежано. У Србији је обавезно осигурање аутомобилиста најзначајније осигурање и заслужује да му се посвети већа пажња. Осигурање од опште грађанске одговорности није код нас још развијено али је оно данас у развијеним економијама једна од најзначајнијих врста имовинског осигурања које има и изражену социјалну функцију јер највећи број обавезних осигурања чине управо осигурања разних извора опасности грађанске одговорности који су обухваћени овом врстом осигурања.

I. ОСИГУРАЊЕ ОД ОПШТЕ ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ

Осигурање ризика грађанске одговорности је новија врста осигурања. Прве полисе се јављају крајем XIX века. Ово осигурање бележи нагли развој и у првој половини XX века и постаје једно од значајнијих врста осигурања. Развојем саобраћаја и увођењем обавезног осигурања од одговорности аутомобилиста постаје инструмент заштите жртава саобраћајних незгода и важан део социјалне политике економски развијенијих држава. Специфичност појединих извора опасности грађанске одговорности доводе до развоја више врста осигурања од овог ризика: осигурање од грађанске одговорности аутомобилиста, осигурање од одговорности власника средстава превоза (речних, језерских и поморских пловила; власника ваздухоплова); осигурање од одговорности превозника. Извори опасности одговорности који се не осигуравају у оквиру посебне врсте осигурања обухваћени су осигурањем од тзв. опште грађанске одговорности. У оквиру осигурања опште грађанске одговорности поједини извори опасности регулисани су посебним условима или посебним одредбама у оквиру општих услова осигурања као: одговорност за штете од производа са недостатком; одговорност за еколошке штете; осигурање од одговорности за штете из обављања појединих професија (архитекте, посредници осигурања, ревизори, адвокати, лекари, актуари, стечајни управници). Осигурање од опште грађанске одговорности обухвата изворе опасности одговорности из обављања привредне и занатске делатности, делатности јавних установа, удружења, у својству приватног лица из обављања разних професија од непокретних и покретних ствари, из организовања спортских, уметничких, забавних приредби и других манифестација, из делатности јавних установа и др.

Изворно, у почетку свог развоја, осигурање од одговорности је имало за циљ заштиту осигураника од ризика грађанске одговорности. Касније његова основна функција постаје имовинска заштита оштећених лица, посебно лица која су претрпела штете у саобраћају. Овим лицима се признаје и право да се директно обратe осигуравачу да им накнади штету за коју осигураник одговара. У оквиру осигурања од опште грађанске одговорности обавезно осигурање корисника индустријских постројења има за циљ да заштити жртве еколошких штета; обавезно осигурање лекара, адвоката, посредника осигурања и друга обавезана осигурања пружају заштиту како осигураницима тако и лицима којима они могу проузроковати штету јер је осигуравач гарант да ће штета бити накнађена.

1. Садржина осигурања

Осигурање од грађанске одговорности спада у сложена осигурања јер се спроводи на основу већег броја прописа. Најзначајнији је ЗОО јер он садржи одредбе о грађанској одговорности (проузроковање штете), уговору о осигурању и осталим облигационим уговорима којима се ближе дефинише

уговорна одговорност која може бити предмет овог осигурања. Одговорност осигураника је ближе регулисана и неким другим прописима, зависно од извора опасности одговорности (нпр. одговорности из делатности посредника, корисника индустријских постројења, одговорности произвођача лекова и др.). Осигуравајуће покриће одговорности утврђује се општим условима, посебним одредбама ових услова и посебним клаузулама у полиси. Услови осигурања су сложени јер се њима ближе дефинише осигуравајуће покриће једног апстрактног, правног ризика. Разумевање и примена ових услова и уговорних прецизирања захтева посебна знања и зато је правило да се у друштву за осигурање послови обављају у службама са већим бројем правника специјалиста за поједине видове осигурања од одговорности.

Предмет осигурања је *законска* одговорност уговарача осигурања и осигураних лица. Наглашавање у условима осигурања да се покрива „законска” одговорност резултат је потребе да се из покрића искључи одговорност која се заснива на споразуму осигураника и оштећеног лица који нема ослонац у законским прописима о грађанској одговорности. Споразум да ће осигураник платити штете за које по закону одговара неко друго лице, или да ће платити штете које не спадају у тзв. правно признате штете, представља проширење одговорности која није покривена осигурањем. Накнаду штете због психичког бола који претрпи путник који има уговор са туристичком агенцијом због смештаја у хотел ниже категорије наше право не признаје. Накнаду за претрпљени бол признаје се због умањења животне активности, наружености, повреде угледа и части, слободе и права личности или смрти блиског лица. Ниједан од наведених случајева у коме би по закону могла да се призна накнада за претрпљени бол не обухвата психичке патње због лошег хотелског смештаја. Ово ограничење има пуно оправдање јер би осигураници зато што су осигурани од одговорности могли из галантности или боље преговарачке позиције да прихвате обавезе које иначе по закону немају.

Накнада неимовинске штете друштву за осигурање због повреде угледа

Ц. М. је закључио осигурање од ризика пожара своје фабрике. У уговору је била клаузула да су искључене штете које су последица намере и крајње нејажње осигураника. У пожару до кога је дошло у периоду осигурања оштећена је и уништена имовина у вредности од 20.000.000 дин.

Осигуравач је сумњао да је пожар подметнути и није одмах накнадио штету. Хтео је да се утврди како је пожар настала. Осигураник је, незадовољан оваквим ставом осигуравача, обнародовао да му није исплаћена накнада штете. Писао је државним органима, коморама, удружењима осигуравача и потрошача, давао изјаве на телевизији.

Осигуравач је исплатио накнаду, али је осигураник наставио да говори пролив њега у свакој прилици, а посебно користећи медије који су истицали како осигуравачи не исплаћују штете у случајевима када за то нема разлога. Рејутација осигуравача је била уgroжена. Он је поднео тужбу ради накнаде штете и суд је усвојио тужбени захтев. Осигуравач је доказао да је преириго штету, изгубио је део осигураника и његови пословни резултати су били слабији. Његов став да треба исплатити узрок штете је лежитиман, у свему у складу са правилима која се примењују код извиђаја и процене штете и њене обраде и зато је суд прихватио захтев осигуравача за накнаду штете. Како је осигураник имао закључено и осигурање од одговорности, његов осигуравач од одговорности је накнадио штету осигуравачу од пожара.

1.1. Основне обавезе осигуравача

Осигурање од грађанске одговорности пружа имовинску заштиту тиме што исплаћује штете другоме за које осигураник одговара на основу општих правила о грађанској одговорности. Основно покриће се односи на штете услед оштећења или уништења ствари и штете услед смрти, повреде тела или здравља неког лица. Друге штете, тзв. чисто имовинске штете и штете услед нестанка ствари, покривене су осигурањем ако се то посебно уговори, осим ако настанак ових штета представља опасност која је уско повезана са обављањем делатности која је осигурани извор опасности одговорности када су обухваћене основним покрићем.

Осим накнаде штете оштећеном осигурање пружа осигуранику и правну заштиту која обухвата накнаду трошкова вансудског и судског поступка, давање правних савета и помоћи у вези са одштетним захтевом о коме се решава у овим поступцима, избор адвоката (уз сагласност осигураника). Осигуравач пружа заштиту у грађанском и у кривичном поступку који се води због кривичног дела којим је проузрокована штета.

Осигурање обезбеђује и накнаду трошкова спречавања настанка осигураног случаја и спречавања тежих последица када осигурани случај настане. Ови трошкови код појединих извора опасности одговорности (производи са недостатком, загађивање тла, воде) могу бити изузетно високи и зато се њихово покриће посебно уговара (нпр. повлачење са тржишта производа са недостатком, спречавање изливања нафте из бушотина).

1.2. Лица чија је одговорност покривена осигурањем

Савремени стандардни општи услови осигурања предвиђају да осигурање осим уговарачу осигурања пружа заштиту од ризика одговорности коме су изложени: радници уговарача, његов супружник, малолетна деца (пасторчад и

усвојена), а пунолетна ако су на школовању. Лица чија је одговорност покривена јесу осигураници, а у појединим условима осигурања називају се „осигурана лица”.

Одштетни захтеви између лица чија је одговорност покривена осигурањем и одштетни захтеви ових лица против уговарача осигурања нису покривени осигурањем. Ово правило се не примењује на одговорност послодавца за штете које претрпи радник на раду.

1.3. Лимит осигуравајућег покрића и премија

Осигурање може бити неограничено или закључено на суму осигурања. Сума осигурања је горња граница обавезе осигуравача по једном осигураном случају. За сваки уговор може да се изабере само сума која је наведена у тарифи. Ако осигураник хоће већу суму, одлуку доноси одговарајућа служба осигуравача.

Премија, премијска стопа и минимална премија важе за једногодишње трајање осигурања. У тарифи се утврђује минимална премија по полиси. Премија се плаћа одједном приликом закључења уговора, а може и у ратама као и у другим осигурањима. Код плаћања у ратама на премију се обрачунава доплатак (нпр. 2% за плаћање у две рате; 4% за плаћање у четири рате). Уговор се закључује на годину дана. У овом осигурању период покрића може значајно да се разликује од периода на који је закључен уговор.

1.4. Штете покривене осигурањем

Ризик коме је изложен осигураник огледа се у опасности да његова имовина буде умањена због накнаде штете лицу коме је штету проузроковао и за коју на основу закона одговара. Штете услед оштећења или уништења ствари покривене су до стварног износа претрпљене штете. Покривене су и тзв. *последичне штете*, наиме, новчани губици који су последица оштећења или уништења ствари (нпр. уништен је стан у пожару за који је одговоран купац стана и власник не може да га даље изнајмљује, штету чини губитак најамнине; уништена је радна машина и осигураник не може да је користи у обављању своје делатности, штету чини губитак зараде; губитак очекиване добити од посла који услед повреде није могао да се обави, губитак шанси за закључење нових послова и др.).

За штете услед смрти, телесне повреде или повреде здравља неког лица користи се у пракси осигурања заједнички назив „штете на лицима”. Осигурање покрива: *материјалне штете* (нпр. губитак зараде, трошкови сахране, трошкови лечења, трошкови плаћања услуга трећих лица, трошкови преквалификације и др.); *последичне штете* (нпр. отказивање концерта услед повређене руке, штета је изражена у губитку зараде; немогућност присуствовања важном скупу због повреде: штета је изражена у губитку накнаде да учешће на скупу и трошкова

отказивања путовања; *немајтеријалне штете* (претрпљени бол, страх, наруженост, губитак опште животне способности).

Код извора опасности грађанске одговорности из обављања индустријске или занатске делатности постоји углавном ризик одговорности за проузроковање штете на лицима и стварима.

Штете услед *губитка/несијанка ствари* накнађују се у вредности нестале ствари (нпр. украдено возило из јавне гараже, нестанак скупоцене вазе која је поверена осигуранику на чување; ствар је била у чамцу осигураника који се преврнуо његовом кривицом и ствар је нестала). Код неких делатности присутан је углавном или у значајној мери ризик одговорности услед нестанка туђих ствари, па је оправдано да се основно покриће из осигурања односи на те штете, посебно уговарање у оваквим случајевима не би имало смисла (нпр. гардеробе, гараже, складишта).

Чисто имовинске штете су финансијске (новчане) штете које, као и штете услед нестанка ствари, настају независно од штета на лицима и штета на стварима. Ове штете су по правилу покривене осигурањем ако је то посебно уговорено. Код разних професија клијентима се проузрокује чисто имовинска штета, а не штете на лицима и стварима (делатност адвоката, актуара, ревизора) зато ове штете улазе у основно покриће.

II. ОБАВЕЗНО ОСИГУРАЊЕ ОД ГРАЂАНСКЕ ОДГОВОРНОСТИ АУТОМОБИЛИСТА

Обавезно осигурање од одговорности аутомобилиста уведено је код нас 1976. године, а у неким земљама Европе знатно раније.

Осигурање се развијало у правцу што боље заштите жртава саобраћајних незгода. Директива ЕЕЗ/ЕЗ које су донете ради усаглашавања прописа држава чланица у области обавезног осигурања аутомобилиста допринеле су уједначавању те заштите у Европи. Данас у европским земљама постоји обавезни минимум осигуравајуће заштите жртава саобраћаја, тако да у том погледу више нема већих разлика од државе до државе. Закон о обавезном осигурању у саобраћају који се примењује у Србији прихватио је велики број правила која су садржана у тим директивама, тако да је наше право усаглашено са комунитарним правом у овој области.

1. Обавеза да се закључи уговор о осигурању

Сваки власник моторног возила има законску обавезу да закључи осигурање од одговорности за штете у саобраћају пре укључења возила у саобраћај. Моторно возило с обзиром на које се закључује осигурање јесте копнено возило које се

креће на моторни или други погон (осим шинских возила) и служи за превоз лица и ствари.

Лице које не закључи осигурање одговара за привредни преступ (правно лице), односно прекршај (физичко лице). Осигурање се закључује са друштвом за осигурање које је добило дозволу да обавља послове обавезног осигурања у саобраћају. Друштво за осигурање је дужно да закључи ово осигурање под условима под којима иначе обавља то осигурање. Осигурање мора да постоји све време док је возило у саобраћају. Не може се регистровати возило, а да претходно није закључено осигурање. Ако је уговор закључен и дође до промене власника или престанка друштва за осигурање, континуитет осигурања се постиже тако што у случају промене власника права и обавезе из уговора аутоматски прелазе на новог власника. У случају престанка друштва за осигурање код кога је закључен уговор о осигурању, власник возила је дужан да за преостали период осигурања закључи уговор са другим друштвом за осигурање у законском року (у нашем праву осам дана) од дана објављивања престанка друштва у средствима јавног обавештавања.

Свако возило које уђе у домаћу земљу мора да има доказ да је осигурано у иностранству (зелена карта и други доказ који признаје национални биро), а ако нема доказа, мора да закључи осигурање приликом уласка у земљу (гранично осигурање). Осигурање које је закључено код страног осигуравача покрива ризик грађанске одговорности по прописима посећене земље.

За нека возила није предвиђено обавезно осигурање. У нашем праву штете које проузрокују војна возила накнађује држава.

Осигурање мора да дејствује од часа када возило почне да се користи. То обезбеђује обавеза да се уговор закључи пре него што се возило стави у саобраћај.

2. Општа својства осигурања

Обавезно осигурање аутомобилиста се спроводи на основу закона и уговора. Уговор мора да буде у складу са императивним законским одредбама које се односе на обим осигуравајућег покрића. Аутономија воље уговорних страна у овом осигурању је знатно сужена.

Уговор о осигурању се закључује с обзиром на одређено возило, а оштећено лице има право на накнаду штете без обзира на то ко управља возилом (власник или друго лице).

Уговор о осигурању закључују власник возила (или друго лице које има интереса да се уговор закључи) и осигуравач.

Право на накнаду има треће оштећено лице. Појам тог лица дефинисан је законом. Ово лице има право на директан захтев (тужбу) за накнаду штете од осигуравача.

Осигурање покрива штета за коју осигураник грађанско правно одговара. Као и код сваког осигурања од одговорности тако и код обавезног осигурања аутомобилиста грађанска одговорност је претпоставка и горња граница обавезе осигураваача. Ако је штета настала кривицом оштећеног, обавезе осигураника нема или је она мања (подељена одговорност). Такође ако је штета настала услед више силе или кривицом трећег лица (предузећа за одржавање путева, ловачког друштва), одговорност је законом искључена.

Осигураваач не може оштећеном лицу да истиче приговоре које има према осигуранику због непридржавања уговора или закона (нпр. да премија није плаћена, вожња без возачке дозволе, намера и др.).

Оштећено лице има право на накнаду штете и када возило није осигурано, када је штету причинило непознато возило или када је осигураваач отишао у стечај. Накнаду ових штета финансирају осигураваачи тако што уплаћују средства у посебан фонд.

3. Осигураници и трећа оштећена лица

3.1. Осигураници

У осигурању од одговорности аутомобилиста осигуравајуће покриће је проширено на више лица. Заштићен није само уговараач осигурања већ и друга лица која могу бити одговорна за настанак саобраћајне незгоде.

Осигурање покрива одговорност *уговараача осигурања*. То је углавном власник возила. Може бити и друго лице које има интерес да закључи осигурање као што је лице коме је власник дао возило на коришћење. Уговараач није лице које је на основу овлашћења у име и за рачун власника или држаоца возила закључило осигурања.

Власник возила је лице које има право да користи возило и њиме располаже. Осигурање покрива и његову објективну и субјективну одговорност. Основно правило нашег облигационог права јесте да се за причињену штету другоме одговара на основу кривице. Ако не постоји кривица, нема одговорности за штету другоме. Међутим, за штету у вези са опасном ствари и опасном делатношћу одговорност је објективна, тј. постоји без обзира на кривицу имаоца ствари, односно лица које обавља опасну делатност. С обзиром на то да је моторно возило опасна ствар, ималац возила одговара без обзира на кривицу. Једино у случају настанка штете у судару возила један ималац возила одговара другом на основу кривице. Ако је један ималац возила које је учествовало у саобраћајној незгоди искључиво крив, он другом имаоцу одговара за целокупну штету. Ако постоји обострана кривица, сваки ималац одговара за за укупну штету коју су претрпели сразмерно степену кривице сваког. За штете трећем лицу оба учесника одговарају без обзира на кривицу.

Осигурање покрива и одговорност власника за радње других лица (нпр. власник је дозволио да возилом управља малолетник за кога по закону одговара).

Обавезним осигурањем је покривена и одговорност *држаоца моторног возила*, тј. лица на кога је власник пренео возило са овлашћењем да се њиме служи, или са обавезом да га надгледа (нпр. купац, послугопримац). Држалац по закону одговара као и власник јер има фактичку контролу над возилом. Да би неко лице имало својство држаоца треба да користи возило у своју искључиву корист (или бар претежну), да су на њега прешли трошкови одржавања возила, да извлачи корист из употребе возила. Власник и други држалац возила су „имаоци” возила који одговарају за штете од возила без обзира на кривицу

Возач је свако лице које управља моторним возилом и без обзира на то што није власник или држалац возила, покривен је осигурањем, има својство осигураника. Од држаоца се разликује јер нема право да користи возило у свом интересу. Он одговора на основу кривице. Ако је до возила дошао на противправни начин, он је тада „неовлашћени” возач (управља без овлашћења власника или држаоца возила) и тада није покривен осигурањем. Осигуравач који је по закону дужан да накнади штету и у случају да је проузрокована украденим возилом, има право да захтева повраћај исплаћеног од неовлашћеног возача.

Возач је лице које може бити у служби власника, али и свако друго лице (често су то блиски сродници власника возила).

3.2. Трећа оштећена лица

Трећа лица су сва она лица којима је као жртвама саобраћајних незгода осигуравач дужан да накнади штету.

Трећа лица су сва лица осим уговарача осигурања (осим за телесне штете), возача возила, те лица које је учествовало у противправном одузимању моторног возила којим је проузрокована штета.

4. Штета покривена осигурањем

Осигурање покрива материјалне и нематеријалне штете настале из употребе моторног возила (које су последица смрти, повреда тела, уништења или оштећења ствари, изгубљене добити).

Штета треба да је настала употребом возила на јавном путу. У судској пракси се широко тумачи појам „употреба” и „јавни пут”. Сматра се да су покривене и штете на путевима који немају јавни карактер (приватни путеви, прикључни пут од гараже до јавног пута, на јавним површинама приступачним за саобраћај, као што су паркинзи, па и у кругу фабрике).

Осигурање покрива штете настале на домаћој територији јер се и обавезно осигурање уводи ради накнаде штете настале у домаћој земљи. Али, ако возило саобраћа у иностранству, осигуравачи прихватају да пружи покриће ако је штета настала на подручју земље са чијим је националним бироом биро домаће земље закључио споразум о зеленој карти.

Осигурањем су покривене штете које су последица употребе возила (узрочно-последична веза може да постоји не само код судара, удара пешака већ и нпр. код заслепљивања фаровима, у случају пожара, експлозије, пада предмета са возила, исцурења уља и др.).

Осигурање покрива насталу штету и онда када је обавеза осигуравача према осигуранику искључена (нпр. због вожње у алкохолисаном стању). На основу закона искључена је само штете на стварима које су примљене на превоз.

Искључења према осигуранику су бројнија али не могу да се истичу оштећеним лицима: штете проузроковане у нарочито опасним околностима (аутомобилске трке); намерно проузроковане штете; штете проузроковане под дејством алкохола; штете проузроковане вожњом без возачке дозволе. Лице које се обучава а има поред себе инструктора не сматра се лицем без дозволе. Ако је возилом управљало лице без дозволе али штета није последица његове радње или пропуста, не може се применити ово искључење (сама чињеница да возач није имао дозволу не доказује његову кривицу за саобраћајну незгоду). Када накнади штету оштећеном, осигуравач има право на регрес од осигураника у свим случајевима када је према уговору његова обавеза искључена.

5. Лимит покрића из осигурања

Осигуравач је дужан да накнади штете за које одговара осигураник до уговорене суме осигурања, али не испод суме која је предвиђена законом (минимална сума). У пракси се по правилу као лимит покрића уговара законска сума, ретко се уговара осигурање на лимит покрића изнад ове суме.

Да би се избегли ефекти инфлације, у нашем Закону о обавезном осигурању у саобраћају суме осигурања су утврђене у страној конвертибилној валути, и страна валута се користи само као обрачунска вредност.

Минимална сума према Закону је 1.000.000 за штете на лицима и 200.000 евра за штете на стварима.

6. Гарантни фонд

Ради потпуније заштите жртава саобраћаја посебно тело накнађује штете у саобраћају у случајевима када нема осигурања. То тело се назива гарантни фонд и у већини земаља представља организацију са својством правног лица. Из средстава гарантног фонда накнађују се: штете од *неосигураних* возила, штете

од *непознатих* возила и штете настале у саобраћајној незгоди возилом чији је власник осигуран код осигураваача који је *иао под стечај*.

Од непознатог возила гарантни фонд накнађује само штете на лицима, а штете на стварима (то су углавном штете на моторном возилу, али могу бити и друге штете, нпр. удар возила у зграду близу пута) само ако је настала и већа штета на лицима.

У сваком конкретном случају мора да се утврди одговорност возача непознатог возила (свим доказним средствима). Ако је у незгоди учествовало непознато возило, а оштећени је и сам крив, он не може да добије накнаду уопште (ако је искључиво крив) или не у потпуности (ако је његова кривица делимична).

Када се ради о штетама од неосигураног возила, гарантни фонд је дужан да накнади све штете (и на лицима и на стварима) из употребе неосигураног возила за које постоји одговорност која је покривена осигурањем. Фонд има право на регрес од лица које није закључило уговор о осигурању.

Када друштво за осигурање оде у стечај, из фонда се накнађују штете које су обавеза осигураваача који је отишао у стечај. Оштећени може пошто је покренут стечајни поступак да се обрати гарантном фонду, а овај пријављује исплаћени износ у стечајну масу.

7. Штете од иностраних возила

Лица која моторним возилом стране регистрације улазе у земљу морају да имају међународну исправу о осигурању која има ваљаност на целом њеном подручју. Ваљана исправа је она коју признаје национални биро (код нас улогу бироа има Удружење осигураваача Србије). На граници се проверава да ли је за возило издата зелена карта или је возило из земље са којом је закључен споразум да је регистарска ознака доказ о осигурању. Ако нема зелене карте, а регистарска ознака није доказ о осигурању, лице које улази у земљу дужно ја да на граници закључи осигурање код домаћег друштва за осигурање (гранично осигурање).

Ваљаност исправе проверавају надлежни органи на граници као и приликом контроле саобраћаја. Оштећено лице може накнаду штете да захтева од било које осигуравајуће организације која обавља послове обавезног осигурања аутомобилиста и од националног бироа. Оно може да поднесе директну тужбу против осигураваача и националног бироа. Право оштећеног да се обрати страном осигураваачу постоји, али ретко се остварује јер је скупо и поступак је дуг.

7.1. Систем зелене карте

Систем је установљен у Европи после Другог светског рата да би се олакшао међународни саобраћај. Споразумима између националних бироа држава чланица система предвиђено је да је зелена карта издата за одређено возило доказ о осигурању које покрива и штета које возило проузрокује у посећеној земљи.

Данас у државама чланицама ЕУ национални бирои прихватају регистарску ознаку државе чланице као доказ о осигурању. Друге државе чланице система могу да прихвате као доказ зелену карту или регистарску ознаку. Неке земље могу припадати систему зелене карте или систему регистарске ознаке или истовремено и једном и другом.

7.2. Национални бирои

Систем зелене карте функционише на основу мреже националних бироа који је основан у свакој земљи чланици система зелене карте чији су чланови друштва за осигурање која обављају послове обавезног осигурања аутомобилиста. Национални бирои између себе закључују споразуме (на основу модел-споразума). Сваки биро је и обрађивачки и исплатни. *Исплатни* је када издаје зелене карте својим члановима. Биро гарантује накнаду штете која настане у другој земљи од возила за које је издата зелена карта. Када обавља послове обраде и исплате штете коју је причинило страног возило у домаћој земљи, национални биро има улогу *обрађивачког* бироа. Уз сагласност националног бироа посао обраде и исплате штете за одређеног страног осигураваача може да обавља друштво за осигурање које је члан националног бироа. Друштво може да закључи уговор са страним осигураваачем (тзв. кореспондентни уговор) којим се само преноси овлашћење за обављање послова са националног бироа.

Рад бироа координира посебно тело са седиштем у Лондону (Савет бироа).

7.3. Регистарска ознака као доказ о осигурању

До прихватања регистарске ознаке као доказа о осигурању дошло је због потребе да се убрза међународни саобраћај који је успоравала гранична контрола зелене карте. Национални бирои држава чланица система потписивањем тзв. мултилатералног споразума прихватили су укидање контроле зелене карте на граници. Државе које нису потписале овај споразум могу да закључују билатералне споразуме са појединим бироима о укидању контроле зелене карте. Ако возило које уђе у домаћу земљу није осигурано, национални бирои држава које су потписале споразум о признању регистарске ознаке као доказа о осигурању узајамно гарантују да ће износи исплаћени по основу штета од возила, која носе њихову регистарску ознаку, бити рефундирани.

7.4. Значај система

Лица која су претрпела штету од страног возила добијају накнаду у својој земљи. Национални биро је по закону дужан да штету исплати, а оштећено лице има према њему право на директан захтев (тужбу).

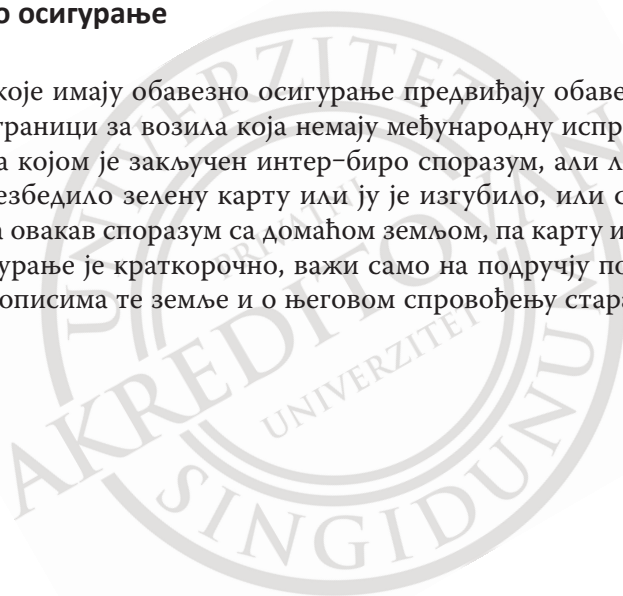


Оштећени има исти положај као и лице које је штету претрпело од домаћег возила. Биро примењује домаће прописе о накнади штете и осигурању као и домаће стандарде накнаде штете.

Међународна карта се издаје сваком лицу које је закључило обавезно осигурање на његов захтев. Она представља потврду да осигурање покрива и штете у иностранству. Ако осигурање није закључено, зелена карта је уговор о осигурању. Она мора бити у важности у време када је удес настао. Ако је истекла, возило се сматра неосигураним. Оштећеном лицу се не могу истицати приговори које осигуравач има према осигуранику. Издавалац зелене карте (национални биро) одговара за обавезе и онда када је осигурање истекло, ако важење саме карте није истекло.

8. Гранично осигурање

Све земље које имају обавезно осигурање предвиђају обавезу закључивања осигурања на граници за возила која немају међународну исправу о осигурању (из земље су са којом је закључен интер-биро споразум, али лице које улази у земљу није обезбедило зелену карту или ју је изгубило, или су из земље која није закључила овакав споразум са домаћом земљом, па карту и не могу имати). Гранично осигурање је краткорочно, важи само на подручју посећене земље, у складу је са прописима те земље и о његовом спровођењу стара се национални биро.







УГОВОР О ОСИГУРАЊУ

Без уговора између лица које жели да се осигура и осигуравача који пружа осигуравајућу заштиту нема делатности осигурања. Послови осигурања су послови закључења и извршења уговора о осигурању. Портфељ осигуравача чини управо број закључених уговора. Тај број указује на обим послова и у највећој мери одређује укупан приход сваког друштва за осигурање. Зато је познавање прописа којима се регулишу односи осигуравача и осигураника гаранција да ће се послови одвијати у складу са правилима струке и интересу заштите имовинских интереса привредних и других субјеката. У законодавству и теорији се уговор о осигурању дефинише као споразум између лица које плаћа премију ради заштите од ризика и осигуравача који је дужан да исплати накнаду штете, осигурану суму или учини нешто друго што је уговором предвиђено.

І. ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА

Уговор о осигурању имовине може да закључи физичко или правно лице које има интерес да се не догоди осигурани случај. Такав интерес имају лица која услед остварења осигураног ризика могу да претрпе имовински губитак, пре свега власници ствари али и друга лица која по неком основу држе или користе ствар (складиштари, превозници, закупци ствари и др.). У осигурању од грађанске одговорности тај интерес постоји код лица која су изложена ризику смањења имовине за случај да проузрокују штету другоме коју су дужна по закону да накнаде. Уговор о осигурању живота закључује се да би се обезбедила материјална сигурност лица које закључује уговор чланова његове породице или других лица којима жели из неких разлога да обезбеди новчану потпору путем осигурања.

Уговор о осигурању закључује се на основу усмене или писмене понуде. Усмена понуда учињена осигуравачу за закључивање уговора о осигурању не обавезује ни понуђача ни осигуравача.

Када се уговор закључује на основу писмене понуде, кандидат за осигурање, сам или преко посредника осигурања, доставља писмено осигуравачу са подацима о ризику који жели да осигура. У пракси се најчешће ради о упитнику који саставља осигуравач и који попуњава кандидат за осигурање и доставља га осигуравачу који тако добија податке о околностима значајним за процену ризика и за утврђивање премије. Пре него што је понуда прихваћена и закључен уговор не плаћа се премија нити осигуравач има обавезу да исплати било шта ако се оствари ризик који је у понуди наведен. У условима осигуравача се предвиђа да ли се уговор закључује на основу усмене или писмене понуде на прописаном обрасцу осигуравача. Писмена понуда и дате изјаве осигураника чине саставни део уговора о осигурању.

Пример обрасца понуде

Назив осигураника:

Адреса:

Делатност:

Време трајања осигурања:

Врста осигурања:

1) Пожар и неке друге опасности

Предмет осигурања:

Сума Осигурања

Основни ризици:

Опрема - радне машине	50.000.000
Намештај	3.000.000
Залихе	1.000.000

Излив воде из инсталација на њену вредност

Улагања у објекат	70.000.000
Опрема	50.000.000
Намештај	3.000.000
Залихе – рекламни материјал	1.000.000
Земљотрес на њену вредност	
Улагања у објекат	70.000.000
Опрема	50.000.000
Намештај	3.000.000
Електронска опрема	148.500

Доплатак за откуп амортизације

Доплатак за откуп франшизе

Опрема и намештај на „први ризик“ 5.300.000

Залихе – рекламни материјал, на њену вредност 1.000.000

Лаптоп рачунари 18.400

Доплатак за откуп амортизације

Доплатак за откуп франшизе

планирани износи годишњих фиксних трошкова

у 2011. години и планирана добит за 2011. годину

350.000.000

период прекида рада – период

45 дана

Осигурање ошће одговорности

Осигурање одговорности према трећим лицима и према закуподавцу за штете услед смрти, повреде тела или здравља, као и оштећења или уништења имовине трећих лица, са укљученим покрићем за чисто финансијске штете, и са укљученом одговорношћу послодавца према запосленима навести да се трећим лицима сматрају посетиоци и извођачи закупа.

број запослених у 2011. години

14

укупно планиране годишње бруто зараде за 2011. годину

242.000.000

лимит по штетном догађају

800.000

лимит агрегатно годишње

800.000

Укупно - плаћање на рате

Укупно - плаћање одједном

Понуда се доставља осигуравачу који може да је прихвати, не прихвати или тражи додатна објашњења. У нашем праву писмена понуда која је учињена осигуравачу везује понуђача ако није одредио краћи рок, за време од осам дана од дана када ју је примио осигуравач, а ако је потребан лекарски преглед у року од тридесет дана. То значи да ако у року који га везује понудом понуђач повуче понуду, осигуравач коме је послата понуда има право на накнаду штете (трошкова које је имао у вези са обрадом понуде и припреме уговора). Пошто је примио понуду коју прихвата, осигуравач издаје полису коју потписује и доставља је понуђачу на потпис. Уговор је закључен и онда када се осигуравач не изјасни о понуди у року од осам дана од дана када му је понуда приспела. Услов је да понуда не одступа од услова према којима он спроводи осигурање од ризика за који се тражи осигуравајућа заштита. Ово је изузетак од правила да је уговор закључен када је потписана полиса што је у интересу осигураника који тако добија жељено осигуравајуће покриће које би могло због ћутања осигуравача да изостане.

Ако осигуравач поводом примљене понуде затражи неку допуну или измену, сматра се да је понуда примљена оног дана када је осигуравачу предата тражена допуна или измена. Ако понуђач у предвиђеном року не обавести осигуравача о прихватању његових услова сматра се да није прихватио услове осигурања и да је одустао од закључења уговора о осигурању.

Уговор на основу усмене или писмене понуде закључен је када су обе стране потписале полису. Међутим, у нашем праву се дозвољава и осигурање без полисе када је условима осигурања предвиђено да уговорни однос настаје самим плаћањем

премије. У пракси се тако нпр. закључује уговор о осигурању домаћинства. Плаћањем премије уплатником којом се јавном комуналном предузећу за одржавање зграда плаћају трошкови одржавања зграда настаје уговорни однос између осигуравача и лица на које уплатница гласи. У сваком конкретном случају, ако дође до спора, утврђује се да ли се ради о случају када је дозвољено осигурање без полисе.

II. ПОЧЕТАК ДЕЈСТВА УГОВОРА

Обавеза осигуравача не мора да почне када је закључен уговор већ у неком другом моменту како је утврђено у уговору. У полиси се прецизира дан и час када почиње осигуравајуће покриће. Када је уговорено да се премија плаћа приликом закључења уговора, покриће почиње по истеку двадесет четвртог часа дана који је у полиси означен као дан почетка дејства осигурања. Може се уговорити да обавеза осигуравача почиње од тренутка закључења уговора о осигурању и ако није плаћена премија. Када се уговори да се премија плаћа касније, а не у моменту закључења уговора, обавеза осигуравача почиње по истеку двадесет четвртог часа од уплате премије или од дана који је у уговору наведен као дан почетка осигурања. У неким осигурањима до почетка осигуравајућег покрића уговара се дуже време. То је код оних осигурања код којих постоји опасност да је ризик настао или у настајању (код осигурања животиња обично у трајању од 14 дана). Тај рок од закључења уговора до почетка осигурања назива се *кареница*.

Уговор траје до завршетка последњег дана рока за који је осигурање уговорено.

Одредбе стандардних услова осигурања које се односе на почетак осигурања:

1. Општи услови за осигурање имовине

Уговор о осигурању, ако се другачије не уговори, своје дејство производи по истеку двадесет четвртог часа дана који је у полиси означен као дан почетка трајања осигурања, па све до завршетка последњег дана рока за који је осигурање уговорено.

2. Услови за осигурање усева и плодова

Почетак обавезе осигуравача за накнаду из осигурања одређује се за поједине усеве и плодове за следеће време:

- 1. код винограда, малина и хмеља – по избијању ластара из пулољака,*
- 2. код воћа – када се сасуше, односно опадну крунични листићи са 50% цветова исте сорте,*
- 3. код воћног, лозног и шумског садног материјала, украсног биља и младих шумских култура – од почетка вегетације, односно од момента ницања или засађивања и др.*

3. Услови за осигурање животиња:

Обавеза осигуравача за накнаду из осигурања почиње:

1. за штеће од угинућа, принудног клања или убијања због несрећног случаја, као и трошкове лечења, уколико су уговорени, по истеку 24 часа дана који је у полиси осигурања означен као почетак осигурања, ако је до тога дана плаћена премија, иначе у 24 часа од дана улазе премије осигурања, уколико се друкчије не уговори;
2. за штеће од угинућа, принудног клања или убијања због болести по истеку 24 часа 14 дана од закључења уговора о осигурању (каренца), уколико није друкчије уговорено. Ако осигурано животиње до 24 часа 14. дана (за време прајања каренце) оболи од какве незаразне болести и не оздрави до истека тога рока, обавеза осигуравача за накнаду из осигурања почиње од дана кад је то животиње оздравило, о чему је осигураник дужан да поднесе ветеринарско уверење. Ако осигурано животиње до 24 часа 14. дана (за време каренце) оболи од било које заразне болести, каренца се продужава за сва осигурана животиња исте врсте, све док зараза не престане, о чему је уговорач осигурања дужан да поднесе ветеринарско уверење. Уговорач осигурања може уз посебан доплатак искључити каренцу, у ком случају обавеза осигуравача за исплату накнаде из осигурања почиње по истеку 24 часа дана који је у полиси осигурања означен као почетак осигурања.

III. НАЈВАЖНИЈИ ДОКУМЕНТИ

Када осигуравач и уговорач осигурања постигну сагласност о битним елементима уговора, потписују полису осигурања и уговор је закључен. У неким случајевима осигураник има потребу за хитним покрићем ризика, у ком случају због краткоће времена није могуће обезбедити све елементе који су потребни да би се уговор ваљано закључио. Зато се уместо полисе издаје други документ који се назива листа покрића.

1. Полиса осигурања

Полиса потврђује узајамне обавезе уговорних страна. Она мора да садржи елементе који су утврђени законом: датум издавања; уговорне стране; трајање осигурања и период покрића; суму осигурања или да је осигурање неограничено; премију или допринос и потписе уговорних страна. Полиса за осигурање живота мора да има поред наведених елемената које има свака полиса и податак о лицу на чији је живот осигурање закључено (осигураника), датум његовог рођења и догађај или рок од кога зависи настанак права да се захтева исплата осигуране суме.

Полиса обично има два дела: први садржи опште, а други посебне услове. Ако постоји несагласност између општих и посебних услова полисе, примењују се посебни услови. Уколико текст полисе одступа од текста на понуди осигурања, или постигнутом споразуму, меродаван је само садржај полисе.

Назначење у полиси периода трајања уговора о осигурању и периоду осигуравајућег покрића је важно јер та два периода не морају да се поклапају. То је случај код осигурања која се закључују са одложеним покрићем (осигурања са каренцом) и код осигурања која имају одредбе о претходном и накнадном покрићу. Код осигурања код којих се уговара да обавеза осигуравача постоји иако су штете већ настале или биле у настајању пре закључења уговора, ако осигураник за то није знао, период покрића је дужи од трајања уговора о осигурању. У уговор се нпр. уноси одредба да је осигурањем покривен период од годину или дуже пре закључења уговора. Такође може да се уговори да ће осигуравач бити у обавези и одређено време по истеку уговора. Ово су случајеви који се појављују најчешће код осигурања од грађанске одговорности. Уговор о осигурању од одговорности за штете од производа са недостатком може да садржи одредбу да су осигурањем покривени и захтеви за накнаду штете који се односе на догађаје чији је узрок настао пре закључења уговора. Осигураник, произвођач лекова, који приликом закључења уговора није знао да је неки лек са недостатком и штетан за здравље има у таквом случају осигуравајуће покриће иако је извор ризика одговорности догађај који је настао пре него што је уговор закључен. Период покрића је тада дужи од периода на који је уговор закључен и назива се „претходно покриће” (пропуст у производњи је нпр. настао 25. јануара, а уговор је закључен 20. маја. Штете од таквог пропуста су покривене осигурањем). У случају када се очекује да ће захтеви за накнаду штете у вези са догађајем којим се остварује осигурани ризик грађанске одговорности да се подносе и по истеку уговора (нпр. хируршка интервенција је извршена у време трајања осигурања, али су се последице пропуста лекара појавиле по истеку две године од престанка уговора када је и поднет одштетни захтев; пропуст адвоката је настао у периоду на који је закључен уговор али је захтев за накнаду штете поднет годину дана после учињеног пропуста и др.). У овом случају се ради о „накнадном покрићу”, период покрића је продужен до истека периода који је уговорен (три, пет или и више година од престанка уговора). У полиси треба да се наведе на који период се накнадно и претходно покриће односи. Ако овакво покриће није уговорено, примењује се опште правило да су покривени догађаји који су настали у времену трајања од закључења до истека уговора.

Пример садржаја каско полисе

ПОЛИСА	
<i>за комбиновано осигурање моторних возила</i>	
<i>Осигуравач</i>	<i>Број полисе</i>
<i>А Подаци о осигуранику: Уговарач осигурања – осигураник,</i>	
<i>Матични број, Адреса</i>	
<i>Б Подаци о возилу: Регистарска ознака, Врста возила, Марка и тип,</i>	
<i>Број шасије, Број мотора,</i>	
<i>Година производње, Снага мотора, Запремина</i>	
<i>мотора, Рег. број седишта, Стање возила</i>	
<i>Ц Подаци о осигурању: Време трајања осигурања, Сума осигурања,</i>	
<i>Осигурани ризици, Доплати и</i>	
<i>попусти, Износ премије</i>	
 <i>Датум издавања полисе</i>	
<i>Потпис осигуравача</i>	<i>Потпис осигураника</i>

2. Листа покрића

Листа покрића се дефинише као привремени уговор који се издаје осигуранику пре коначног закључења уговора. Уговор о осигурању неких ризика сложен је правни посао и да би се закључио потребно је извесно време. Да би осигураник имао покриће и у том времену, осигуравачи издају документ који гарантује да ће ризик бити покривен ако настане у времену који је у њему наведен. Издавање листе покрића не обавезује осигуравача да закључи уговор, а ако хоће, не мора по условима који су наведени у листи. Овај документ је врло сумаран у поређењу са полисом која садржи опште и посебне услове осигурања.

Листа покрића се у пракси издаје као писмени документ јер је по закону уговор закључен „када је потписана полиса или *листа покрића*”. Иако не мора да има све елементе које иначе има сваки уговор о осигурању, листа покрића се не може издати уколико не садржи битне елементе (уговорне стране, време трајања покрића, осигурани ризик). Поступак обезбеђења покрића путем листе покрића уобичајен је као код закључења уговора: понуду даје уговарач осигурања, усмено или попуњавањем обрасца понуде, прихвата је осигуравач издавањем тог привременог документа. По истеку времена за које је издата, листа може поново да се изда или се издаје полиса. Ако се листа покрића даје када истекне осигурање, док се не изда нова полиса, сматра се да покриће одговара оном које је било у претходном уговору.

Ако настане осигурани случај пре него што је издата полиса и за време трајања листе покрића осигуравач је дужан да накнади штету у свему у складу са правилима која иначе примењује на таква осигурања. Премија се плаћа према уобичајеној тарифи коју осигуравач примењује у време преузимања ризика.

Пример лисће покрића за осигурање од пожара

ЛИСТА ПОКРИЋА бр. _____

Уговорач осигурања – Осигураник

Машични број

Поштански број

Месито – седиште

Улица

Број

(У даљем тексту: Осигураник) закључује са _____ уговор о осигурању некретности, постројења, опреме и запослених које чине предмет осигурања, а према условима осигурања и тарифама премије наведеним у Спецификацији података за осигурање дајој у наставку овог Листа покрића.

Средства, која су као предмет осигурања наведена у Спецификацији података уз овај Лист покрића, осигурана су до висине суме осигурања за сваку поједину ствар, према подацима наведеним у Спецификацији података која чини саставни део овог Листа покрића.

Висина премије осигурања утврдиће се применом премијских стоја и осталих одредаба тарифа осигурања након достављања свих потребних података од стране Осигураника, односно, уколико је то потребно, по изради Извештаја о прегледу и оцени ризика или Елабората о прегледу и оцени ризика.

Аконтација премије за утврђени период покрића износи _____ динара, од чега је основна премија _____ динара, а законски обрачунаји порез (5%) _____ динара. Фактурисање аконтације премије осигурања извршиће се по поштомисању овог Листа покрића, у целости.

Након израде обрачуна укупне годишње премије осигурања на основу достављених података осигураника, обрачунаја премија ће се умањити за фактурисани износ аконтације премије, а разлика премије ће се фактурисати по издавању пописа.

Плаћање фактурисане аконтације премије уговара се у једној рати са следећим роком доспећа: _____

Обавеза Осигуравача по овом Листу покрића почиње од 01.01.2011. године у 24h и траје до испостављања пописа осигурања, а најкасније до 01.02.2011. године.

Уколико се до назначеног датума важења овог Листа покрића не стекне могућност за издавање пописа осигурања, посебним анексом ће се продужити важење овог Листа покрића са сразмерно утврђеном премијом осигурања за продужени период важења.

Осигураник су уручени услови осигурања који чине саставни део уговора о осигурању, а који су наведени у Спецификацији у прилогу.

Овај уговор сачињен је у 2 (два) истоветна примерка од којих свака страна задржава по 1 (један) примерак.

У Београду, дана _____ године

ОСИГУРАВАЧ

ОСИГУРАНИК

ПРИЛОГ УЗ ЛИСТ ПОКРИЋА БР. _____

СПЕЦИФИКАЦИЈА ПОДАТАКА ЗА ОСИГУРАЊЕ

Ред. бр.	ВРСТА ОСИГУРАЊА, ПРЕДМЕТ ОСИГУРАЊА (ОПИС ОСНОВНИХ СРЕДСТАВА И ЗАЛИХА ПО РАЧУНИМА ГРУПЕ КОНТА), ИЗВОР ПОДАТАКА	УГОВОРЕНО ПОВЕЋАЊЕ у %	УСЛОВИ У СМISЛУ КОЈИХ СЕ УГОВАРА ОСИГУРАЊЕ, ДОПУНСКИ РИЗИЦИ – НАЧИН ОСИГУРАЊА, ДОПЛАЦИ, ПОПУСТИ, КЛАУЗУЛЕ...
1	2	3	4
1.	ПОЖАР И НЕКЕ ДРУГЕ ОПАСНОСТИ, - Предмет осигурања: - грађевински објекат - _____ на набавну књиговодствену вредност из Биланса стања на дан _____. године. - Није уговорен проценат увећања набавне књиговодствене вредности. - Без месечних корекција суме осигурања и премије растом цена на мало.	НЕ	- Општи услови за осигурање имовине. - Услови за осигурање од пожара и неких других опасности. - Посебни услови за осигурање грађевинских објеката и опреме на уговорену вредност. - Допунски ризици нису уговорени.
2.	ОСИГУРАЊЕ МАШИНА ОД ЛОМА И НЕКИХ ДРУГИХ ОПАСНОСТИ - Предмет осигурања: - механичка опрема у саставу грађевинског објекта - _____ _____ - на набавну књиговодствену вредност из Биланса стања на дан _____ године. - Није уговорен проценат увећања набавне књиговодствене вредности. - Без месечних корекција суме осигурања и премије растом цена на мало.	НЕ	- Општи услови за осигурање имовине. - Услови за осигурање машина од лома и неких других опасности. - Посебни услови за осигурање грађевинских објеката и опреме на уговорену вредност. - Доплати: а) за откуп амортизације б) за откуп франшизе
3.	ОСИГУРАЊЕ СТАКЛА ОД ЛОМА, - Стакло (термопан фасадни) на _____ на суму „ неисцрпиво I ризика” коју је одредио Уговарач осигурања - _____ m ² .		- Општи услови за осигурање имовине - Услови за осигурање стакла од лома

У Београду, дана _____

ОСИГУРАВАЧ

ОСИГУРАНИК

IV. ПРЕДМЕТ И МЕСТО ОСИГУРАЊА

Уговором о осигурању се прецизира предмет осигурања, у осигурању ствари које су ствари осигуране, код осигурања потраживања о каквом се потраживању које је предмет осигурања ради (по основу уговора о кредиту, уговора о делу), код осигурања грађанске одговорности која је одговорност осигурана (уговорна или вануговорна, за штете на лицима или стварима или чисто имовинске штете).

Одредба стандардних услова за осигурање објеката у монитажу које дефинишу предмет осигурања

По овим условима, предмет осигурања могу бити: грађевински објекти у изградњи, подразумевајући под тим новоградње и реконструкције (поправке, доградње, надоградње и сл.); грађевински, занатски, инсталациони материјал, као и општа опрема која је намењена искључиво за уградњу у осигурани објекти; грађевинска опрема и помоћни објекти који се користе за изградњу грађевинског објекта (помоћне зграде, баракe дрвене или зидане за складиште, радионице, мензе, покрећне ске и сл.), осим монтажних барака и других објеката који чине основна, односно обрћена средства извођача радова; монтажни радови и опрема за монтажу, који се изводе у склопу грађевинских објеката.

Осигуране су само ствари које су наведене у полиси.

Ако се посебно уговори и плати додатна премија, осигурањем се могу обухватити: већ постојећи објекти на којима се обављају реконструкције (поправке, доградње, надоградње, адаптације и сл.); део објекта у изградњи односно поједини грађевински и занатски радови које је преузео извођач радова; помоћни грађевински материјал и алати у употреби; грађевинска опрема и помоћни објекти који се користе за изградњу грађевинског објекта, који уопште или у целини нису обухваћени предрачунском вредношћу објекта који се гради, као посебна ставка трошковника; стационирана (усидрена) пловна возила, чамци, славови понтони на води и ствари на њима за време градње на води или обали; ствари радника; несамоходна механизација која се користи за изградњу грађевинског објекта.

Осигурање важи за време док се осигуране ствари налазе на месту означеном у полиси. У осигурању ствари то место је оно где се ствар уобичајено налази. У осигурању домаћинства то је намештај у осигураном стану, у осигурању ствари које припадају правном лицу место где се обавља делатност, у осигурању машина где се оне користе и др. Осигурање по правилу важи и када се ствари налазе изван места које је означено у полиси ако је њихово померање потребно ради оправке, прераде, обраде, али не изван територије Србије. Посебно уговарање је потребно за покриће у иностранству. Ове ствари се сматрају осигураним и у превозу. Ако

се осигурана ствар, према природи употребе, премешта са једног места на друго, то треба навести у полиси.

V. ТРАЈАЊЕ И ИЗМЕНА УГОВОРА

Када се уговор закључи на дуже време, што је правило код уговора о осигурању живота, може да се постави питање његове измене. Закон не предвиђа на које време уговор може да се закључи, уговорним странама је препуштено да о томе одлуче. Нека осигурања се закључују на годину дана или и на краће време (нпр. осигурања моторних возила, осигурање крађе, домаћинства) и називају се *крайкорочна осигурања*. Уговор о осигурању може да се закључи са трајањем од више година, то је по правилу случај код осигурања живота, али се такви уговори закључују и ради осигурања имовине када осигураници желе да буду у трајнијем пословном односу са једним осигуравачем. То су *вишегодишњи уговори*. Уговор може да се закључи и тако што рок трајања није одређен и свака страна може да га раскине са даном доспелости премије. Једна страна писменим путем обавештава другу страну о раскиду у законом предвиђеном року пре доспелости премије.

У току трајања уговора може да дође до промена околности због којих једна страна жели измену уговора. То се дешава када је потребно проширење покрића, увођење или укидање франшизе, покриће штета које су искључене из осигурања, повећање или смањење премије и др. Да би могао да се измени уговор, потребна је сагласност обе уговорне стране. Ако се мењају услови осигурања, осигуравач је дужан да писмено или на други погодан начин обавести уговарача осигурања о извршеним променама. Страна која жели измену уговора најчешће то чини писменим путем или електронски. Код масовних осигурања осигуравач то чини приликом обавештења о доспелости премије циркуларним писмом свим осигураницима. Код ових осигурања, као што су нпр. осигурање моторних возила, осигуравач не може сваком осигуранику појединачно да шаље обавештење о измени уговора. Он зато све обавештава о измени у следећој години осигурања. Свака измена уговора мора бити потврђена потписима обе стране. Ово је разумљиво у нашем праву јер је уговор о осигурању формалан, закључен је када је потписана полиса, и свака његова измена мора бити путем писмена које су потписале обе уговорне стране. Прихватање измене може бити изузетно прећутно (нпр. осигураник је платио премију која је повећана након обавештења осигуравача). Уговарач осигурања има право да у остављеном року од пријема обавештења о извршеним изменама у условима осигурања откаже уговор о осигурању. У случају отказа, уговор о осигурању престаје у 24 часа последњег дана текуће године осигурања у којој је извршена измена. Ако уговарач осигурања не откаже уговор у предвиђеном року, уговор се са почетком наредне године осигурања мења у складу са изменама. Стране могу уговорити да измена дејствује након протека неког времена што се наводи у писмену које садржи измене.

Ако у току трајања осигурања дође до промене ризика, осигуравач може да захтева повећање премије и у току трајања уговора. Ако уговарач осигурања не пристане на измену премије, уговор престаје по самом закону. Осигуравач не може да захтева измену премије ако је дознао за повећање ризика а није у законом предвиђеном року искористио то овлашћење или ако пре истека рока неким својим поступком покаже да прихвата продужење уговора са првобитном утврђеном премијом као што је прихватање премије или исплата накнаде штете иако је штета настала после повећања ризика.

У осигурању лица осигуравач може да захтева измену уговора само због тога што је осигураник променио занимање. Ово правило је предвиђено законом јер у осигурању лица није популарно мењати уговор због повећања ризика које се нормално очекује код дугорочних осигурања (болест настала после закључења уговора може да повећа ризик смрти, али осигуравач не може да због тога захтева повећање премије). Код осигурања живота која се закључују на више година, у премију је урачунат ризик повећања смрти протеклом година. Ризик се повећава али то не може бити разлог за измену уговора јер се такво повећање очекује.

Ако је у току осигурања ризик смањен, уговарач осигурања може да захтева измену уговора, тј. смањење премије. Премија се смањује од дана када је о смањењу осигуравач обавештен. Осигуравач не мора да прихвати смањење премије, и у таквом случају уговарач осигурања има право да раскине уговор.

VI. ПРЕСТАНАК УГОВОРА

У неким случајевима уговор о осигурању престаје по самом праву без иницијативе уговорних страна. У другим случајевима уговор престаје на захтев уговорених страна и тада је реч о раскиду уговора.

1. Престанак уговора на основу закона

1.1. Истек уговора

Уговори који су закључени на годину дана или краћи период престају када истекне време на које су закључени. Уговор о осигурању с одређеним роком трајања престаје истеком двадесет четвртог часа дана који је у полиси означен као дан истека осигурања, уколико није уговорено да се прећутно продужава. У пракси осигурања често уговори који су закључени на годину дана садрже одредбу по којој се осигурање прећутно продужава. Уговор се аутоматски обнавља осим ако једна страна није захтевала раскид о чему мора бити обавештена друга страна пре истека уговора. Ова одредба је дозвољена с тим да на основу прећутног продужења нови уговор не може да траје дужи од трајања претходног уговора.

Код уговора о осигурању код којих је у полиси означен само почетак осигурања, осигурање се продужава из године у годину, осим ако нека од уговорних страна најкасније у законом предвиђеном року пре истека текуће године осигурања писмено обавести другу страну да не жели да продужи уговор о осигурању.

Када се ради о уговорима који су закључени на више година, уговор престаје по истеку последњег дана рока за који је осигурање уговорено. Код уговора који су закључени на рок који је дужи од пет година, осигуравач и уговарач осигурања могу по истеку тог рока писменим путем да захтевају раскид уговора уз законом предвиђени отказни рок (у нашем праву овај рок је шест месеци). Уговор престаје истеком двадесет четири часа онога дана када истиче отказни рок.

1.2. Ликвидација и стечај осигуравача

Када надлежни орган одузме дозволу друштву за осигурање и у другим случајевима када се над друштвом спроведе поступак ликвидације уговори о осигурању престају осим ако је било преноса портфеља на другог осигуравача. Уговори престају по истеку законског рока који почиње да тече од објављивања одлуке о ликвидацији друштва за осигурање у службеном гласнику. Ако је отворен стечај над осигуравачем уговор о осигурању престаје по истеку рока који је предвиђен законом који почиње да тече од отварања стечаја (у нашем праву месец дана).

1.3. Пропаст осигуране ствари

Ако је ствар која је предмет осигурања уништена или нестала услед остварења осигураног случаја, уговор престаје. Исто је и када је ствар пропала услед догађаја који није покривен осигурањем (нпр. возило је осигурано од крађе, а уништено је у експлозији). У овом другом случају осигуравач је дужан да врати део премије за период у коме не носи ризик (од момента престанка уговора до уговореног истека осигурања: *pro rata temporis*).

1.4. Неплаћање премије

Ако премија није плаћена о доспелости ни у року који је накнадно оставио осигуравач, уговор престаје по самом праву по истеку задњег дана накнадног рока. Ако осигуравач није обавестио уговарача о доспелости премије, уговор престаје по истеку годину дана од доспелости.

2. Престанак уговора на иницијативу уговорних страна

До раскида уговора на захтев уговарача осигурања или осигуравача долази код уговора који су закључени на неодређено време и код уговора који су закључени на више година. Ако рок трајања осигурања није одређен уговором, свака страна може раскинути уговор даном истека текуће године осигурања, обавештавајући писменим путем другу страну најкасније у законском року (три месеца према у нашем праву) пре истека текуће године осигурања. У том случају уговор о осигурању престаје истеком двадесет четвртог часа последњег дана текуће године осигурања. Уговором се не може искључити право сваке стране да раскине уговор. Ако уговарач осигурања раскине уговор који је закључен на више година, у условима се по правилу предвиђа да је дужан да плати разлику премије ако му је одобрен попуст за трајање осигурања.

Осигуравач може да раскине уговор и онда када је закључен на период од годину дана ако је уговарач осигурања дао нетачне податке о ризику или је прећутао околности од значаја за његову процену. Уговор престаје по истеку законског рока (14 дана у нашем праву) који почиње да тече од дана када је осигуравач изјаву о раскиду саопштио уговарачу осигурања. Осигуравач има право на раскид уговора и у случају када није обавештен о повећању ризика у току трајања осигурања. У оба случаја осигуравач има право да раскине уговор само ако га не би закључио с обзиром на својства ризика.

Ако је у току трајања осигурања дошло до смањења ризика, уговарач осигурања може да захтева раскид уговора ако осигуравач не пристане на смањење премије.

3. Отуђење ствари

У случају отуђења осигуране ствари, као и ствари у вези са чијом је употребом закључено осигурање од одговорности, основно је правило да уговор не престаје већ права и обавезе уговарача осигурања прелазе на прибавиоца ствари. Ако је отуђен само један део осигураних ствари уговор о осигурању престаје у погледу отуђених ствари ако оне у погледу осигурања не чине засебну целину. Уговарач осигурања који не обавести осигуравача да је осигурана ствар отуђена, остаје у обавези да плаћа премије које доспевају и после дана отуђења. Међутим, осигуравач и прибавилац осигуране ствари могу раскинути уговор уз отказни рок и тада он престаје истеком двадесет четвртог часа дана кад истиче отказни рок.

4. Стечај уговарача осигурања

Ако је отворен стечај над уговарачем осигурања, осигурање се наставља а свака страна, осигуравач и уговарач осигурања, има право да раскине уговор о осигурању у законском року који тече од покретања поступка стечаја (у нашем праву три месеца).

5. Смрт уговарача осигурања

Уговор о осигурању се често закључује с обзиром на личност уговарача осигурања, и када је такав случај, након наступања његове смрти, ако није другачије уговорено, уговор престаје. Осигурање које није закључено с обзиром на личност уговарача осигурања наставља се у корист наследника уколико извршавају обавезе које је према осигуравачу имао уговарач. Наследници могу раскинути уговор. То може учинити и осигуравач о чему обавештава наследнике у законском року који тече од момента када је обавештен о новим корисницима уговора.

VII. ОБАВЕЗЕ УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА И ОСИГУРАВАЧА

1. Обавезе уговарача осигурања

1.1. Плаћање премије

Са становишта права премија је износ новца који је уговарач осигурања дужан да плати као накнаду за извршење уговорне обавезе осигуравача. Премија је битан елеменат уговора о осигурању, она је цена осигуравајућег покрића. Уговор о осигурању је двострано теретни уговор, свака уговорна страна има обавезу, осигуравач да накнади штету ако настане (у осигурању имовине) или исплати осигурану суму (у осигурању лица), а осигураник да плати премију. Износ премије се обавезно уноси у полису осигурања.

Плаћање премије и последице неплаћања регулисани су и императивним нормама пре свега у интересу уговарача осигурања. Иако уговорне стране имају слободу да уговарају начин плаћања премије, последице неплаћања не могу бити у супротности са императивним одредбама закона.

Премију је дужан да плати *уговарач осигурања*. Ако је уговор закључен за туђи рачун, плаћа је уговарач осигурања, а не лице чији је интерес осигуран (осигураник), али се може и другачије уговорити. Закон дозвољава да премију плати свако лице које за то има интерес. Такав интерес нпр. има сваки члан домаћинства ако је уговор о осигурању закључен у интересу домаћинства (осигурање породичне куће, ствари домаћинства, осигурање живота или незгоде члана породице).

1.1.1. Начин плаћања премије

Премија се плаћа приликом закључења уговора, а може, ако се тако уговори, у уговореним роковима (у ратама: месечно, тромесечно). По правилу премија се плаћа приликом закључења уговора да би осигуравач створио фонд ради благовременог извршавања својих обавеза. Поверилац коме се плаћа премија је осигуравач.

Заступник осигурања је овлашћен да за осигуравача наплати премију, али посредник осигурања није. Ако уговарач осигурања плати премију посреднику, није ослобођен своје обавезе. Дешава се да посредник задржи новчани износ који му је дат ради плаћања премије. У таквом случају уговарач није извршио обавезу на плаћање премије и осигуравач може да од њега захтева плаћање судским путем. Уговарач има право једино да захтева у вансудском или судском поступку од посредника да му се новац који је дат ради плаћања премије врати.

Ако се уговори плаћање премије у ратама, може се зарачунати уговорена камата. Ако се доспела рата премије не плати у уговореном року, може се зарачунати затезна камата.

У осигурањима имовине осигуравач увек може да захтева плаћање премије судским путем. До неплаћања премије долази у случајевима када је уговорено да се премија плаћа после закључења уговора. Ако премија не буде плаћена ни по истеку тридесет дана од слања обавештења о доспелости премије, осигуравач може да поднесе тужбу суду.

У осигурању живота плаћање премије је факултативно, што се огледа у томе да уколико премија није плаћена, осигуравач њену наплату не може да тражи принудним путем. У случају неплаћања премије предвиђа се раскид уговора или редукција осигуране суме. Осигуравач је дужан да обавести уговарача о доспелости премије и ако премија не буде плаћена у року који је наведен (у нашем праву не може бити краћи од месец дана), уговор се раскида ако нису плаћене три годишње премије, а ако су плаћене, сума се смањује на износ откупне вредности осигурања.

Премија се плаћа као и друге новчане обавезе, у готовини, чеком, вирманом, али и компензацијом. Ако се плаћа чеком, може се уговорити да је обавеза извршена када је чек уплаћен, а не када је инкасиран. Ово због тога што од момента уплате до момента када је осигуравачу стигла уплата може настати осигурани случај и осигураник би могао да остане без накнаде. Премија се плаћа директно осигуравачу или његовом заступнику (лицу које иступа у његово име и за његов рачун). Ако се премија уплати поштом или вирманом преко банке сматра се да је плаћена када банци стигне новчана дознака у корист осигуравача или налог (вирман) уговарачеве банке, да одобри на рачуну осигуравача износ означен у налогу.

Премија може да се плати путем компензације са дугом који осигуравач има према осигуранику у вези са насталим осигураним случајем. Ако се премија односи на осигурање од одговорности не може бити компензације јер је оштећено лице поверилац осигуравача. Компензација може бити само између лица која су међусобно дужници. Треће оштећено лице није дужник, оно је само поверилац.

1.1.2. Место плаћања премије

Ако није уговорено нешто друго, премија се плаћа у месту у коме уговарач осигурања има пребивалиште ако је физичко лице, односно у месту седишта ако је правно лице. Опште је правило облигационог права да се премија плаћа у месту пребивалишта дужника, а код уговора о осигурању уговарач осигурања је дужник. С обзиром на то да је дозвољено и другачије уговарање, у пракси се из практичних разлога уговара да се премија плаћа у месту седишта осигуравача или његовог заступника.

1.1.3. Доспелост премије

Премија се плаћа када је уговорено: приликом закључења уговора када је потписана полиса осигурања; ако се плаћа у ратама, свака рата оног дана који је наведен у уговору; ако је у уговору који је закључен на неодређено време (наставља се из године у годину) оног дана који је наведен као дан када премија доспева за плаћање. Осигуравач је по закону дужан да писменим путем обавести уговарача осигурања о доспелости премије и њеном износу.

У свим неживотним осигурањима обавеза плаћања премије је допуњена посебним поступком за случај неплаћања. О доспелости премија осигуравач обавештава уговарача осигурања препорученим писмом. Ако премија не буде плаћена о доспелости уговор престаје по самом закону по истеку рока од 30 дана од дана када је уговарачу уручено препоручено писмо. Рок од 30 дана када престаје уговор не може да истекне пре него што је протекло 30 дана о доспелости премије (осигуравач може да обавести уговарача осигурања пре и после доспелости премије о томе када је рок за плаћање). Ако осигуравач није обавестио уговарача о доспелости премије, уговор престаје по истеку годину дана од дана доспелости.

Примери пресјанка уговора када није плаћена премија

1. Премија је доспела 1.07.2005. године

Уговарач осигурања је примио писмо осигуравача 25.07.2005. године.

Ако премија није плаћена уговор пресјаје 25.08.2005. године.

Уговарач осигурања је примио писмо осигуравача 5.06.2005. године.

Уговор пресјаје 1.08.2005 (не 5.07.2005. године).

Уговарач осигурања није добио писмо.

Уговор пресјаје 1.07.2006. године.

2. Премија је доспела 1.4.2005. године

Уговорач осигурања је примио писмо осигураваача 1.5.2006. године.

Уговор је већ прескочио 1.4.2006. год. /не 1.6.2006. године

Обавештење о доспелости премије треба да садржи податак о износу премије и датуму доспећа плаћања.

Осигураваач често у писмену којим обавештава уговорача осигурања наводи тексти законске одредбе о последицама неплаћања премије да би осигураник био упозорен да може остати без покрића. Ако штеља наситане по доспелости премије, а пре него што су се испунили услови за прескочак уговора, осигураваач има обавезу да надокнади штељу ако је осигурани случај наситио у време док уговор није прескочио имајући у виду наведена правила о прескочанку уговора.

Пример обавезе осигураваача у случају да је наситио осигурани случај после доспелости премије

Премија је доспела 1.1.2003. године. Осигураваач је послао писмо о доспелости премије које је уговорач осигурања примио 20.02.2003. године. Штеља је наситала 15.03.2003. Осигураваач је дужан да је надокнади јер уговор прескочио 20.03.2003. године.

Осигураваач није послао писмо о доспелости премије. Осигурани случај је наситио 25.10.2003. године. Осигураваач је у обавези да надокнади штељу која је последица осигураног случаја јер уговор по самом закону прескочио 1.01.2004. године.

1.1.4. Принципи дељивости премије

Престанком уговора о осигурању пре истека времена за које је премија плаћена она припада осигураваачу само до завршетка дана до ког је он био у обавези, ако другачије није уговорено. На основу принципа о дељивости премије осигураваач је дужан да уговорачу осигурања врати део премије за неискоришћено трајање осигурања (нпр. престанак уговора услед пропасти осигуране ствари од ризика који нису покривени осигурањем; раскид уговора услед ненамерне нетачне/непотпуне пријаве околности од значаја за процену ризика; у случају стечаја уговорача осигурања стечајној маси припада део плаћене премије и др.). Ако осигурана ствар буде уништена пре почетка обавезе осигураваача (нпр. осигурање је закључено са каренцом, одложеним почетком осигуравајућег покрића) уговорачу осигурања се враћа цео износ наплаћене премије. Ако осигурана ствар буде уништена после почетка обавезе осигураваача од ризика који нису обухваћени осигурањем, уговорачу осигурања се враћа износ премије за неискоришћено време трајања осигурања. Ако осигурана ствар буде уништена после почетка обавезе осигураваача од ризика обухваћених осигурањем, осигураваачу припада цео износ премије за уговорени период осигурања.

Пример враћања премије због пројаси ствари од неосигураног ризика

Премија је износила 24.000 динара. Уговор о осигурању моторног возила је закључен 5.01.2010. године. Возило је унишћено 20.03.2010. године услед рушења балкона зграде испод кога је возило било паркирано (ризик није покривен осигурањем). Уговор је пресіао када је предмет осигурања пресіао да постоји. Осигуравач је дужан да врати износ премије од 18.000 динара за период од 20.03. до 5.01.2010. јер је ризик носио до момента пројаси возила.

1.2. Обавеза на обавештавање осигуравача о ризику

Осигуравач није у могућности да процени ризик ако нема сазнања о околностима које су од значаја за његову процену. Он се у највећем броју случајева ослања на обавештења која му о ризику даје уговарач осигурања. Уговор о осигурању је уговор највећег поверења баш због тога што осигуравач има поверење у обавештења која му о ризику да онај ко жели да се од њега заштити.

1.2.1. Обавештавање приликом закључења уговора

Осигуравач не може да утврди одговарајућу премију и услове осигурања ако нема тачне и потпуне податке о осигураној опасности. Уговарач осигурања је дужан да приликом закључења уговора о осигурању одговори на питања која постави осигуравач. Он је дужан да пријави околности које су му познате. Ако нека чињеница није позната и није, с обзиром на околности, могла бити позната, има право на покриће и онда када се ради о околности која је од одлучне важности за процену ризика.

Ако се дају нетачни подаци о ризику или се прећуте околности од значаја за његову процену, закон предвиђа санкције чија тежина зависи од тога да ли је до нетачности или непотпуности пријаве околности дошло намерно или ненамерно. У првом случају осигуравач може тражити поништење уговора, ако не би закључио уговор да је знао за право стање ствари, а у другом случају може тражити повећање премије која одговара ризику или изјавити да раскида уговор. Од каквог је значаја нетачна пријава или прећуткивање околности било на одлуку осигуравача да закључи уговор и да обрачуна нижу премију, да ли је било намере да се превари осигуравач или није, зависи од конкретних околности.

Ако настане осигурани случај у међувремену, обавеза осигуравача зависи од тога да ли постоје услови да се уговор раскине или поништи. У случају поништења уговора осигуравач који је извршио обавезу има право да захтева повраћај исплате. Ако је уговарач осигурања дао нетачну пријаву или је прећутао да обавести о некој околности, а то није учинио намерно, накнада за случај настанка осигураног случаја пре него што је уговор раскинут, односно пре постизања споразума о повећању

премије, смањује се у сразмери између плаћених премија и премије коју је требало платити.

Пример погрешног обавештавања осигураваача о ризику:

Пример 1.

Уговорача је на питање у упитнику осигураваача навео да он управља возилом. Возилом је управљао и његов син који је тек положио возачки испит. Тарифом премија је било предвиђено да се за возила којима управља лице без искуства плаћа доплатак на основну премију од 20%. Осигураваач је захтевао повећање премије. Уговорач није прихватио и уговор је раскинуто. Осигураваач је вратио део премије за неискоришћени период осигурања (уговор је закључен у фебруару, а раскинуто у септембру).

Пример 2. Накнадни обрачун премије код неправилно пријављеног ризика

Разлика премије = Сума осигурања x Нова премијска
стопа – Претходна премијска стопа

Вредност грађевинског објекта	300.000.000 дин
Премијска стопа – масивна грађња	0,33%
Износ премије	99.000 дин

Накнадним прегледом је утврђено да објект сада
у мешовитој грађњи и извршен је нови обрачун премије

Премијска стопа за мешовиту грађњу	1,33%
Нови износ премије	399.000 дин
Разлика премије	300.000 дин

Накнада се смањује у осигурању ствари и у осигурању од одговорности, осим у обавезном осигурању од грађанске одговорности аутомобилиста јер закон не дозвољава да се жртвама саобраћаја истичу приговори које осигураваач има према уговорачу осигурања, па ни приговор нетачне пријаве околности од значаја за утврђивање премије. Ако је плаћена нижа премија јер власник возила није навео да возилом управља и његов син без возачког искуства, не може се лицу које је претрпело штету у саобраћајној незгоди у којој је учествовало то возило смањити накнада због повреде уговорне обавезе уговорача осигурања.

1.2.2. Обавештавање у току трајања осигурања

У току трајања осигурања може доћи до повећања ризика и уговарач осигурања је у обавези да ту чињеницу пријави осигуравачу без одлагања. Ово правило се не примењује у осигурању од опште грађанске одговорности. Нови извори опасности (осигураник је нпр. почео да се бави додатним послом) и проширење осигураног извора опасности (нпр. отворен је нови погон у кругу фабрике) аутоматски су покривени осигурањем до истека уговора. Ако је ризик повећан, осигуравач може да захтева раскид или да га одржи на снази уз повећање премије, а уколико је у међувремену настао осигурани случај, накнада се утврђује применом правила пропорционалности премије. После сазнања о промењеним околностима осигуравач је дужан да без одлагања пошаље обавештење о томе како и када се премија и услови осигурања мењају. У обавештењу мора да се наведе да је уговарач осигурања овлашћен да раскине уговор. Ако осигуравач пропусти да пошаље обавештење, губи право да измени премију или друге услове осигурања, осим у случају када је уговарач осигурања поступао злонамерно.

Ако је повећање ризика толико да осигуравач не би закључио уговор да је такво стање постојало у часу његовог закључења, он може раскинути уговор. Ако је повећање ризика толико да би осигуравач закључио уговор само уз већу премију да је такво стање постојало у часу закључења уговора, он може захтевати повећање премије. Ако уговарач осигурања не пристане на повећање премије уговор престаје по самом закону. Али, уговор остаје на снази и осигуравач се више не може користити овлашћењима да предложи уговарачу осигурања нову стопу премије или да раскине уговор, ако не искористи та овлашћења у року од месец дана од када је било на који начин дознао за повећање ризика или ако још пре истека тог рока на неки други начин покаже да пристаје на продужење уговора (ако прими премију, исплати накнаду за осигурани случај који се десио после тог повећања и сл.).

Ако се осигурани случај догодио у међувремену (пре него што је осигуравач обавештен о повећању ризика или пошто је обавештен о повећању ризика, али пре него што је раскинуо уговор или постигао споразум са уговарачем осигурања о повећању премије), накнада се смањује применом правила пропорционалности премије као и у случају када се ради о сазнању да је уговор закључен на основу нетачно пријављених околности од значаја за процену ризика.

Ако у току осигурања дође до смањења ризика уговарач осигурања може да захтева смањење премије. Он није дужан да обавести осигуравача да је ризик смањен јер има интерес да се премија смањи. Ако осигуравач не пристане на смањење премије, уговарач може да раскине уговор.

Уговарач осигурања има право да захтева одговарајуће смањење премије, рачунајући од дана кад је осигуравача обавестио о смањењу.

Примери околности од значаја за процену ризика

1. Осигураник је пријавио да породична зграда има аларм, видео-надзор и дојављивач пожара. Осигуранику је због ових уређаја признат попуст на премију од 20%. Када је избио пожар, дошло се до сазнања да зграда нема уређаје који су наведени у понуди за осигурање. Како је утврђено да се ради о превари да би се платила нижа премија, осигуравач је захтевао поништење уговора. Задржао је наплаћену премију, штећу није накнадио. То су санкције које су предвиђене уговором.
2. Осигураник је закључио уговоре о осигурању за случај смрти код четири осигуравача. Није навео околности да болује од сиде. Уговори су закључени без лекарског прегледа што је могуће када се осигурање закључује на ниже осигуране суме, лекарски преглед је обавезан када се уговор закључује на високе суме. Када је умро, његова сујруга као корисник осигурања захтевала је од свих осигуравача исплату уговорених сума. Осигуравачи су тврдили да је уговарач осигурања (осигураник) у време закључења уговора боловао од сиде и да је ту околност намерно прећућуао. Сујруга је тужила све осигураваче. Суд је донео одлуку којом се они обавезују да исплате уговорене суме јер није доказано да је осигураник у време закључења уговора већ оболео. Лекар осигураника није хтео да сведочи о овој чињеници и позвао се на лекарску етику која га обавезује да не износи податке о здравственом стању својих пацијената.

1.3. Обавезе када настане осигурани случај

1.3.1. Пријављивање осигураног случаја

Обавеза осигураника је да обавести осигуравача у уговореном, односно законском року да је наступио осигурани случај. Законски рок у нашем праву је три дана од када је осигураник *сазнао* за осигурани случај, а не када је овај *настао*. Одредбе уговора којима се предвиђа губитак права на накнаду из осигурања ако осигурани случај није пријављен у законском року ништавне су. Осигуравач има једино право да накнаду из осигурања смањи за онолико за колико је његова обавеза већа због закаснеле пријаве осигураног случаја. Ако је пријава учињена усмено или телефоном, мора се одмах, а најкасније у уговореном року, потврдити писмено. Осигураник је дужан да осигуравачу пружи све податке и доказе којима располаже, а неопходни су за утврђивање узорка, обима и висине штете.

Може се уговорити и дужи рок од три дана за пријаву осигураног случаја, али је то у пракси ретко јер осигуравач има интереса да о наступању догађаја у вези са којим настаје његова обавеза буде што пре обавештен. У уговорима о осигурању који се односе на покриће неких ризика уговара се краћи рок за

пријаву осигураног случаја јер је могуће да се врло брзо промене околности које су од значаја за настанак и процену штете. У осигурању крађе или смртности животиња рок за пријаву осигураног случаја је 24 часа од насталог догађаја. Ако не поштује овај рок, осигураник је изложен ризику да неће добити накнаду штете у очекиваном износу. У осигурању пожара и у осигурању крађе осигураник је дужан да настанак осигураног случаја пријави и надлежном органу унутрашњих послова.

Ако то не учини, ризикује да се не може утврдити узрок штете као ни њен стварни износ и да не оствари право на накнаду (нпр. не може се доказати провална крађа ако је бртва на вратима отворена подешеним кључем), или да накнада буде мања од стварно претрпљене штете.

Законски рок је релативно кратак тако да примена санкција у случају да није поштован краћи уговорени рок може бити исувише строга. У највећем броју случајева прекорачење уговореног рока је оправдано (нпр. у случају крађе возила које је у гаражи и не користи се сваки дан, крађе ствари у кући која се користи само за одмор). У осигурању од грађанске одговорности осигураник је дужан да обавести осигуравача да је настао штетни догађај који може довести до његове одговорности за штету неком лицу иако је осигурани случај у конкретном случају дефинисан као одштетни захтев. Оштећено лице може захтев ради накнаде штете која је настала у периоду осигурања поднети знатно касније и осигуравач не би могао услед протеча времена да утврди све околности од значаја за утврђивање осигуравајућег покрића и његове висине. Посебна форма у којој се пријављује осигурани случај није предвиђена законом и зато не могу ни осигураваачи у својим условима да предвиде обавезну форму (нпр. препоручено писмо). Осигурани случај се пријављује најчешће препорученим или обичним писмом, мејлом или телефоном. Осигурани случај се пријављује осигуравачу или његовом заступнику. Ако је осигураник обавестио свог посредника, а овај није осигураваач, сматра се да пријава није учињена и за последице закашњења посредник одговара осигуранику.

Одредбе стандардних услова за осигурање имовине о конкретним обавезама осигураника када настане осигурани случај:

Када настане осигурани случај на основу кога се тражи накнада из осигурања, осигураник има према стандардним условима осигурања више обавеза: да одмах предузме све мере које су у његовој моћи да се ограниче штетне последице и да се при томе придржава упућивања које му је дао осигураваач или његов заступник; да обавести осигуравача о настани осигураног случаја одмах по сазнању, а најдаље у року од три дана од када је то сазнао; да што пре писмено потврди пријаву учињену усмено, телефоном, телеграмом или на неки други начин; да у свим случајевима предвиђеним прописима, а нарочито када је штета проузрокована од пожара, експлозије, провалне крађе, разбојништва,

разбојничке крађе и саобраћајне незгоде догађај одмах пријави надлежном орґану унутрашњих послова и наведе које су све ствари уништене или оштећене, односно нестале приликом настанка осигураног случаја; да одмах по настанку осигураног случаја, ако је то могуће поднесе осигуравачу попис уништених односно оштећених ствари, уз приближну назнаку њихове вредности; да до доласка представника осигуравача на место осигураног случаја, не промени стање оштећених односно уништених ствари, осим ако је промена у јавном интересу или интересу смањења, односно у циљу настанка нормалне производње. Ако се промена изврши са циљем да се нормална производња настави, осигураник је дужан да о томе одмах обавести осигуравача на прикладан начин. Уговорач осигурања је дужан да независно од рока у коме је поднео пријаву штете, представнику осигуравача пружи све податке и друге потребне доказе за утврђивање узрока, обима и висине штете. Осигуравач може захтевати да осигураник прибави и друге доказе, ако је то потребно и оправдано.

Осигураник је дужан да докаже настанак осигураног случаја и његове последице свим доказним средствима. Ако је штета искључена из осигурања, осигуравач доказује чињеницу да су се стekli услови за искључење које је предвиђено уговором. У осигурању од одговорности осигураник је дужан да обавести осигуравача и кад захтев за накнаду штете против њега буде истакнут преко суда, кад буде стављен у приговор, као и кад буде поведен поступак за обезбеђење доказа. Ако је поведен извешај, подигнута оптужница или је донета одлука о кривичном поступку, осигураник је дужан да о томе одмах обавести осигуравача, чак и кад је пријавио настанак штетног догађаја. Такође је дужан да достави налаз надлежног орґана у вези са насталим штетним догађајем. Осигураник није овлашћен да се без претходне сагласности осигуравача изјашњава о захтеву за накнаду штете а нарочито да га призна потпуно или делимично, да се о захтеву за накнаду штете поравна, као ни да изврши исплату, осим ако се према чињеничном стању није могло одбити признање, поравнање односно исплату, а да се тиме не учини очигледна неправда. Ако је осигураник у заблуди сматрао да постоји његова одговорност или да су исправно утврђене чињенице, то га неће оправдати. Ако оштећено лице поднесе тужбу за накнаду штете против осигураника, осигураник је дужан да достави осигуравачу судски позив односно тужбу и сва писмена у вези са штетним догађајем и захтевом за накнаду штете, као и да вођење спора препусти осигуравачу. Ако се осигураник противи предлогу осигуравача да се захтев за накнаду штете реши поравнањем осигуравач није дужан да плати вишак накнаде, камате и трошкова који су услед тога настали. У случају да се оштећено лице са захтевом за накнаду штете непосредно обрати осигуравачу, осигураник је дужан да пружи све доказе и податке са којим располаже, а који су неопходни за утврђивање одговорности за причињену штету и за оцену основаности захтева, обима и висине штете. Ако услед промењених околности осигураник стекне право да се укине или смањи ренита оштећеном лицу, дужан је да о томе обавести осигуравача. Уколико се осигураник не придржава обавезе из овог члана сноси штетне последице које услед тога настану, осим ако би оне настале и да се придржавао обавеза.

2. Обавезе осигуравача

Основна обавеза осигуравача је да обештети осигураника, или исплати осигурану суму у целини или ренту када настане осигурани случај. Када је реч о новчаној обавези, висина новчаног износа који исплаћује осигуравач зависи од тога да ли се ради о осигурању на осигурану суму или о осигурању које је закључено ради обештећења осигураника ако настане осигурани случај.

2.1. Обавеза осигуравача када настане осигурани случај у имовинским осигурањима

Када прими пријаву о насталом осигураном случају, осигуравач приступа утврђивању и процени штете. Ако се осигураник не сложи са утврђеним узроком и проценом штете, може затражити да се утврђивање штете изврши путем вештака. Свака уговорена страна писмено именује свог вештака. Висина накнаде из осигурања утврђује се у случају уништења или нестанка ствари према вредности осигуране ствари на начин како је утврђено у уговору. У случају оштећења ствари у висини трошкова оправке по ценама материјала и рада у време настанка осигураног случаја, умањених за износ процењеног рабаћења (економског и техничког) и вредности остатка, уколико није другачије уговорено.

Осигуравач ће по настанку осигураног случаја, без одлагања и најкасније у законском року, платити накнаду из осигурања или обавестити подносиоца захтева да нема право на накнаду. Законски рок износи 14 дана од настанка осигураног случаја осим када осигуравачу није могуће да у том року утврди постојање обавезе или њен износ у ком случају рок од 14 дана почиње да тече од момента када је то било могуће.

Ако је осигуравач платио накнаду другом лицу, а не лицу које има право на исплату, он је извршио обавезу под условом да је поступао са пажњом коју су захтевале околности у којима је извршена исплата.

Осигуравач обавезу извршава најчешће у новцу, али може и у натури (нпр. осигуравач уместо новца за тоталну штету на новом возилу обезбеди осигуранику исто возило). Неке обавезе су једино могуће извршити у натури, нпр. правни савети у осигурању правне заштите, шлепање возила, обезбеђење смештаја у хотелу или здравственој установи.

2.1.1. Висина обавезе осигуравача код осигурања ствари

Висина обавезе осигуравача зависи од тога на коју вредност ствари је закључено осигурање и од принципа да се на име накнаде штете не може исплатити више него што штета износи. На коју ће вредност бити закључено осигурање зависи од врсте ствари која је предмет осигурања.

Осигурање се закључује на суму осигурања чија висина зависи од вредности ствари која се прецизира у уговору. Иако вредност ствари одређује накнаду из осигурања, обавеза осигураваача из неких разлога може да буде нижа од уговорене вредности, а то је случај када се уговори франшиза, тј. да осигураник учествује у штети или када се обавеза осигураваача ограничава по једном осигураном случају или у години осигурања.

2.1.2. Вредности осигураних ствари

Не постоји једна дефиниција вредности ствари која је меродавна за обештећење. Одредбе уговора о вредности разликују се према томе о каквим се стварима ради. Код разних осигураваача може вредност истих ствари ради осигурања од истог ризика да се одреди другачије. Вредности које се узимају као меродавне утврђују се у стандардним општим условима за осигурање имовине и у посебним условима када посебност осигураног ризика или предмета то захтева али се од њих у пракси одступа.

Осигурање се може закључити на тржишну или набавну вредност ствари; на сваковремену стварну вредност без ознаке суме осигурања; на вредност замене; на нову вредност у складу са посебним условима осигурања којима је предвиђено осигурање одређених ствари на нову вредност; на суму осигурања утврђену законом или другим прописима донетим на основу закона (у осигурању грађанске одговорности). Сума осигурања може се утврдити и споразумно између уговараача осигурања и осигураваача, у висини износа могуће штете, односно трошкова (осигурање на први ризик).

Осигурање на *вредности замене* осигураних ствари подразумева да се вредност ствари која је уништена или нестала утврди с обзиром на цену која би за такву исту ствар могла да се добије на тржишту за ствар са истим карактеристикама у време настанка осигураног случаја. Тако нпр. за уништење дизалице накнада би се утврдила на основу извештаја вештака о реалном стању радне машине, њеној старости и одржавању. Ова вредност може значајно да одступа од економске вредности дизалице која би се обрачунала с обзиром на цену набавке и проценат истрошености који се утврђује за сваку годину за такав тип радне машине. Осигурање на ову вредност обезбеђује накнаду која одговара стварно претрпљеној штети сваког осигураника.

Код осигурања на *уједнаћену вредност* од вредности за замену ствари одбија се њена истрошеност с обзиром на старост. Проценат амортизације је често утврђен у полиси осигурања (10%; 20% по години).

Осигурањем на *нову вредност* обезбеђује се накнада из осигурања која се обрачунава без одбијања амортизације ствари. Осигурање које је закључено на ову вредност претпоставља плаћање веће премије осигурања. То је често случај код осигурања ствари које су веће вредности, познато већег квалитета с обзиром

на произвођача. Аутомобил који је стар само две-три године, може се осигурати на вредност коју на дан осигураног случаја има такво исто возило према каталогу произвођача. Осигурање на ову вредност практикује се код ствари које нису намењене продаји.

Постоје значајне разлике од осигуравача до осигуравача у погледу утврђивања вредности осигураних ствари. Неки осигуравачи примењују опште и посебне стандардне услове, а неки од случаја до случаја прилагођавају правила конкретним потребама осигураника да би били конкурентнији на тржишту. Опште је прихваћено да је у осигурању зграда уговорена вредност продајна, тржишна цена у време осигураног случаја уз одбитак вредности земљишта на коме се налазе. Када се ради о залихама робе уговорена вредност је набавна вредност ствари, односно тржишна цена ако је већа од набавне вредности; за залихе готових производа вредност се одређује с обзиром на њихову производну цену, а ако је тржишна цена већа од производне, на тржишну цену; вредност основних средстава правних лица је набавна цена нових ствари умањена за износ амортизације, односно тржишна цена, уколико је нижа од набавне; за ствари домаћинства набавна цена нових ствари умањена за износ амортизације; за предмете уметничке и историјске вредности, филателистичке, нумизматичке и друге збирке на споразумно утврђену вредност на основу процене овлашћеног стручњака; за планове, датотеке, документа, рукописе, архивску грађу и друге ствари код којих је тешко утврдити стварну вредност у моменту закључења уговора, уговорна вредност је споразумно утврђена вредност између осигуравача и уговарача осигурања (тзв. таксирана вредност); животиње се осигуравају на износ који означаи осигураник који не може прећи лимит суме осигурања који је одредио осигуравач за поједине врсте животиња. Према посебним условима за осигурање усева и плодова основ за израчунавање вредности усева, односно плодова јесте висина очекиваног приноса и тржишна цена која се очекује да ће бити у дотичној години после жетве, односно бербе, гарантована цена ако се тако уговори, или цена уговорена са организатором производње.

Ако је уговорена вредност нижа од стварне вредности ствари, ради се о подосигурању. Ако је пак сума осигурања већа од вредности ствари, реч је о надосигурању.

2.1.3. Утврђивање накнаде из осигурања

Принцип обештећења захтева да се у сваком конкретном случају процени штета и докаже вредност осигураних ствари. Правила која се примењују разликују се према томе да ли се ради о штети на стварима или штети коју претрпи треће лице коме се накнада исплаћује по основу осигурања од грађанске одговорности.

Накнада из осигурања не може бити већа од штете коју је претрпео осигураник. Без обзира на коју је вредност ствари осигурање закључено, односно на који је износ интерес осигуран, принцип обештећења не дозвољава да се осигуранику

исплати више него што износи штета коју је претрпео. Међутим, пуноважне су одредбе уговора којима се износ накнаде ограничава на износ који је мањи од штете. То је резултат примене принципа слободе уговарања.

Осигурање се закључује на суму осигурања чија висина зависи од уговорене вредности ствари и накнада из осигурања се утврђује с обзиром на ту вредност.

У условима за осигурање појединих ствари прецизира се како се утврђује накнада из осигурања. У условима за осигурање лома машина висина накнаде у случају уништења ствари утврђује се према вредности ствари у време настанка осигураног случаја умањеној за вредност остатка, а у случају оштећења ствари у висини трошкова оправке у време настанка осигураног случаја умањених за износ процењеног рабаћења и вредности остатка.

Услови за осигурање усева и плодова предвиђају да се накнада исплаћује до суме осигурања када је вредност приноса једнака суми осигурања или већа; до стварне вредности приноса – ако је та вредност мања од суме осигурања. У условима за осигурање залиха робе накнада се обрачунава по јединичним ценама како се исказују у књигама осигураника. Приликом закључивања уговора прецизира се начин вођења јединичних цена у књиговодственој евиденцији залиха осигураника. На крају сваког квартала, осигураник пријављује промењене износе залиха. У случају изостанка нове пријаве промењених износа залиха узима се последња пријављена вредност залиха као осигурани износ за наредни период. Обрачуната накнада не може бити виша од пријављених износа залиха. Уколико је пријављени износ залиха нижи од књиговодственог стања залиха на дан пријаве, у случају штете, примењује се начело пропорционалности суме осим ако није уговорено да се ово правило не примењује. У случају да су тржишне цене по којима се може извршити набавка оштећених залиха ниже од књиговодствених цена, висина накнаде се утврђује по тим ценама или књиговодственим зависно од тога како је уговорено. Могуће је да осигураник за губитак у разлици између набавне и тржишне цене закључи посебно осигурање од финансијских губитака.

**Пример (накнаде штеће на залихама производа)
са применом правила пропорционалности и без ње**

Пример 1.

Осигураник је закључио осигурање залиха на флотантној основи, што значи на књиговодствену вредност и у складу са уговором редовно осигуравачу доставља податке о стању залиха. У случају настанка штеће, приликом обрачуна, неће се применити правило пропорционалности.

Пример 2.

Осигураник је осигурао залихе робе на суму осигурања. У случају настанка штеће дужан је доставити податак о висини залиха (листу стања залиха и излазне и улазне фактуре) у моменту настанка штеће. Уколико је износ залиха на дан настанка штеће већи или једнак пријављеној суми осигурања, правило пропорционалности се неће применити, међутим уколико је износ залиха већи од пријављене суме осигурања, осигуравач ће применити правило пропорционалности.

2.1.4. Утврђивање накнаде из осигурања код штеће на стварима

У случају пропасти осигуране ствари (тотална штета) накнада се утврђује према вредности како је предвиђено у уговору (набавна вредност, нова вредност, тржишна, таксирана), умањена за вредност остатка. Ако је ствар оштећена, накнада се утврђује у висини трошкова поправке за материјал и рад у време настанка осигураног случаја, умањених за износ процењене амортизације и вредности остатка, осим ако није уговорено да се накнада не умањује за амортизацију. Ако су трошкови оправке већи од вредности осигуране ствари на дан настанка осигураног случаја, штета се накнађује као да је ствар уништена (тотална штета). Остаци уништених или оштећених ствари остају осигуранику и обрачунавају се по вредности на дан настанка осигураног случаја, а према стању у којем су били одмах после осигураног случаја. Ако су ствари осигуране на први ризик, накнађује се стварна штета, а највише до уговорне суме осигурања.

Примена основног правила да обавеза осигуравача не може бити већа од вредности осигуране ствари у моменту штеће захтева да се утврди та вредност што у највећем броју случајева није већи проблем. Тотална штета се утврђује зависно од тога како је у уговору утврђено да се одређује вредност осигуране ствари. Ако је тотална штета на возилу (возило је украдено, изгорело), а уговорено је да је његова вредност новонабавна вредност истог типа возила умањена за истрошеност (техничку и економску), утврђује се вредности новог таквог возила у моменту настанка осигураног случаја и потом одбија проценат истрошености, било применом процента истрошености који је утврђен условима осигурања за сваку годину (нпр. 10%) било процента који се у сваком случају штете утврђује за свако осигурано возило што захтева процену разних околности, као што су гаражирање возила, редовно одржавање, општи изглед возила, тип возила и др.

Код осигурања аутомобила може се уговорити да је уговорена вредност која је меродавна за обрачун накнаде штете вредност према подацима о вредности појединих типова возила према старости који се објављују у посебним гласилима у (нпр. за аутомобиле у посебном магазину који садржи ажурне информације о вредности појединих типова возила према њиховој старости). Ово није повољно

онда када је возило изнад просечне вредности због одржавања и објективно има већу вредност од возила истог типа и година старости. Такође, има возила која су старија, у одличном стању и могу да се добро продају, али о њима, с обзиром на старост, нема података у магазину чије податке осигуравачи користе.

Код осигурања непокретности које нису за продају вредност осигурања чини цена изградње (реконструкције) уништеног или оштећеног објекта на дан штетног догађаја. Може се десити у неким случајевима да је тржишна цена мања од вредности реконструкције, али то не повређује принцип обештећења јер се у принципу ствар не продаје. У пракси се у полисе уносе клаузуле да се цена реконструкције умањује за амортизацију. Све зависи од тога како је формулисана клаузула о вредности на коју се непокретност осигурава и о томе осигураници морају бити обавештени приликом закључења уговора да не би били у заблуди да ће од осигуравача добити више него што то произилази из уговора. Осигуравачи и посредници осигурања морају о овоме да воде рачуна јер може да се деси да не обавесте на прави начин осигураника и да он због таквог пропуста од њих захтева накнаду штете.

Када је вредност осигуране ствари споразумно утврђена, накнада се одређује према тој вредности, изузев ако осигуравач докаже да је уговорена вредност знатно већа од стварне вредности, а за ту разлику не постоји оправдан разлог (као нпр. осигурање употребљене ствари на вредност такве нове ствари или осигурање субјективне вредности).

Када се ради о накнади делимичних штета, могуће су две ситуације. Могуће је да вредност оправке, због вредности делова и вредности рада премашује вредност саме ствари. У таквим случајевима ради се о економски неоправданој поправци, накнадом целокупних трошкова био би повређен принцип обештећења. Зато услови осигурања садрже одредбу да се у оваквом случају штета решава као тотална, као да је ствар уништена или нестала. Када трошкови нису већи од вредности ствари, накнађују се у целини.

Ако није другачије уговорено, спасени делови уништених односно оштећених ствари остају осигуранику. Осигураник нема право да после наступања осигураног случаја препусти осигуравачу уништену односно оштећену осигурану ствар и да од њега захтева исплату целокупне вредности. Вредност спасених уништених, односно оштећених ствари и/или њихових делова обрачунава се по тржишној вредности у месту штете према стању на дан настанка осигураног случаја.

2.1.5. Осигурање од грађанске одговорности

Другачија се правила примењују у осигурању од грађанске одговорности. Када осигураник проузрокује штету неком лицу, он је по закону дужан да је у целини накнади, а такву обавезу има и његов осигуравач од одговорности. Која се штета сматра правно признатом утврђено је законом који регулише материју грађанске

одговорности за штете проузроковане другоме. У нашем праву проузроковање штете је регулисано у ЗОО (чл. 154–210) и те одредбе су од великог значаја за осигуравааче јер се правила о накнади штете примењују у осигурању од грађанске одговорности и извршење обавезе осигураваача није могуће без примене ових законских правила. Оштећено лице има право на накнаду материјалне и нематеријалне штете и изгубљене добити. Материјална штета може настати због уништења или оштећења ствари или због смрти телесне повреде или повреде здравља (изгубљено издржавање, смањење зараде, трошкови лечења, трошкови сахране и други материјални трошкови). Нематеријална (неимовинска) је штета која је последица телесног или психичког интегритета неке личности и не може се егзактно утврдити те је остављено суду дискреционо право да одлучује о висини правичне новчане накнаде за претрпљену штету у сваком конкретном случају. Право на накнаду материјалне и нематеријалне штете имају непосредно оштећена лица и друга лица (супружник, деца, родитељи, браћа и сестре ако постоји трајнија заједница живота) за случај нечије смрти или тешке повреде тела или здравља. Као што је раније наведено право на накнаду правичне штете признаје се за претрпљене физичке болове, за претрпљене душевне болове због смањења животне способности, наруженост, повреду угледа, части, слободе или права личности, смрти блиског лица и за претрпљени страх.

У осигурању од грађанске одговорности уговара се сума осигурања која утиче на висину премије. Уговорена сума је горњи износ обавезе осигураваача. Међутим, у овом осигурању за разлику од осигурања ствари, сума нема и другу функцију, да је и основица за обрачун премије. Код осигурања од одговорности за штете из обављања привредне делатности основица је зарада запослених. Штете другима проузрокују запослени и њихова зарада је лимит њихове материјалне способности да накнаде проузроковану штету, без обзира на чињеницу да за њихове пропусте, осим намере, одговара послодавац. Збир свих зарада запослених реалнија је основица за обрачун премије него сума осигурања. Међутим, код предузећа која имају мали број запослених, а велики укупан приход зараде нису реална основица с обзиром на ризик коме такво предузеће може бити изложено. Зато се као основица се узима укупан годишњи приход осигураника. Код неких извора опасности основ за обрачун премије може бити и други, али је то код посебних извора опасности који немају такав значај као извор опасности одговорности из обављања привредне делатности.

2.1.6. Накнада трошкова сјречавања осигураног случаја и сјасавања

Осигураник је дужан да предузме прописане, уговорене и све остале мере потребне да се спречи наступање осигураног случаја, а уколико осигурани случај наступи, дужан је да предузме све што је у његовој моћи да се ограничи штетне последице. Осигураваач је дужан да накнади трошкове, губитке, као и друге

штете проузроковане разумним покушајем да се отклони непосредна опасност наступања осигураног случаја, као и покушајем да се ограничи његове штетне последице, па и кад су ти покушаји остали без успеха. Осигуравач је дужан да накнади ове трошкове чак и онда када је његова обавеза заједно са накнадом штете и трошкова изнад узговорене суме осигурања. Ако осигураник не испуни своју обавезу спречавања осигураног случаја или обавезу спасавања, он не губи право на накнаду осигурања, али осигуравач може накнаду да смањи за онолико за колико је његова обавеза већа због неоправданих пропуста осигураника. Зато је ништава одредба услова осигурања којом се предвиђа ограничење покрића ових трошкова (до одређеног износа, само ако су предузете мере биле успешне и др.). Осигуравач може да прихвати покриће трошкова које је имао осигураник и када нема услова за примену законског правила о накнади спречавања осигураног случаја и спасавања (није претила непосредна опасност, трошкови су могли бити мањи, нису били „разумни“), али тада је његова обавеза по правилу ограничена (нпр 1% до 5% од вредности оштећене ствари).

Пример трошкова спречавања настанка осигураног случаја

Осигураник, фабрика за производњу пијаће флаширане воде добила је обавештење да је једна серија испоручене воде загађена. Вода је била извезена у многе земље и на граници једне је утврђено да има садржаје штетних по здравље. Произвођач је одмах предузео мере повлачења воде из сумњиве серије. Трошкови превоза, уништења, накнада лицима која су била ангажована ради спречавања да вода доспе до купаца били су већи од суме осигурања на коју је закључено осигурање од грађанске одговорности осигураника за штете од производа са недостацима.

У нашем праву осигуравач би имао обавезу да накнади све трошкове повлачења производа ради спречавања настанка осигураног случаја (одговорности за штете које би претрпела лица која су оболела од неисправне воде) који су настали на територији Србије. Трошкови који су у вези са повлачењем са територије других држава били би покривени ако је покриће из осигурања проширено и на штете настале у иностранству. Трошкови су покривени у целини ако се ради о непосредној опасности настанка штете и ако су у разумним границама што се утврђује у сваком конкретном случају.

Иако осигуравач има право да спроводи контролу понашања осигураника у вези са обавезом на предузимање заштитних мера и да даје налоге да се предузму одређене мере он не може да одбије накнаду трошкова у целини позивом да осигураник није поступио по налогу и уз његову сагласност. Ако се у конкретном случају може утврдити да је претила непосредна опасност да штета настане и ако се може доказати да су трошкови у вези са поступцима који би сваки разуман осигураник предузео у таквом случају, осигуравач се не може ослободити обавезе накнаде трошкова ни онда када знајно премашују суму осигурања.

2.1.7. Накнада осталих трошкова

Осигурањем су покривени трошкови рашчишћавања и рушења у вези са насталим осигураним случајем, али по правилу се уговара који ће износ трошкова да се накнади. Ова обавеза није предвиђена законом и они се покривају ако се оцени да су неопходни и ако нису изнад уговореног износа (нпр. 3% или 1% од вредности оштећене ствари). У трошкове рушења улазе неопходни трошкови које уговарач осигурања учини после настанка осигураног случаја за рушење преосталих оштећених, неупотребљивих делова, као и њихово одношење до најближег места дозвољеног истовара. Осигуравач није у обавези да накнади трошкове интервенције ватрогасног друштва или других организација чија је дужност да пружају бесплатну помоћ настанком осигураног случаја.

У стандардним условима за осигурање од пожара предвиђа се да је обавеза осигуравача да исплати накнаду у случају штете од уништења или оштећења осигуране ствари настале при гашењу пожара, рушењу или изношењу, указивању помоћи или спасавању због насталог осигураног случаја као и нестанак осигуране ствари приликом настанка осигураног случаја.

2.1.8. Надосигурање

Ако је уговор о осигурању закључен на суму која је већа од вредности осигуране ствари ради се о *надосигурању*. До тога може доћи намерно, када једна уговорна страна жели да преваром дође до веће накнаде из осигурања (уговарач осигурања) или да наплати већу премију (осигуравач). Ако је реч о злонамерном, преварном поступању, свака страна може захтевати поништење уговора. Ако је у међувремену настао осигурани случај, савесни осигуравач може захтевати повраћај исплаћене накнаде и задржава наплаћену премију и има право на несмањену премију за текући период. Ако је дошло до надосигурања, а ниједна страна није била несавесна, сума осигурања се снижава и премија сразмерно смањује. У пракси до надосигурања долази зато што уговарач осигурања није знао стварну вредност ствари или је у току трајања осигурања вредност ствари смањена (нпр. пад вредности непокретности, оштећење и хабање ствари). Сагласно принципу обештећења ако настане тотална штета обавеза осигуравача је највише до вредности ствари. Делимична штета се покрива у потпуности.

2.1.9. Вишеструко и двоструко осигурање

Када се закључи осигурање исте ствари, од истог ризика, за исто време и за исти интерес код више осигуравача, ради се о вишеструком осигурању ако збир сума по више закључених уговора не прелази вредност осигуране ствари. Не постоје санкције за вишеструко осигурање јер је задовољен принцип обештећења, по

више уговора може се добити накнада штете која није већа од вредности ствари и нема богаћења по основу осигурања. Сваки осигуравач у потпуности одговара за извршење обавеза насталих из уговора који је он закључио. Да би постојало вишеструко осигурање, потребно је да два или више осигуравача осигурају исти ризик за исти интерес. Ако нпр. власник ствари закључи осигурање од ризика пожара, а код другог осигуравача закључи исто осигурање закупац ствари или хипотекарни поверилац, интерес је исти: да се обезбеди накнада штете за случај уништења или оштећења ствари услед пожара. Ако власник ствари закључи осигурање од ризика пожара код једног осигуравача, а код другог осигурање од одговорности за рачун лица коме је ствар дао у закуп, нема вишеструког осигурања јер не постоји исти ризик и исти интерес: закупца је осигуран од ризика одговорности, а власник од ризика пожара; интерес власника је очување ствари, а закупца заштита од ризика грађанске одговорности за случај оштећења или уништења туђе ствари.

Пример када нема вишеструког осигурања

Власник робе је закључио уговор о осигурању робе од ризика пожара и других опасности, а складиштар уговор о осигурању од одговорности у коме је била одредба да ће осигурање покривати штету на роби и када осигураник није одговоран у случају да по полиси власника накнада не може да се добије.

Код два осигурања не постоји исти ризик и исти интерес. Власник робе је осигурао робу од ризика пожара, а складиштар ризик одговорности за штету на роби. Интереси нису исти, власник има интерес да роба не буде оштећена или уништена, а дејозитар да његова имовина не буде умањена због накнаде штете. Чињеница да је уговор складиштара у једном делу и уговор за туђ рачун (осигурање робе и када нема његове одговорности) није од значаја. Само у случају да роба није била осигурана на износ који покрива целу штету активирала би се полиса складиштара и то као полиса за осигурање ствари. Роба је изгорела и осигуравач власника треба штету да накнади у целини. Како штета није настала због пропуста складиштара, нема његове кривице што је до пожара дошло, није остварен ризик одговорности и не постоји обавеза осигуравача код кога је закључено осигурање од одговорности. Да је складиштар био одговоран за настапак пожара, власник би могао да захтева накнаду штете од свој или осигуравача складиштара. Да је штета наплаћена по полиси власника, осигуравач власника би имао право да се регресира од осигуравача код кога је складиштар закључио осигурање од одговорности на основу суброгације у права оштећеног према лицу одговорном за настапак штете.

Ако је закључено осигурање код више осигуравача, а збир сума осигурања из више уговора прелази вредност осигураних ствари, ради се о *двоструком* осигурању. Ако је уговарач осигурања био савестан, сва осигурања су пуноважна и сваки осигуравач има право на уговорену премију за период осигурања у току. Ако је до двоструког осигурања дошло због смањења вредности осигураних ствари за време трајања осигурања, уговарач осигурања има право на одговарајућа снижења сума осигурања и премије, почев од дана кад је осигуравачу саопштио овај захтев за снижење. Осигураник се може обратити сваком осигуравачу ради накнаде штете, по свом избору, али не може добити више од претрпљене штете. Не може осигуравач, са којим је уговор закључен касније, да истиче да је његова обавеза супсидијерна, тј. да постоји само ако по основу првог осигурања осигураник не може да се обештети. Право осигураника на избор осигуравача и начин раздеобе накнаде између више осигуравача јесте законска императивна одредба која се не може уговором мењати.

По исплати накнаде осигуранику, сваки осигуравач сноси део накнаде у сразмери у којој стоји сума осигурања на коју се он обавезао према укупном збиру сума осигурања, те осигуравач који је платио већи износ има право да захтева од осталих осигуравача накнаду више плаћеног износа.

Ако је уговор закључен без назначења суме осигурања или уз неограничено покриће, сматра се као уговор закључен уз највишу суму осигурања. За део осигуравача који не може да плати, одговарају остали осигуравачи, сразмерно својим деловима. Ако је при настанку двоструког осигурања уговарач осигурања поступио несавесно, сваки осигуравач може да тражи поништење уговора, задржи примљене премије и захтева несмањену премију за текући период.

Пример обрачуна осигуравача код двоструког осигурања

Пример 1

у 000 РСД

Висина штете	Сума осигурања	Расподела штете
2.000	Осигуравач: A= 500 B=1.000 C $\begin{cases} = \text{без лимита} \\ = 2.000 \end{cases}$ Укупно сума осигурања 3.500	$A=2.000 \times \frac{500}{3.500} = 286$ $B=2.000 \times \frac{1.000}{3.500} = 571$ $C=2.000 \times \frac{2.000}{3.500} = 1.143$ Укупно: 2.000

Пример 2

у 000 РСД

Висина штете	Сума осигурања	Расподела штете
1.000	Осигуравач: $\left. \begin{array}{l} A = 500 \\ \text{Франшиза} = 100 \end{array} \right\} 400$ $B = 900$ Укупно сума осигурања 1.300	$A = 1.000 \times \frac{400}{1.300} = 308$ $B = 1.000 \times \frac{900}{1.300} = 692$ Укупно: 1.000

Пример 3

у 000 РСД

Висина штете	Сума осигурања	Расподела штете
1.000	Осигуравач: $\left. \begin{array}{l} A = 1.000 \\ \text{Франшиза} = 100 \end{array} \right\} 900$ $\left. \begin{array}{l} B = \text{без лимита} \\ \text{Франшиза} = 200 \end{array} \right\} 800$ Укупно сума осигурања 1.700	$A = 900 \times \frac{900}{1.700} = 476$ $B = 900 \times \frac{800}{1.700} = 424$ Укупно: 900 <i>*штета се умањује за нижи износ франшизе</i>

2.1.10. Подосигурање

Ако је вредност осигуране ствари већа од суме осигурања, ради се о под-осигурању. Ако је вредност ствари у моменту настанка осигураног случаја била нпр. 100.000 динара, а сума осигурања из полисе је 50.000 динара осигурање је закључено на половину вредности ствари. До подосигурања може доћи било зато што осигураник у време закључења уговора не зна праву вредност ствари или што се вредност ствари у току трајања осигурања повећа (нпр. повећање вредности непокретности на тржишту, повећање вредности осигураног потраживања због промене курса валуте у којој је изражено и др.). До подосигурања долази и наме-рно, када осигураник пријави мању вредност ствари да би платио мању премију. С обзиром на то да је основица за обрачун премије сума осигурања премија је мања што је сума нижа. Зато је посебним правилима закона утврђено да осигураник не

може добити накнаду штете у висини вредности ствари када је штета тотална, нити потпуни износ накнаде трошкова довођења ствари у првобитно стање ако је штета делимична. То обезбеђује правило пропорционалности које се традиционално примењује у осигурању ствари.

Пример накнаде штете код подосигурања – примена правила пропорције

Пример 1. Обрачун пропорције путем премије

Осигураник је навео да је вредности осигураних ствари 1.000.000 динара. Премија која је обрачунана на ту суму износила је 40.000 динара. Штета је износила 500.000 динара. Стварна вредности ствари је била 1.500.000 динара и премија на тај износ била би 60.000 динара. С обзиром на то да су даћи нетачни подаци о вредности осигураних ствари, осигуравач је обрачунао накнаду применом правила пропорционалности премије:

$$\text{УМАЊЕНА НАКНАДА} = \text{ШТЕТА} \times \frac{\text{НАПЛАЋЕНА ПРЕМИЈА}}{\text{ДУГОВНА ПРЕМИЈА}}$$

$$\text{УМАЊЕНА НАКНАДА} = 500.000 \times \frac{40.000}{60.000} = 333.333 \text{ динара}$$

Пример 2. Обрачун пропорције путем суме осигурања

Математички однос између премије и вредности суме осигурања утврђен је законом. Ако вредности осигураних ствари прелази у моменту штетног догађаја суму осигурања штета се накнађује у сразмери која постоји између пријављене вредности и стварне вредности:

Ако је настала делимична штета (500.000 динара), обрачун је следећи:

$$\text{УМАЊЕНА НАКНАДА} = \text{ШТЕТА} \times \frac{\text{ОСИГУРАНА ВРЕДНОСТ}}{\text{СТВАРНА ВРЕДНОСТ}}$$

$$\text{УМАЊЕНА НАКНАДА} = 500.000 \times \frac{1.000.000}{1.500.000} = 333.333 \text{ динара}$$

Ако је ствар која је уништена (потпуна штета) имала нпр. вредности 1.500.000 дин. у време штете, а осигурана је на вредности од 1.000.000 дин, обавеза осигуравача је ограничена на пријављену вредности од 1.000.000 динара:

$$\text{УМАЊЕНА НАКНАДА} = 1.000.000 \times \frac{1.000.000}{1.500.000} = 1.000.000 \text{ динара}$$

Санкција за подосигурање се састоји у делимичној накнади штете. Правило није императивно, уговором о осигурању се може предвидети да се накнада из осигурања не може смањити због подосигурања. Искључење примене правила мора бити изричито наведено у уговору јер се њиме дерогира једно законско правило.

Правило *толеранције* се примењује када разлика између вредности на коју је закључено осигурање и стварне вредности није велика (нпр. 5% или 10%). Осигураваач може да се одрекне права да се позове на правило пропорционалности и када нема ове клаузуле ако разлика између пријављене и стварне вредности није значајна.

Флојдијано осигурање обезбеђује накнаду штете без примене правила пропорционалности код осигурања ствари чија се вредност мења у току трајања осигурања (залихе робе, готових производа). Ствари су осигуране на њихову стварну вредност у сваком тренутку, а премија се обрачунава на основу просечне месечне вредности која се узима из књиговодствене евиденције.

Код осигурања на „први ризик” такође се избегава примена правила пропорционалности. То је осигурање које се закључује на суму осигурања која је утврђена за највећи вероватни износ штете по једном осигураном случају. У осигурању пожара назива се осигурање на „прву ватру”. Осигурање на први ризик обезбеђује накнаду до износа осигуране вредности када је врло вероватно да ће предвидива штета бити испод вредности свих ствари које су изложене ризику. Типичан пример је када фабрика закључи осигурање од ризика пожара свих зграда које су на месту где се обавља делатност (пословне просторије, складишта, разни помоћни објекти). Полази се од тога да ће у случају пожара („прва ватра”) највећа штета досећи износ највреднијег објекта и сума осигурања је одређена с обзиром на вредност тог објекта иако је вредност свих зграда знато већа. Када се осигурање закључи на вредност једног објекта од више осигураних, правило пропорционалности се не примењује. Осигурање на први ризик практикује се и у осигурању од крађе. Мала је вероватноћа да се украду све осигуране ствари које су на месту осигурања је мала па се зато осигурање закључује на суму вероватног износа вредности украдених ствари по једном осигураном случају.

Осигурање са *фактором подосигурања* практикује се код осигурања основних средстава привредних друштава због велике вероватноће да је књиговодствена вредност ствари („неотписана” вредност основних средстава) мања од њихове стварне вредности. Осигурање се закључује тако што се књиговодствена вредност која је основица за обрачун премије помножи са фактором подосигурања. Премија се тако повећава јер је основица већа и приближно одговара стварној вредности која се и накнађује.

Пример осигурања са фактором подосигурања*Пример: Увећање књиговодствене вредности суме осигурања*

<i>Увећање суме осигурања</i>	<i>Увећање премије осигурања</i>
50%	35%
100%	50%
150%	70%
200%	100%

2.2. Лица која имају право на накнаду из осигурања

Уколико се другачије не уговори, право на накнаду штете због уништења или оштећења осигуране ствари имају њен власник, свако лице које је купило ствар са задржавањем права својине, залогопримац, као и свако друго лице које је изложено ризику пропасти или уништења ствари. После наступања осигураног случаја, заложна права и остала права која су раније постојала на осигураној ствари имају за предмет дуговану накнаду, како у случају осигурања сопствене ствари тако и у случају осигурања туђих ствари због обавезе њиховог чувања и враћања, те осигуравач не може исплатити накнаду осигуранику без сагласности носилаца тих права. Ова лица могу захтевати непосредно од осигуравача да им у границама суме осигурања и према законском реду исплати њихова потраживања. Међутим, ако у часу исплате осигуравач није знао нити је могао знати за та права, извршена исплата накнаде осигуранику остаје пуноважна.

Свако лице које има својство осигураника има право на накнаду из осигурања када настане осигурани случај. Уговарач осигурања не може да прими накнаду из осигурања ако је осигураник именован у уговору или својство осигураника произлази из чињенице да је он заложни поверилац на осигураној ствари. Ако је уговор закључен у корист лица које има залогу као обезбеђење потраживања, залогопримац је овлашћен, и када његово потраживање није доспело, да прими накнаду пре власника, осим ако је власник у разумном времену отклонио штету. Ово ће се такође применити на лица која су овлашћена да задрже ствар као обезбеђење за случај неизвршења обавезе. Власник је овлашћен на накнаду пре лица које је прибавило ствар са задржавањем права својине, а на право на накнаду по основу хипотеке меродавни су прописи који се односе на хипотеку.

Оштећено лице има право на директан захтев и директну тужбу према осигуравачу у осигурању грађанске одговорности за штете из употребе моторног возила, а у другим врстама осигурања од одговорности то право се не признаје у свим земљама. Ако је оштећено лице поднело директан захтев за накнаду штете осигуравачу, овај ће одмах обавестити осигураника и омогућити му да пружи ближе информације о настанку осигураног случаја. Осигуравач је дужан да обавештава осигураника и о даљем поступку решавања захтева, да одлуку о накнади штете пошаље подносиоцу

и да са њом упозна осигураника. Оштећено лице има право да подигне директну тужбу против осигуравача ако није задовољно одлуком или да случај пријави телу које је надлежно за притужбе потрошача.

2.3. Право осигуравача на регрес по основу суброгације

Право осигуравача према лицу одговорном за настанак осигураног случаја утврђено је законом. Исплатом накнаде из осигурања прелази на осигуравача до висине исплаћене накнаде, сва осигураникова права према лицу које је по било ком основу одговорно за настанак осигураног случаја. Прелаз права са осигураника на осигуравача не може бити на штету осигураника, те ако је накнада коју је осигураник добио од осигуравача нижа од штете коју је претрпео, осигураник има право да од одговорног лица захтева накнаду преостале штете пре исплате осигуравачу по основу суброгације.

Право на суброгацију омогућава осигуравачу да поврати цео или део износа накнаде штете коју је исплатио свом осигуранику. Осигураник може да поднесе захтев за накнаду штете и против осигуравача и против трећег одговорног лица. Ако добије целокупну накнаду штете од одговорног лица, не може да се обрати осигуравачу. Осигуравач има право на суброгацију ако је исплатио накнаду из осигурања и то од момента исплате. Други услов за остварење права на регрес осигуравача јесте да је неко треће лице проузроковало штету осигуранику и да је оно по основу правних правила о грађанској одговорности дужно да штету надокнади. Тако, осигуравач пошто је накнадио штету од пожара на осигураној згради, који је неко лице проузроковало својом радњом или пропуштањем и за коју одговара на основу правила о вануговорној одговорности, има право регреса према том лицу по основу суброгације. Осигуравач може да буде ослобођен, у делу или у целини, обавезе да накнади штету осигуранику када суброгација не може кривицом овога да се оствари у његову корист.

Изузетно од правила о прелазу осигураникових права на осигуравача, ова права не прелази на осигуравача ако је штету проузроковао супружник, лице у сродству са осигураником или лице за које по закону одговара (деца, потомци, родитељи, запослени) осим ако су ова лица штету проузроковала намерно. Осигуравач има, међутим, право на поврат исплаћеног износа од осигуравача од одговорности ових лица.

Пример примене правила о суброгацији

Кривицом сина власника возила које је било каско осигурано дошло је до пожара у гаражи у којем је возило изгорело. Каско осигуравач нема право да поднесе регресни захтев против сина на основу исплате накнаде за оштећени аутомобил.

*

Штећу је проузроковао подизвођач грађевинских радова. У уговору који је осигураник као извођач радова закључио са подизвођачем била је одредба о одрицању од захтева за накнаду штете на грађевинском објекту услед пројекта подизвођача. С обзиром на то да се осигураник одрекао права према одговорном лицу, а о томе га није обавестио, осигуравач није прихватио да накнади штету насталу због лоше изведене инсталације за ефикасно грејање.

2.4. Обавеза осигуравача у осигурању лица

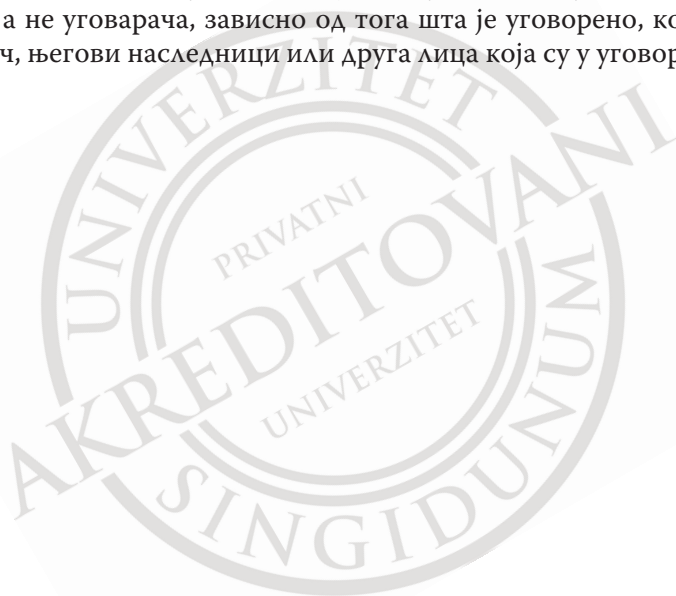
Осигурање коме није сврха накнада штете већ обезбеђење једног новчаног износа ради побољшања материјалне ситуације осигураника или других лица закључује се на уговорену суму. Од висине уговорене суме зависи висина премије. У осигурању за случај смрти осигураника кориснику осигурања се исплаћује уговорена сума на његов захтев. Код осигурања за случај доживљења сума се исплаћује на захтев осигураника или корисника по остварењу осигураног случаја.

Осигурање од незгоде или болести на уговорену суму (било као посебно осигурање или као допунско уз осигурање живота) садржи додатну обавезу осигуравача на накнаду трошкова лечења и изгубљене зараде због неспособности за рад и овај део обавезе осигуравача има обештећујући карактер. Ако је нпр. уговорено да се осигуранику исплаћује највише до 1000 динара на име изгубљене зараде по дану, осигурање је закључено на осигурану суму, али оно има обештећујући карактер јер покрива стварне имовинске губитке осигураника због трошкова и смањене зараде, а уговорени износ је горњи износ обавезе осигуравача. Ако је, пак, уговором предвиђено да ће за случај неспособности за рад обавеза осигуравача бити разлика између зараде пре повреде и прихода које је имао у току неспособности за рад осигураник добија по основу осигурања онолико колико губи због неспособности. Међутим, ако је за смрт, повреду или болест осигураника неко лице грађанскоправно одговорно, осигуравач може захтевати од тог лица поврат исплаћених износа по основу трошкова лечења и изгубљене зараде свог осигураника (суброгација осигуравача у права осигураника према одговорном лицу као и у осталим осигурањима имовине). С обзиром на право осигуравача на суброгацију осигураник не може да наплати трошкове лечења и губитак зараде и од одговорног лица и од осигуравача. Када је реч о осигурању на суму која је паушално уговорена, осигуравач је дужан да, када настане осигурани случај, исплати уговорену суму без обзира на чињеницу што у конкретном случају постоји лице које је одговорно за незгоду, болест или смрт

осигураника (право на кумулирање суме и накнаде штете). Управо зато што му није циљ накнада штете осигурање живота и осигурање незгоде на уговорену паушалну суму може да се закључи код више осигураваача и од свакога се може захтевати исплата целокупне уговорене осигуране суме.

2.4.1. Лица која имају право на исплату осигуране суме

У осигурању лица право на исплату уговорене осигуране суме има корисник осигурања. Ако је осигурање закључено на живот уговараача осигурања, он је најчешће и корисник код осигурања за случај доживљења, а код осигурања за случај смрти, корисници су лица која су наведена у уговору или, ако то није случај, наследници уговараача осигурања. Ако је осигурање закључено на живот неког другог лица, а не уговараача, зависно од тога шта је уговорено, корисник може бити уговараач, његови наследници или друга лица која су у уговору одређена за кориснике.





ЗАШТИТА ПОТРОШАЧА ОСИГУРАЊА

Прописи који се односе на заштиту потрошача имају за циљ да се у извршавању обавеза из уговора о продаји производа и пружању услуга обезбеди једнакост међусобних давања уговорних страна и ризик настанка штете услед неизвршења или неуредног извршења уговора сведе на најмању могућу меру. Пословање привредних субјеката је често било на штету потрошача, као слабије уговорне стране, међутим, временом се развијала свест о потреби њихове заштите путем прописа који ограничавају слободу уговарања коју је често злоупотребљавала јача уговорна страна која је утврђивала услове уговора (продавац производа за масовну потрошњу, осигуравач, банка).

Покрет о заштити потрошача је настао у САД почетком XX века у циљу заштите интереса потрошача који су били необавештени и неорганизовани у односу на моћне и организоване произвођаче. Америчко законодавство о заштити потрошача утицало је у великој мери на настанак и садржину европског права у овој области које је преузето и у српском праву. Данас је положај потрошача финансијских услуга знатно другачији захваљујући посебним прописима о заштити њихових права, бољој државној контроли банака и друштава за осигурање, али и ефикасно организованим потрошачима.

I. САДРЖИНА ЗАШТИТЕ ПОТРОШАЧА ОСИГУРАЊА

Обезбеђење заштите потрошача осигурања у односу на осигуравача већ дуго је предмет интересовања законодавца европских држава због немогућности осигураника да процени финансијску снагу осигуравача и да утиче и већој мери на утврђивање услова осигурања. Директиве ЕЕЗ/ЕЗ и национална законодавства држава чланица дају велики значај финансијској (економској) и правној

сигурности осигураника.¹ Финансијска сигурност се обезбеђује законским регулисањем надзора над оснивањем и пословањем осигуравајућих организација. Правна сигурност, која није ништа мање значајна за потрошаче, обезбеђује се законским регулисањем уговора о осигурању, обавезним типским клаузулама за поједине уговоре, обавезом информисања осигураника о уговору приликом закључења и у току његовог трајања, забраном уношења штетних, некоректних клаузула у уговоре и применом прописа и услова осигурања у најбољем интересу потрошача осигурања.

Пре него што су донети посебни прописи о заштити права потрошача осигурања законодавац је предузимао мере да би се спречила неравнотежа у правима и обавезама уговорних страна до које су доводиле уобичајене одредбе у уговорима о осигурању које су имале за последицу ништавост уговора, искључења из осигурања или губитак права. Закони о уговору о осигурању одиграли су велику улогу у заштити осигураника у односу на осигуравача иако је увек присутно питање докле се може ићи у ограничавању слободе уговарања. Претерано ограничавање те слободе онемогућава прилагођавање уговора конкретним потребама уговорних страна.

1. Појам потрошача осигурања

Појам „потрошач осигурања” односи се на физичко лице које закључује уговор о осигурању ради заштите од опасности у свакодневном животу које нису везане за област његове пословне или професионалне делатности коју обавља ради стицања прихода. Мали предузетници имају сличну потребу за оваквом заштитом као купци производа и корисници услуга, па се у неким правима и они сматрају потрошачима.

- 1 Заштити потрошача осигурања у ЕУ се даје велики значај што је разумљиво ако се има у виду потреба да се обезбеди функционисање јединственог тржишта. Пружање прекограничних услуга осигурања могуће је само онда ако клијент из једне државе чланице може да се обрати осигуравачу који има седиште у другој држави чланице ако располаже довољним гаранцијама да ће обавеза преузета уговором о осигурању бити извршена. Комисија ЕЗ је традиционално интервенисала ради заштите права потрошача. Директива о штетним клаузулама у уговорима о осигурању (из 1993. године) садржи правила која мора да се обезбеди у свакој држави чланице. Државама је остављено да у свом националном законодавству предвиде и већу заштиту од оне која се обезбеђује правилима директиве што су учиниле развијеније чланице (пре свега Немачка и Француска). С обзиром на улогу посредника осигурања у погледу обавештавања потрошача осигурања о осигуравајућем покрићу и осигуравачу европско законодавство је посветило пажњу и посредницима доношењем посебне препоруке и директива којима се захтева пре свега обученост за обављање ових послова. Професију посредника у државама чланицама мора да се обавља уз поштовање минималних услова приступа професији и обезбеђивање узајамног признавања посредника који имају дозволу за рад и увођење обавезе посредника на информисање клијента, кандидата за осигурање.

Закон о заштити потрошача Србије даје ширу дефиницију потрошача: то је поред физичког лица које купује производе и користи услуге за личне потребе и потребе свог домаћинства и привредно друштво, предузеће и друго правно лице, као и предузетник када купује производ или користи услуге за сопствене потребе.² Потрошачима се не сматрају лица којима посебна заштита није потребна јер имају могућности (материјална средства, професионална знања) да заштите своје интересе у односу на произвођаче и даваоце услуга.³

Закон о заштити потрошача Србије јесте централни пропис у области права потрошача који се не односи експлицитно на осигурање, али не искључује његову примену на ову област делатности; он се примењује увек када је уговор о осигурању закључен са лицем које спада у категорију потрошача осигурања.

2. Пословни акти осигуравача

Прописи о заштити потрошача допринели су значајном побољшању пословних аката осигуравача. Одредбе услова осигурања који се уручују осигуранику треба да буду јасне тако да је могуће лако утврдити обим осигуравајућег покрића што је од посебног значаја код комбинованих осигурања. Осигурање домаћинства које обухвата више ризика или осигурање моторног возила (каска) јесу нпр. таква комбинована осигурања која покривају више различитих ризика (пожар, крађа, грађанска одговорност и др.). Ризици који су осигурани морају бити побројани на једном месту. Законска обавеза да услови осигурања буду јасни и написани разумљивим језиком може много да помогне код доношења одлуке код ког осигуравача ће уговор да се закључи. На нивоу професионалних удружења осигуравача дају се осигуравачима упутства како услови треба да се штампају, која нпр. треба да буде величина слова да би осигуранику било могуће да их лакше разуме. Одредбе услова које су неповољне за осигураника морају да се штампају другачијим словима и другом бојом. Забрањено је штампање полиса ситним словима што већ на први поглед обесхрабрује осигураника.

Посебним актима се утврђују принципи у вези понуде осигурања, њен садржај треба да сведе на најмању могућу меру престанак уговора због пропуста осигураника да обавести осигуравача о околностима од значаја за процену ризика. Осигураник је данас у много повољнијем положају, он зна које податке треба да пружи осигуравачу приликом закључења уговора и које су последице непотпуног, нетачног или преварног обавештавања. Заштита осигураника се постиже и тиме

2 Члан 2. Закона о заштити потрошача, „Службени гласник РС”, бр. 79/05.

3 Не може се прихватити захтев осигураника за накнаду штете зато што му осигуравач није указао на чињеницу да његово осигурање од одговорности из обављања делатности не обухвата и одговорност за штете од производа са недостатком. Такав закључак следи и онда када осигураник не би закључио уговор о осигурању да је знао да је ризик одговорности за производе искључен. Осигураник као произвођач треба да зна како се осигурава ризик коме је у свом пословању изложен. Он није потрошач осигурања коме је потребна посебна помоћ код закључења уговора.

што је данас у многим земљама решавање захтева по основу осигурања поверено и непристрасном субјекту, омбудсману, који разматра случајеве када лице које има неко потраживање према осигуравачу није задовољно његовом одлуком (нпр. захтев је одбијен или је накнада призната али у износу који је знатно испод онога који потражује осигураник).

3. Забрана уношења штетних клаузула у потрошачки уговор о осигурању

Борба против штетних одредаба у адхезионим⁴ уговорима најпознатији је аспект права о заштити потрошача и он налази примену у праву осигурања.⁵ У већем броју европских земаља законодавац је посвећен заштити потрошача. Овакав став законодавца је сасвим разумљив. У уговорима закљученим између продаваца и потрошача често постоји неравнотежа између права и обавеза уговорних страна. Та неравнотежа је основни критеријум за утврђивање да ли у уговору постоје одредбе које нису у интересу слабије стране. Примери одредаба које се могу сматрати некоректним саставни су део закона о заштити потрошача.⁶

Осигурање је делатност која је усмерена на велики број појединаца, и држава настоји да заштити њихове интересе тако што забрањује да финансијски јаке осигуравајуће организације у уговоре о осигурању уносе одредбе које првенствено штите њихове интересе као јаче уговорне стране. Потрошач осигурања нема ни техничка ни правна знања ни економску моћ да би био у стању да преговара о условима уговора које утврђује осигуравач. Зато прописи који регулишу уговор о осигурању садрже већи број императивних норми да би се спречила повреда интереса осигураника, посебно оних који улазе у категорију „потрошача” осигурања.

Уговор о осигурању не може да садржи одредбе које су очигледно у интересу осигуравача и имају за последицу повреду принципа једнакости (еквиваленције)

4 Адхезиони уговори или уговори по приступу су уговори код којих једна уговорна страна формулише услове уговора, а друга уговорна страна их прихвата.

5 Постоји посебна директива ЕЗ о оваквим одредбама (ОЈ L 95/33 од 21.4.1993).

6 У додатку директиви која се односи на штетне одредбе у потрошачким уговорима наведено је 17 примера оваквих одредаба (нпр. искључење или ограничење законске професионалне одговорности за смрт или телесне штете потрошача проузроковане радњом или пропустом у обављању професије; наметање потрошачу одговорности за штету услед неизвршења обавезе у износу који је несразмерно висок; овлашћење продавца или даваоца услуге да једнострано измене услове уговора ако за то не постоје ваљани и одређени разлози који проистичу из уговора; констатација да потрошач прихвата услове које није добио; обавезивање потрошача да изврши обавезу иако друга страна није извршила своју и др.). Већи број ових клаузула уграђиван је и у уговоре о осигурању тако да директива и прописи којима је она преузета у национално законодавство држава чланица доприноси бољем положају потрошача осигурања. Поништавање оваквих одредаба од стране судова није ретко у државама чланицама ЕУ.

права и обавеза уговорних страна. Нека уговорна одредба је на штету потрошача ако ствара *значајну* неравнотежу између права и обавеза уговорних страна.

У послу осигурања остваривање ове једнакости је тешко јер осигуравач не зна у време закључења уговора које могу бити његове обавезе, а осигураник је слабија уговорна страна тако да је увек присутна могућност неравнотеже међусобних престација (чинидаби).

Судска пракса има врло значајну улогу у примени права у складу са захтевима заштите потрошача и равнотеже у конкретној примени права осигурања.

Уговор о осигурању садржи низ одредаба којима се утврђују обим осигуравајућег покрића и поступак накнаде штете. Као и у другим потрошачким уговорима услови се утврђују у форми стандардних одредаба. Осигуравач је у позицији да значајно ограничи покриће ризика што може да открије само неко ко добро познаје право и технику осигурања, што највећи број осигураника, појединаца, једноставно није у стању.

Немогуће је навести све одредбе уговора које су на штету потрошача, али се у прописима даје егземпларна листа одредаба које се могу сматрати штетним, што у пракси може много да помогне код утврђивања такве чињенице. У уговору о осигурању штетном би могла да се сматра нпр. она према којој осигурање нема дејства ако је за исти ризик закључено осигурање код другог осигуравача. Штетном се може сматрати и одредба о престанку уговора која није у складу са општим одредбама закона о престанку уговора или одредба која дозвољава једнострану измену уговора само у интересу осигуравача.

Приликом процене штетности неке уговорне одредбе води се рачуна о природи осигуравајућег покрића које је предмет уговора, околностима у којима је уговор закључен као и другим одредбама уговора. Ако постоји могућност различитог тумачења узима се оно које је за потрошача најповољније. Штетне уговорне одредбе су ништаве.

Најзначајнију заштиту осигуранику пружају законска правила која предвиђају опште ограничење права осигуравача да одбије захтев осигураника на накнаду штете или неку другу исплату због повреде уговора. Због повреде неке уговорне обавезе осигураника, осигуравачу може бити проузрокована штета. У савременом праву осигурања опште је прихваћено да, ако није претрпео штету, осигуравач не може да одбије извршење своје обавезе, а ако јесте, може износ исплате да смањи за износ претрпљене штете. Типичан пример такве ситуације јесте повреда обавезе пријаве настанка осигураног случаја и појединости у вези са штетом, као и повреда разних обавеза осигураника да ће се понашати у складу са оним што предвиђају одредбе уговора са којима се сагласио (да ће уградити и одржавати противпожарна средства, алармни уређај, предузимати мере ради боље заштите на раду, проверавати здравствено стање и др.).

Међутим, одредбе уговора које се могу сматрати неповољним за осигураника могу бити унете у доброј намери. Ако је осигураник у доброј преговарачкој

позицији и зна да сачува своје интересе, а услови су учињени транспарентним у време када је уговор закључен, клаузула која објективно није у његовом интересу не може се сматрати штетном.

3.1. Одредбе уговора којима се дефинише предмет и искључења из осигурања

Покриће ризика може бити ограничено одредбама уговора које се односе на искључења из осигурања, али и дефиницијом предмета осигурања. То је посебно уочљиво у осигурању од ризика грађанске одговорности који је мање познат многим осигураницима јер је одговорност „правни” ризик. У осталим осигурањима дефиниција осигуране опасности (пожар, експлозија, олуја, саобраћајна незгода и други ризици) и предмета на који се осигурање односи такође значајно утиче на обим обавезе осигуравача. Осигураник који је закључио осигурање од пожара треба да буде обавештен да нпр. осигурањем није покривено уништење или оштећење ствари које нису биле на месту осигурања (нпр. у кругу фабрике) или ако је ствар уништена у огњишту (видети разматрање о ризику).

Што се тиче искључења из осигурања, одредбе које предвиђају ово значајно ограничење обавезе осигуравача морају бити јасне, а број и домаћај искључења не сме бити такав да обесмисли осигуравајуће покриће. Ако су нпр. из каско осигурања моторног возила искључене штете услед саобраћајне незгоде које настану кривицом другог лица, а не власника возила, такво осигурање не пружа адекватну заштиту власнику возила, јер он може поверити управљање возилом члановима породице или и другим лицима. Таква одредба уговора може се сматрати штетном, осим ако је осигураник изричито пристао на такво ограничење покрића. Или, ако су осигурањем извођача грађевинских радова искључене штете које су последица догађаја који се нормално сматра грађевинском незгодом или ако су у неким осигурањима искључене штете које су настале услед крајње непажње чиме осигурање покрива само незнатни део ризика коме је осигураник изложен и др.

3.2. Одредбе уговора о пријави околности од значаја за оцену ризика

Неравноправан положај осигураника не мора да произилази само из услова које утврди осигуравач. Постоје нека правила садржана у прописима који регулишу уговор о осигурању, која потенцијално могу да се примене на штету потрошача. Уговор о осигурању спада у уговоре у којима се подразумева „Добра” воља. То значи да је уговарач осигурања дужан да пре закључења уговора пријави све значајне чињенице, да поступа у доброј вери, да не доведе осигуравача у заблуду

о обиму и висини осигуране опасности, да у току трајања осигурања обавештава осигуравача о чињеницама које утичу на повећање осигураног ризика. У вези са било којом врстом уговора о осигурању којим се осигурава ризик о коме клијент зна све, а осигуравач ништа, овај први је дужан да пружи обавештење о свим околностима од значаја за процену ризика које су му познате, па и онда када није питан. Повреда те обавезе дозвољава осигуравачу да не изврши уговорну обавезу под условом да је неоткривена околност била битна за закључење уговора (видети разматрања о уговору о осигурању). Међутим, у пракси и теорији осигурања много је дискутовано о томе која се чињеница може сматрати битном. Треба у сваком конкретном случају да се цени да ли је осигуравач могао и сам као професионалац да зна какав је значај неких информација, да наведе уговорача да изнесе податке који су од значаја за утврђивање осигуравајућег покрића и израчунавање премије. Осигуравач мора бити пажљив онолико колико то захтевају његова професионална знања. У поморском осигурању врло је строга примена правила о повреди обавезе обавештавања осигуравача.⁷ Разлог за блажу примену правила о обавештавању у осигурању непоморских ризика јесте у томе што је често немогуће да осигураник зна шта осигуравача интересује, шта је значајно, шта мање значајно, а шта нема никакав значај за њега.⁸ Зато се праве детаљни упитници, утолико обимнији и сложенији уколико је ризик специфичнији или је нов. Тако се у осигурању од грађанске одговорности за производе са недостатком праве обимни упитници за поједине групе производа (лекова, прехранбених производа). Уговорач осигурања може у оваквим случајевима да повреди обавезу обавештавања само онда када не одговори тачно на постављена питања. Осигуравач, односно његов агент, код оваквих осигурања заједно попуњавају образац понуде и често је агент тај који је крив што нису унети сви потребни подаци или су они нетачни. Ако осигуравач не тражи одговоре на нека питања, може се оправдано закључити да је он те одговоре сматрао небитним.⁹ Против осигураника који није знао и није могао знати за неке чињенице или није знао колико су оне битне за закључење уговора не може се применити санкција због повреде обавезе обавештавања осигуравача приликом закључења уговора.

И у нашем праву нетачна пријава неке околности везане за ризик који се жели осигурати и прећуткивање такве околности од значаја су онда када осигуравач не би закључио уговор да је знао право стање ствари. Није довољно да осигураник није знао за право стање ствари већ и да ли је он за њега могао знати.

7 Корисник осигурања не губи право из уговора о осигурању живота због чињенице да осигураник није пријавио околност да има шећерну болест ако не може да се утврди да ли су у време закључења уговора он или корисник знали да болест постоји.

8 Отворено је питање да ли се правило добре вере примењује на пожарна осигурања у истом обиму као у поморским осигурањима. У поморском осигурању осигуравач је присиљен да се ослани у великој мери на податке које је добио од осигураника, док у пожарном осигурању обе уговорне стране могу подједнако да цене околности од значаја за закључење уговора одређене садржине.

9 У судској пракси се заузима став да осигуравач који није тражио податке о неким чињеницама и прихватио да пружи осигуравајуће покриће то чини на сопствени ризик.

Да је осигураник повредио обавезу да пријави околности од значаја за оцену ризика често је предмет спора између осигуравача и осигураника. Осигуравачи се позивају на законска правила и правила садржана у условима осигурања која предвиђају санкције за случај да осигураник повреди ову обавезу. Традиционално законско правило да осигуравач има право да одбије исплату накнаде из осигурања у пракси је често злоупотребљавано. У савременим правима губитак права из осигурања дозвољава се у ретким случајевима када је поступао злонамерно. Нетачна тврдња осигураника није злонамерна ако је искрено веровао да је тачна, и злонамерна је само онда ако је знао или је у таквој ситуацији сваки разуман човек могао знати да су подаци од битног значаја за одлуку осигуравача, односно шта би осигураник или разумни осигураник сматрао за релевантно.

Чак и онда када се свесно дају нетачни подаци, осигуравач не може на њих да се позове ако његова одлука у вези са условима за закључење уговора не би била другачија.

3.3. Пријављивање осигураног случаја

Одредба у уговору о осигурању по којој осигураник губи право на накнаду из осигурања ако не пријави настанак осигураног случаја у одређеном року или на начин како је утврђено у уговору је ништава. Осигуравач има само право на накнаду штете коју је претрпео због непријављивања или закаснелог пријављивања осигураног случаја. У највећем броју случајева тешко је доказати да је таква штета настала тако да санкција практично и не постоји.

4. Висина премије

Што се тиче цене осигурања о њој осигураник мора бити обавештен, али он нема право да тражи поврат више плаћене премије ако сматра да ризик није процењен на одговарајући начин. Премија је цена ризика, а ту цену актуарским путем утврђује осигуравач. Осигураник увек може да се обавести која је премија код других осигуравача и да уговор закључи са оним који нуди покриће за нижу премију.

5. Повреда посебних обавеза осигураника

За осигураника су од посебног значаја одредбе које садрже конкретне обавезе осигураника (обећања, гаранције) о понашању које треба да утиче на спречавање настанка осигуране опасности или смањења штетних последица ако она настане. Осигуравач не може да одбије да накнади штету или изврши неку другу исплату ако је повређена оваква обавеза, осим ако настанак осигураног случаја није

изазван намерно. Он једино може да смањи накнаду из осигурања за онолико за колико је његова обавеза већа због повреде уговорне обавезе.

Једно од таквих обећања осигураника је нпр. да ће возило одржавати у возном стању, да ће уградити аларм или да ће применити одређене мере противпожарне заштите. Одредбе уговора морају бити јасне, недвосмислене да би осигураник знао шта су његове обавезе, а последице повреде разумљиве. Ако осигураник може да докаже да није разумео своју обавезу и посебно које су последице њене повреде, може се сматрати као да она није ни унета у уговор. Таква једна обавеза мора бити у вези са осигураним ризиком и тако дефинисана да не може бити лако повређена. Ако осигураник повреди обавезу он ипак не сноси последице ако осигурани случај нема никакве везе са повредом уговорне обавезе осигураника. Осигуравач може да ускрати накнаду штете или смањи њен износ само онда када је осигурани случај директно повезан са неизвршењем обавезе (када је нпр. реч о аларму, ако провала не би могла да се изврши да је уграђен).

6. Обавеза обавештавања осигураника

Осигурање је делатност коју обављају друштва за осигурање чије је техничко и финансијско пословање углавном непознато широј јавности. За разлику од осигуравача осигураник је у контакту са посредником или заступником осигурања због чега се обавеза на информисање о уговору о осигурању остварује у највећој мери кроз активности тих лица у вези са закључењем и извршавањем уговора.

Обавеза обавештавања осигураника и других корисника осигурања је општа обавеза која је утврђена у закону о заштити потрошача.¹⁰ Продавци робе и даваоци услуга су дужни да купцима робе и услуга пруже све податке о роби и услузи која се пружа. Искрпно обавештавање осигураника је потребно јер је уговор о осигурању сложен правни посао и постоји и у фази закључења уговора и пошто је уговор закључен. Осигуравач има обавезу да обавести кандидата за осигурање о цени и покрићу пре закључења уговора и да достави примерак нацрта уговора; он је дужан да упозна осигураника о томе како се подносе приговори на одлуке о одштетном захтеву или неке друге одлуке осигуравача или како се решава спор у мирном поступку (медијација). Упознавање са обимом осигуравајућег покрића посебно је значајно обавештење јер осигураник не сме бити у заблуди да има покриће, а оно због искључења одређених штета или других уговорних ограничења у ствари не постоји. У иностраној пракси су познати бројни спорови које су водили осигураници против осигуравача у случајевима осигурања од грађанске одговорности. Необавештени о временском важењу осигурања осигураници су

10 Закон о заштити потрошача Србије донет је по угледу на такве законе у европским земљама. Он ће имати значајну улогу у заштити потрошача осигурања јер садржи обавезу давалаца услуга да обавештавају кориснике о услугама које пружају, право потрошача на обештећење за лажно приказивање својстава услуга и незадовољавајуће услуге; заступљеност интереса потрошача у процесу доношења и спровођења политике заштите потрошача као и у поступку увођења нових услуга и др (чл. 3. Закона).

захтевали од осигураваача да исплати накнаду из осигурања и када је узрок штете настао пре закључења уговора или када су одштетни захтеви подигнути после истека уговора а штетни догађај је настао у време трајања осигурања. Иако су се осигураваачи позивали на клаузуле уговора о осигурању од грађанске одговорности које су предвиђале да осигурање покрива штете настале у периоду осигурања, судови су прихватили захтеве осигураника према осигураваачу са образложењем да осигураваач није упозорио осигураника на временско важење осигурања, што је било потребно јер се ради о осигурању које лаици тешко могу разумети. Оваква судска пракса утицала је на формулисање законске обавезе осигураваача од грађанске одговорности да обавести осигураника о временском важењу осигурања и да му предочи могућности да обезбеди ретроактивно и накнадно покриће. Ако није испунио ту обавезу, на начин који је разумљив и уз писмену констатацију њеног извршења осигураваач је дужан да осигуранику накнади штету због повреде обавезе обавештавања осигураника. Нема потребе да се обавештава и саветује онај који је због професије којом се бави довољно обавештен о осигурању.

Посредници и заступници осигурања морају бити професионално оспособљени да би могли да обављају своју делатност. Обавезна регистрација делатности, обавезно осигурање од грађанске одговорности и професионална оспособљеност и обавеза на информисање клијената доприносе заштити потрошача осигурања.

О томе у чему се састоји ова обавеза постоје разни примери у упоредној осигуравајућој и судској пракси. Приликом израде понуде осигурања посредник и заступник треба да објасне клијенту разне одредбе уговора о осигурању да би му дали све елементе за избор одговарајућег покрића ризика. Они морају да га упозоре на последице нетачне или непотпуне изјаве, старају се о прилагођавању покрића ризицима, проверавају да ли је полиса у складу са захтевима из понуде, избору суме осигурања која одговара вредности ствари да не би дошло до подосигурања или надосигурања, да воде рачуна да осигураник не остане без покрића због раскида уговора. Од закључења уговора до његовог престанка посредник и заступник морају да пружају осигуранику стручне услуге. Посредник има обавезу да проверава информације које добије од клијента. Његова обавеза зависи и од знања самог клијента - она је по правилу већа када посредује ради закључења уговора са потрошачем.

Судови у земљама развијене тржишне привреде у којима делатност посредника има дугу традицију строго кажњавају пропусте посредника одговорношћу за проузроковану штету.¹¹

11 Примери најчешћих пропуста посредника осигурања за које одговара: трошкови одустанка од путовања нису покривени упркос захтевима осигураника; крађа одеће поверене гардероби која није покривена осигурањем; раскид уговора без закључења другог; уговор није у складу са понудом јер искључује одговорност механичара за поверене ствари клијента; захтев за проширењем покрића није достављен осигураваачу; непријављивање ранијих штета што је било познато посреднику; пропуст необавештавања осигураника о покрићу штета у иностранству; пропуст осигураника на пријаву осигураног случаја на шта га није упозорио посредник.

Обавеза на обавештавање осигураника посебно је значајна у осигурању живота. Уредно извршавање ове обавезе у великој мери доприноси заштити корисника осигурања. Лице које жели да закључи уговор мора да се обавести о обавезама приликом закључења уговора и у току његовог трајања. Тиме се постиже да ово осигурање које има и посебан друштвени значај обезбеди корист која се од њега легитимно очекује.

У Закону о облигационим односима нема одредаба о санкционисаној обавези осигураваача да приликом закључења уговора да обавештења о условима и обиму осигуравајућег покрића. Осигураник се ипак штити од ризика да не буде довољно обавештен тиме што се захтева од осигураваача да га упозори да су општи и посебни услови осигурања саставни део уговора и да му услове преда. Полисе се штампају са одредбом да је осигураник упознат са условима и да су му они уручени. Ако је таква одредба штампана на крају полисе, ситним словима и ако осигураник може да докаже да му није скренута пажња на њен значај, она би могла да се сматра непостојећом.

7. Заштита осигураника када се уговор о осигурању закључује на даљину

Даваоци финансијских услуга (банке, друштва за осигурање, инвестициони фондови укључујући и пензионе) приликом закључења уговора све више користе предности савремене технологије. Све је више присутна тзв. дистанциона продаја производа и услуга, па и услуга осигурања, посебно у земљама са дугом традицијом осигурања. У вези са оваквом продајом настају проблеми јер постоји реална могућност изигравања корисника услуга. Зато прописи о заштити потрошача посебну пажњу посвећују купцима финансијских услуга које се пружају лицима која нису физички присутна код закључења уговора (нпр. преко телефона, телефаксом, путем интернета). Прописи дају могућност корисницима услуга да размисле пре него што уговор закључе. Друштво за осигурање као давалац услуга има обавезу да пошаље кориснику нацрт уговора са условима осигурања (на компакт диску, дискети, путем електронске поште). Период размишљања не може бити краћи од рока који је утврђен у закону.

8. Вансудско регулисање спорова

Решавањем спорова осигураваача и осигураника у вансудском поступку у интересу је потрошача осигурања јер доприноси смањењу судских спорова. Пооштрени захтеви за очување интереса потрошача осигурања довели су последњих година до значајних промена у ставу осигураваача према захтевима осигураника по основу уговора о осигурању. Захтеви се брижљиво процењују у службама осигураваача и ако је уложен приговор, достављају посебној служби коју

чине запослени који нису донели првобитну одлуку. Оснивају се документациони и информациони центри осигурања који доносе годишње извештаје из којих се види колико је било захтева против осигуравача и како су решени. Захтеви осигураника се разматрају и у оквиру органа за надзор или посебних стручних тела која се оснивају за област финансијских услуга.

Највећи значај има тзв. медијација која у највећој мери доприноси смањењу броја спорова који се решавају у судском поступку. Она се поверава органу који треба да буде независан, стручан и непристрасан (омбудсман у већини земаља). У неким земљама постоји једно такво тело, у другима их има више. Битно је да су та тела независна од осигуравача и њихових удружења. Поступак је једноставан и брз и спроводе га стручни и високо морални појединци из редова судија, професора универзитета, познатих стручњака из области осигурања. У Србији се вансудско решавање спорова осигураника и осигуравача решава у оквиру Народне банке Србије.





КОНКУРЕНЦИЈА УЧЕСНИКА НА ТРЖИШТУ ОСИГУРАЊА

Слободна и здрава утакмица на тржишту је корисна за развој економије и за потрошаче јер доприноси смањењу цена, већем избору производа и услуга и њиховом бољем квалитету. Савремена права забрањују нелојалну конкуренцију посебним прописима.¹ Забрањују се договори, споразуми учесника на тржишту, злоупотреба доминантног положаја на тржишту и помоћ државе којом се утиче на слободну и фер утакмицу учесника.

Прописи о конкуренцији су од великог значаја за сваку економију. Понашање противно добрим пословним обичајима кажњава се данас врло строго. Казне иду и до 10% укупне добити предузећа која се нелојално понашају, неке одредбе споразума учесника на тржишту могу се поништити, а у неким случајевима, и цео споразум. Појединци који учествују у активностима које су довеле до повреде правила конкуренције могу бити осуђени на вишегодишњу казну затвора и новчану казну која није ограничена, директорима може да се изрекне мера забране обављања послова руковођења у дужем периоду. Осим тога, предузећа се суочавају са дугим поступком који води надлежни орган за заштиту конкуренције, пословним губицима, повредом угледа, споровима за накнаду штете потрошача, конкурената и других оштећених лица.

Прописи о конкуренцији прецизирају у којим случајевима дозвољено је изузеће од општих правила, а наиме понашање које је иначе забрањено јер ограничава слободну конкуренцију. Изузећа од општих правила о конкуренцији су потребна када се ради о привредним субјектима који обављају специфичну привредну делатност. У делатности осигурања постоји потреба договарања учесника на тржишту и закључивања посебних споразума као и већа улога државе

¹ Закон о недозвољеној конкуренцији донет је у Немачкој још 1909. године. Изменама и допунама Закона и подзаконским актима је регулисано низ питања од значаја за лојалну конкуренцију на тржишту осигурања. Брига за лојалну конкуренцију је један од основних задатака државног органа надзор (H. Kraus, *Versicherungsaufsichtsrecht*, Беч 1971, стр. 181). Закон о заштити конкуренције Републике Србије који је донет 2009. године не садржи посебне одредбе о конкуренцији на тржишту осигурања.

у организовању осигуравајуће заштите у интересу привреде и грађана. То је разлог за већи број посебних изузеча од општих правила конкуренције у делатности осигурања којима се дозвољава понашање осигураваача које је иначе у супротности са општим правилима. Изузећа која су предвиђена у већем броју уредби надлежних комунитарних органа доприносе нормалном обављању и развоју ове делатности, како у појединим државама чланицама тако и на јединственом тржишту Уније. Изузеци су од великог значаја за делатност осигурања јер би примена општих правила која забрањују договоре и споразуме због опасности монополског положаја појединих учесника на тржишту, могло да паралише обављање делатности. У већини европских земаља на конкуренцију на тржишту осигурања примењују се општа правила о конкуренцији коригована правилима о изузећима која су донета на нивоу ЕУ и која су обавезна за све државе чланице.

I. ОСНОВНА ПРАВИЛА О КОНКУРЕНЦИЈИ

Закони о конкуренцији и други прописи који се односе на конкуренцију садрже норме којима се забрањује нелојални утицај на одлуке потрошача, споразуми учесника на тржишту којима се ограничава конкуренција, злоупотреба доминантног положаја, затим норме које имају за циљ контролу концентрације предузећа као и норме о оснивању и надлежности органа за контролу конкуренције. Општа правила о конкуренцији треба да обезбеде здраву конкуренцију на тржишту. Висок ниво конкурентности између привредних субјеката треба да допринесе економском развоју земље али тако да не угрози друге циљеве као што су поштовање постојаног развоја, заштита животне средине и социјална заштита. Здрава и фер конкуренција је идеал који је тешко достићи. Апсолутна слобода предузећа која се појављују на тржишту може да има супротан ефекат од жељеног од чега је најопасније да се занемаре интереси потрошача и интереси заштите животне средине ради остварења добити.

Основна правила о конкуренцији односе се на тзв. рестриктивне споразуме између привредних друштава и на злоупотребу њихове доминантне позиције на тржишту.

Споразумима између предузећа и њихових удружења или договарањем ради постизања заједничког циља може се спречити, ограничити или нарушити конкуренција и тако неповољно утицати на привредни развој. Доминантан положај на тржишту сам по себи није забрањен јер је и нормално да предузећа која добро послују стичу значајнију па и доминантну улогу на тржишту. Међутим, забрањена је злоупотреба доминантног положаја, његово коришћење ради ограничавања конкуренције представља злоупотребу. Предузећа која имају значајан удео на тржишту морају да воде рачуна о интересима клијената, потрошача и конкурената. У сваком конкретном случају утврђивање злоупотребе доминантног положаја захтева разматрање бројних елемената као што су релевантно тржиште, тржишни удео, услови конкуренције, препреке за улазак на тржиште, снага потрошача и др.

Прописи о конкуренцији утврђују општа правила о забрани рестриктивних споразума и злоупотребе доминантног положаја. Прописима се, међутим, предвиђа када споразуми учесника на тржишту могу да се закључују. Ти дозвољени изузеци предвиђени су за одређене категорије споразума у одређеној привредној делатности ако су испуњени законом предвиђени услови.

Надлежни орган испитује случајеве у којима претпоставља да постоји повреда правила о конкуренцији и ако утврди да постоји изриче одговарајуће мере. Осим споразума који су изричито дозвољени прихватају се као дозвољени и споразуми и договорна пракса мањег значаја иако нису испуњени услови за примену изузетака.

Прописи забрањују и државну помоћ која може да поремети конкуренцију давањем повлашћеног положаја или фаворизовањем производње неке робе или пружања неких услуга уколико те мере утичу на пословање између привредних субјеката. Државна помоћ није забрањена ако се њоме задовољавају неки општи циљеви (помоћ социјалног карактера, помоћ за случај природних и других катастрофалних догађаја).

II. КОНКУРЕНЦИЈА ИЗМЕЂУ ДРУШТАВА ЗА ОСИГУРАЊЕ

Правила садржана у националним прописима о конкуренцији примењују се и на односе између осигуравајућих организација. У европском праву предвиђена су посебна правила у области конкуренције између осигураваача као учесника на тржишту осигурања. Неизвесности тачног износа обавезе осигураваача из уговора о осигурању доводи их у битно другачији положај од онога који имају други привредни субјекти. Осигураваачи имају велике тешкоће да утврде премију која је пропорционална ризику и која је као таква довољна за покриће обавеза које су преузели уговором о осигурању. Мало који осигураваач може на основу свог искуства да одређује адекватну премију, и заједничке активности осигураваача на том плану су нужне. Осим тога, конкуренција на тржишту осигурања не сме да утиче на потребу стварања резерви, издатака на име саосигурања и реосигурања и не сме да доведе до подтарифирања које угрожава извршавање обавеза према осигураницима.

Зато се прописима дозвољава договарање и споразуми који су иначе забрањени за друге учеснике на тржишту. Дозвољени су споразуми о утврђивању техничке премије на основу заједнички прикупљених статистичких података, утврђивању заједничких стандардних услова осигурања, заједничког покрића одређених врста ризика (саосигурање, сареосигурање), регулisaња штета, тестирања и прихватања сигурносних уређаја и праћења података и обавештавања о великим ризицима.

1. Даваоци услуга осигурања на које се примењују општа правила конкуренције

Општа правила о конкуренцији примењују се на предузећа. Сви правни субјекти који пружају услуге осигурања не могу се обухватити појмом „предузеће”. У контексту права о конкуренцији појам предузеће подразумева сваки правни субјект који обавља привредну активност ради стицања добити независно од правног статуса и начина финансирања. Услугама осигурања сматрају се и услуге које немају комерцијални карактер. Зато се појам „предузеће” у смислу правила конкуренције не може изједначити са оним који се користи у прописима који се односе на оснивање и пословање друштава за осигурања. Да би се на правне субјекте чија је делатност непрофитна као што су то друштва за узајамно осигурање примењивала правила о конкуренцији, та друштва морају да се баве и привредном делатношћу. Многобројне организације обављају делатност која се квалификује као делатност осигурања иако има доминантно социјалну садржину (касе здравственог и пензијског осигурања пре свега). Делатност неког субјекта има искључиво социјални циљ ако је заснована на принципима националне солидарности и ако се његове обавезе заснивају на закону и не зависе од доприноса. Акционарска друштва за осигурање и друштва за узајамно осигурање која се оснивају у Србији јесу правни субјекти на које се примењују правила о конкуренцији. Акционарска друштва се оснивају ради стицања добити, а узајамна друштва обављају привредну делатност иако су непрофитна јер њихове обавезе зависе од наплаћеног доприноса и циљ им је имовинска заштита чланова. Делатност друштава за узајамно осигурање нема за циљ социјалну заштиту чланова друштва као што је то случај код давалаца социјалног, здравственог или пензијског осигурања.

2. Рестриктивни споразуми у области осигурања

У примени општих правила о конкуренцији на делатност осигурања води се рачуна о посебном карактеру савеза и пословних договора између организација у области осигурања. Разни споразуми и договори између осигураваача имају за циљ развој пословања и његово унапређење. Сарадња која може да утиче на слободну конкуренцију не постоји само у случајевима када се стварају трајнији савези на основу писмених споразума већ и онда када се доносе неформалне одлуке ради остварења заједничких циљева. Један такав пример је сарадња осигураваача у прикупљању информација о штетама, висини премије или техничким резултатима у појединим врстама осигурања на подручју на коме заинтересовани осигураваачи обављају делатност. Да ли оваква деловања спадају у забрањену праксу договарања, утврђује се у сваком конкретном случају. Заједничко прикупљање и размена информација које се јавно објављују није у супротности са прописима о конкуренцији. Ако су информације јавно доступне

као последица обавезног објављивања или ако је до њих могуће лако доћи на други начин, њихово прикупљање и размењивање између конкурената је дозвољено. Забрана прикупљања и размене информација које се не публикују оправдана је због тога што такве активности могу бити додатно оружје за стварање забрањених удруживања на штету потрошача осигурања. Потрошачи не могу да дођу до свих података који су доступни осигуравајућим организацијама и не могу да праве поређења између производа разних осигуравача и избора онога који је за њих најповољнији. Само размена информација која је подједнако доступна и даваоцима услуга и потрошачима повећава транспарентност и пораст захтева потрошача. Ако је добијена информација јавно доступна, постоји претпоставка да таква размена не утиче на конкуренцију. Размена информација које су подједнако доступне и осигуравачима и потрошачима осигурања може да неутралише антиконкурентјске ефекте размене и тако такву праксу учини сагласном са правилима конкуренције.

У сваком случају споразумевања, удруживања или договорне праксе организација у области осигурања води се рачуна о томе да ли користе или штете конкуренцији на тржишту осигурања. Споразуми у области осигурања имају много сложенију структуру и оцену њиховог утицаја на ограничење конкуренције надлежни орган посматра са становишта специфичности осигурања. На споразуме малог значаја, тј. оне који немају већи утицај на тржишне услове (између малих осигуравача, или и већих, ако не држе значајан део тржишта одређеног ризика) правила конкуренције се не примењују.

Споразуми који су у области у којој су иначе дозвољени могу да се забране ако се студије заснивају на неоправданим претпоставкама. Што се тиче споразума који се односе на стандардне услове осигурања, они се могу сматрати антиконкурентјским ако садрже одредбе које уводе значајну неравнотежу између права и обавеза уговорних страна на штету осигураника. Такође, споразуми о заједничком ношењу ризика (пулови и други облици организовања саосигуравача и реосигуравача) могу да се забране ако се утврди да су непотребни, да неке осигуравајуће организације имају доминантну позицију или пак да се ради о подели тржишта.

2.1. Споразуми који се односе на обрачунае, табеле и студије

Осигуравачи или њихова удружења могу да сарађују ради израчунавања просечних трошкова покрића појединих ризика у прошлости, или израде таблица смртности, учесталости болести, незгода или инвалидитета ради боље процене ризика и утврђивања премија. Сарадња се такође може огледати у изради заједничких студија о вероватном утицају изванредних околности на учесталост и обим штета као и очекиваних прихода од појединих пласмана. Оваква сарадња

је дозвољена под условом да су обрачуни или табеле засновани на подацима о кретању ризика који су прикупљени у одређеном посматраном периоду и односе се на довољан број истих или упоредивих ризика који статистички могу да се обраде. Обрачуни од значаја за утврђивање премије треба нпр. да садрже број одштетних захтева у посматраном периоду, број појединих ризика осигураних у свакој години осигурања посматраног периода, укупне износе исплаћених и плативих штета и укупан износ сума осигурања у том периоду. Споразуми о обрачунима, табелама и студијама су допуштени ако не садрже податке о осигураваочима и осигураницима, ако није обавезна њихова примена и ако сваки осигуравач може да их добије, па и онај који не обавља послове на које се односе.

Коришћење статистичких података помаже члановима професионалних савеза да утврде минимални износ премије који произилази из статистичких података о ризику. Споразуми који се ограничавају на ово су дозвољени, али они који садрже обрачун комерцијалне премије, тј. премије која садржи и трошкове пословања, нису. Споразум који директно или индиректно утврђује комерцијалну премију забрањен је и не може бити изузет. Комерцијалну премију осигураваачи слободно утврђују у функцији њихових резултата пословања. Овакве заједничке активности осигураваача не ограничавају или спречавају конкуренцију већ могу да допринесу развоју осигурања чиме се малим осигураваачима олакшава улазак на тржиште, смањују трошкови пословања и унапређује управљање ризицима одређене врсте осигурања.

Израда тарифе са техничком премијом доприноси развоју саосигурања и реосигурања. Приступ реосигурању је знатно лакши ако реосигуравач располаже добром базом за оцену ризика који му се нуде. Такође је корисно за потрошаче осигурања, премија је прилагођена ризику, већи број осигураваача може да понуди услугу и потрошач има већи избор.

2.2. Споразуми који се односе на стандардне услове осигурања

Утврђивање стандардних услова осигурања је пре свега у интересу осигураника коме треба да се обезбеди осигурање које одговара његовим потребама и које је производ који он разуме. Споразуми између осигураваача ради израде модел-услова дозвољени су ако услови садрже изричиту напомену да осигураваачи немају обавезу да их примењују, да се њихова примена на било који начин препоручује, да садрже такође напомену да осигураваачи који учествују у њиховој изради имају слободу да понуде осигураницима друге услове и да свако заинтересовано лице може да их добије.

Изузеће од правила да споразуми учесника нису дозвољени не може да се призна у извесном броју ситуација када модел услови имају клаузуле које нису у складу са правилима о конкуренцији (нпр. износ франшизе; комбиновано осигурање које

укључује ризике којима значајнији број осигураника није истовремено изложен; повећање премије без промене ризика и обима покрића, измена услова без изричите сагласности уговарача осигурања; аутоматско обнављање покрића за период дужи од годину дана у случајевима када се уговор наставља из године у годину и др.).

Изузеће се не примењује на праксу договарања или споразуме који искључују неке категорије ризика због околности које су везане за личност уговарача осигурања (осим код неких осигурања која се односе на посебне социјалне или професионалне категорије популације). На изузеће неће моћи да се позову ни осигуравачи ни удружења осигуравача која захтевају од других осигуравача да признају само она давања по основу осигурања о којима су они постигли споразум.

2.3. Споразуми који се односе на заједничко покриће ризика

Сарадња осигуравача је од посебног значаја када се ради о великим или новим ризицима о којима нема довољно статистичких података и који се могу осигурати само ако покриће пружа више осигуравача. Зато се на тржишту осигурања јављају мање или више повезани групмани осигуравача и реосигуравача. Пулови осигурања су групмани који имају чвршћу организацију. Они могу да буду штетни за конкуренцију када су чланови већи осигуравачи. Групмани помажу малим и средњим осигуравачима да дођу по покрића неких ризика које не могу сами да покрију али они могу врло лако да постану средство за моћне осигураваче да још више ојачају. Зато се изузеће неће признати ако осигурани ризици у оквиру групмана саосигурања обухватају више од дозвољеног процента тржишта (20% 25% у државама чланицама ЕУ).

Да би се признало закључивање споразума у оквиру групмана саосигурања и сареосигурања треба да се испуни више услова (нпр. да сваки члан групмана може из њега да изађе без икаквих санкција; да правила групмана не обавезују члана да осигура или реосигура ризик у оквиру групмана; да правила групмана не ограничавају његову активност или активност његових чланова на осигурање и реосигурање ризика који се налазе на неком одређеном просторном делу; да не утврђују комерцијалну премију коју чланови могу да наплате у пословима директног осигурања).

Двострани или вишестрани споразуми о саосигурању или сареосигурању нису *a priori* за осуду. Реосигурање је основни механизам за сигурност осигуравајућих организација. Оно претходи прихватању ризика јер осигуравач мора да зна пре преузимања ризика у покриће какво реосигурање може да обезбеди.

3. Злоупотреба доминантног положаја

Споразуми између осигуравача и реосигуравача могу да доведу до доминантног положаја групације у интересу њених чланова на штету оних који то нису. Доминантан положај може да резултира и из погодности које држава пружа неким субјектима на тржишту осигурања, давањем монопола и олакшица.

Доминантан положај има осигуравајућа организација која има велики удео на тржишту осигурања и која може да послује независно од потрошача осигурања и других конкурената. Да ли она злоупотребљава свој положај и тиме утиче на конкуренцију, зависи од околности у сваком конкретном случају. Од значаја за процену доминантног положаја су бројни елементи укључујући дефиницију тржишта, тржишни удео, услови под којима се одвија конкуренција, могућност уласка на тржиште и снагу потрошача. Претпоставља се да предузеће које има 40% тржишног удела има доминантни положај. Доминантни положај у контексту конкуренције на тржишту осигурања може бити у вези са споразумима осигуравача који могу довести и до злоупотребе положаја који је стечен стварањем јаког групмана осигуравача и реосигуравача. Потписивањем споразума о заједничком деловању ради остварења неког циља у спровођењу послова осигурања један већи број компанија осигурања које нису чланови групмана не могу бити конкурентне својом премијом и условима осигурања. На тај начин се ограничава разноврсност услуга осигурања на тржишту.

4. Утицај државе на конкуренцију

У супротности је са правилима конкуренције да држава доноси прописе који могу да елиминирају примену тих правила. То би био нпр. случај када држава захтева или фаворизује закључење споразума између појединих учесника на тржишту или обезбеђује доминантни положај појединим предузећима иако он може довести до ограничења конкуренције на тржишту. Већина држава директно или индиректно интервенише на тржишту. Таква интервенција не мора значајно да утиче на конкуренцију; она може, напротив, бити корисна за развој делатности у интересу потрошача и економије земље. Улога државе је све значајнија у осигурању. Без сарадње државе и приватних осигуравача није могуће осигурање катастрофалних ризика. Помоћ државе ради обезбеђења накнаде штете у случајевима великих и масовних штета не сматра се противном правилима конкуренције. То је случај и онда када је помоћ обезбеђена само осигуравачима који прихватају да учествују у националном програму заштите од катастрофалних ризика. Ради се о питањима од виталног значаја за економију једне земље и социјалну сигурност њених грађана тако да се помоћ државе не може посматрати у контексту повреде правила о конкуренцији.

ДРУГИ ДЕО

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТИ ПОСЛОВАЊА ОСИГУРАЊА



Савремени концепт управљања пословањем друштва за осигурање подразумева: управљање ризиком */Risk Management/*, управљање активом (средствима) и пасивом (изворима средстава) */Asset and Liability Management/* и управљање односима са клијентима */Customer Relationship Management/* као саставни део маркетинга друштва за осигурање.

У складу са тим прво је дат осврт на управљање ризиком. Економске кризе у свету су резултирале катастрофалним губицима за све учеснике на финансијском тржишту. Исто је условило да се приђе институционализованом решавању проблема управљања ризиком. С тога се у овом поглављу дају дефиницијско појмовна објашњења ризика, с посебним освртом на ризике који се могу осигурати, као и процес управљања ризиком у осигурању.

Управљање активом и пасивом друштва за осигурање односи се на управљање средствима (актива) и изворима средстава (пасива) друштва, у смислу структуре (сопствено и позајмљено), рока (кратак, средњи и дуги временски период) и валута (динари, еври, швајцарски франци и др. конвертибилне валуте). Концепт је обрађен кроз ризик рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама и ризик депоновања и улагања средстава друштва.

Поглавље се завршава разматрањем маркетинга у друштвима за осигурање. Маркетинг представља пословну филозофију или став према послу, зато што произвођачи услуга (друштва за осигурање) морају да нађу пут до клијента/купца (осигураника) и да га дугорочно вежу за себе (управљање односима са клијентима) ради успешног остварења пословног резултата. Усавршавањем вештине маркетинг концепције они успевају да пласирају производе и услуге у циљу задовољења различитих потреба купаца.

КАДА ПРОЧИТАТЕ ОВАЈ ДЕО КЊИГЕ ТРЕБАЛО БИ ДА:

- Одговорите на питање шта је ризик у финансијском пословању?
- Знате који су ризици у пословању друштва за осигурање.
- Одговорите на питање зашто је неопходно управљати ризиком у пословању друштва за осигурање.
- Објасните значај саосигурања и реосигурања у управљању ризиком друштава за осигурање.
- Знате зашто је битно правилно утврдити висину техничких резерви и где ју је могуће пласирати.
- Објасните зашто је битно правилно обрачунати маргину солвентности.
- Одговорите на питање зашто је битно правилно обрачунати штету и придржавати се рокова исплате.
- Знате шта је маркетинг у осигурању и због чега је важан.



ПОЈАМ И ДЕФИНИЦИЈА РИЗИКА У ОСИГУРАЊУ

1. Дефиниција ризика и нужност управљања ризиком

Ризик је као категорија прво препознат у делатности осигурања, а нужност управљања ризиком је развијена у области финансија. С обзиром на то да осигурање као делатност почива на заштити од ризика, током развоја оно је преузело принципе управљања ризиком у финансијском пословању. У складу са претходним концептиран је овај део уџбеника.

1.1. Дефиниција ризика у финансијском пословању

Ризик је присутан свуда где постоји људска активност везана за кретање, производе, технологије, машине, објекте или инвестирање. Под ризиком се подразумева таква ситуација у будућности код које постоји неизвесност у погледу исхода и вероватноће да исход буде неповољан (изложеност губитку).

„Ризик је стање у којем постоји могућност негативног одступања од пожељног исхода који очекујемо или коме се надамо. С тога можемо рећи да би ризик постојао у финансијском пословању мора да: *буде могућ, изазива економску штећу, буде неизвесан и случајан.*” (Vaughan и Vaughan, 1995)

Ризик се може класификовати на различите начине, али најзначајнија подела за управљање ризиком је на: чисти и шпекулативни ризик. Код шпекулативног ризика постоји могућност губитка, али исто тако и могућност добитка. Код чистог ризика постоји могућност губитка или никакав губитак. Категорији чистих ризика припадају:

- ✓ Лични ризик везан за личност – могућност губитка који настају као резултат губитка способности да се приход заради. Зарада може изостати или бити умањена услед: превремене смрти, старости, болести или инвалидитета и незапослености.

- ✓ Имовински ризик везан за поседовање имовине – свако ко поседује имовину суочен је са имовинским ризиком, пошто се она може уништити или украсти. Постоје два типа губитка: директни и индиректни, односно, губитак имовине и губитак прихода због немогућности употребе имовине.
- ✓ Ризик грађанске вануговорне и уговорне одговорности – основ *вануговорне одговорности* је проузроковање штете другоме услед недозвољене радње или пропуштања, односно, ризик уништења или оштећења, нестанка ствари и умањења вредности имовине из других разлога.

У случају *уговорне одговорности* према уговору друго лице преузме обавезу да за некога изврши услугу, оно преузима обавезу за коју се прво лице нада да ће бити извршена. Када наведено лице не изврши преузету обавезу што има за последицу финансијски губитак првог лица, можемо рећи да у том случају ризик постоји (нпр. пропуст у раду извођача радова на изградњи грађевинског објекта према плановима, недостатак новчаних средстава дужника да изврши плаћање према договору, итд.).

Финансијска теорија, сходно претходно наведеном, посматра финансијски ризик као девијацију неочекиваних исхода услед колебања финансијских променљивих (промена каматних стопа, инфлације, и др.), које резултирају новчаним губитком за привредни субјект, односно, друштво за осигурање.

У суштини финансијски ризик је ризик који се односи на новац, односно, на могуће губитке на финансијском тржишту (нпр. због промене девизног курса, због промене каматних стопа, због промене цене берзанске робе, итд.). У пракси се привредни субјекти најчешће сусрећу са тржишним, кредитним и пословним ризиком, који има ефекат и на сами привредни субјект, односно, друштво за осигурање, и на њихове пословне партнере, односно, клијенте (који су корисници производа и услуга). Деловање поменутих ризика је некада самостално, а некада синергетско (у садејству). Суштина је да се последице изложеностима овом ризику не могу у потпуности предвидети од стране привредног субјекта, односно, друштва за осигурање, у случају различитих економских и финансијских криза.

Сведоци смо светске економске кризе која је почела крајем 2007. године, као резултат неконтролисаног одобравања хипотекарних кредитних и трговања порфилима хипотекарних кредитних у Америци, чији су се ефекти проширили на цео свет. Светски аналитичари процењују да ће криза трајати максимално девет месеци у случају оптимистичког сценарија, односно, пет година у случају пессимистичког сценарија од краја 2007. године (досадашње искуство каже да су кризе трајале између 15 и 18 календарских квартали).

У последњих двадесетак година значајне иновације на светском финансијском тржишту су довеле до промена у банкарству и осигурању (које још увек трају; велике банке пролазе процес међусобних преузимања, спајања и консолидације; долази до стварања финансијских конгломерата између различитих финансијских институција, пре свега банака и друштва за осигурање). Јак процес глобализације почиње након усвајања Financial Service Act-а (Закон о финансијским услугама) у САД 1999. године, који је америчким банкама омогућио обављање широке палете финансијских услуга које им раније нису биле дозвољене (пре свега инвестиционо банкарство, које је било забрањено од 1933. године), као и спајање са осталим финансијским институцијама, као што су: друштва за осигурање, брокерске куће, инвестициони фондови, итд.

Технолошки напредак, јака и изражена конкуренција међу пословним банкама и друштвима за осигурање, као и излазак из локалних на регионална и међународна тржишта, с једне стране, и повећани захтеви клијената за новим, флексибилнијим производима, нижим ценама услуга и „трансфером ризика” на банке и друштва за осигурање, с друге стране, су довеле до повећаног значаја и потреба разумевања ризика, као и даљег развоја алата за мерење, управљање и контролу ризика.

Глобализација светског финансијског тржишта, резултира тиме да често приликом избијања кризе у једном регионалном подручју долази до ширења на друга подручја. Такође, криза на једном сегменту тржишта, доводи до појаве кризе у другим сегментима тржишта. С тога можемо рећи да је појава глобализације криза наметнула потребу да се са још већом пажњом приступи управљању, односно, моделирању и контроли ризика у кризним ситуацијама.

1.2. Неопходност управљања ризиком у финансијском пословању

Глобализација светског финансијског тржишта и негативне последице финансијских криза, које су резултирале стечајем и ликвидацијом многих финансијских институција, привредних субјеката и грађана, наметнуле су потребу за спровођењем одговарајућих мера за управљањем ризиком. Исто налаже финансијским институцијама да инвестирају у одређене методе, алате и процесе, како би биле усклађене са захтевима које намеће управљање ризиком.

Развој финансијског сектора доноси и доста новости на плану управљања ризиком, а посебно на моделирању тржишног, кредитног и оперативног ризика. Главна методологија за управљање ризиком је метода ризичне вредности (*Value-at-risk, VaR*), која се у пракси користи са другим техникама за минимизирање ризика у пословању, како би се постигли оптимални резултати у пословању.

Требало би имати у виду, да су и поједине светске регулаторне институције увиделе неопходност имплементације (примене) мера за управљање ризиком. Тако да је, у седишту Банке за међународно поравнање, оформљен Базелски комитет, од стране гувернера централних банака чланица Г10¹, који је донео одговарајуће Базелске споразуме (I и II), који се односе на примену стандарда за утврђивање адекватности капитала банке (што подразумева: одбрану банке у случају неочекиваних губитака, основ за даљи раст и развој, и сигурност у банкарском систему), процес супервизијског надзора и тржишне дисциплине у банкарском пословљу.

Европска комисија ЕУ у сарадњи са представницима европске делатности осигурања је, по угледу на Базелски комитет, кренула у креирање и спровођење сличног регулаторног оквира за управљање ризиком у друштвима за осигурање, названим Солвентност I и II. Примарни циљ је заштита осигураника и других корисника осигурања, кроз испуњење квантитативних захтева (везаних за вредновање имовине и обавеза, капиталних захтева за солвентношћу, минималних капиталних захтева и правила за улагање средстава), квалитативних захтева – надзора (кроз принципе корпоративног управљања, интерне контроле и управљања ризиком, и процес надзора) и тржишне дисциплине (захтеви за обелодањивањем података и транспарентношћу) у пословању друштава за осигурање.

Посматрајући генерално, дешавања на светском финансијском тржишту капитала и новца су иницирала да светске регулаторне институције, покрену развој минималних стандарда за управљање ризиком за потребе финансијских и нефинансијских институција.

1.3. Основни ризици у финансијском пословању

„Финансијски ризик је ризик који се односи на новчани губитак, односно, могућности губитка на финансијском тржишту.” (*Vaughan и Vaughan, 1995*)

Фактори који утичу на појаву ризика са којима се суочава неки привредни субјект (укључујући и друштво за осигурање) и његове пословне активности су:

- **спољашњи** (екстерни) – категорије екстерних фактора су: економско, правно, еколошко, социолошко и демографско окружење. Окружење у коме послује привредни субјект може бити на нивоу гране или тржиште, непосредно, међугранско, националне привреде и међународно.
- **унутрашњи** (интерни) – као што су на пример: дефинисана стратегија раста, креирана ситуација у привредном субјекту, профил досадашњег раста, кадровски потенцијал и мотивација, географска дисперзија актив-

1 Чланови комитета (Г10) су представници Белгије, Канаде, Немачке, Италије, Јапана, Луксембурга, Холандије, Шпаније, Шведске, Швајцарске, Велике Британије и Сједињених Америчких Држава.

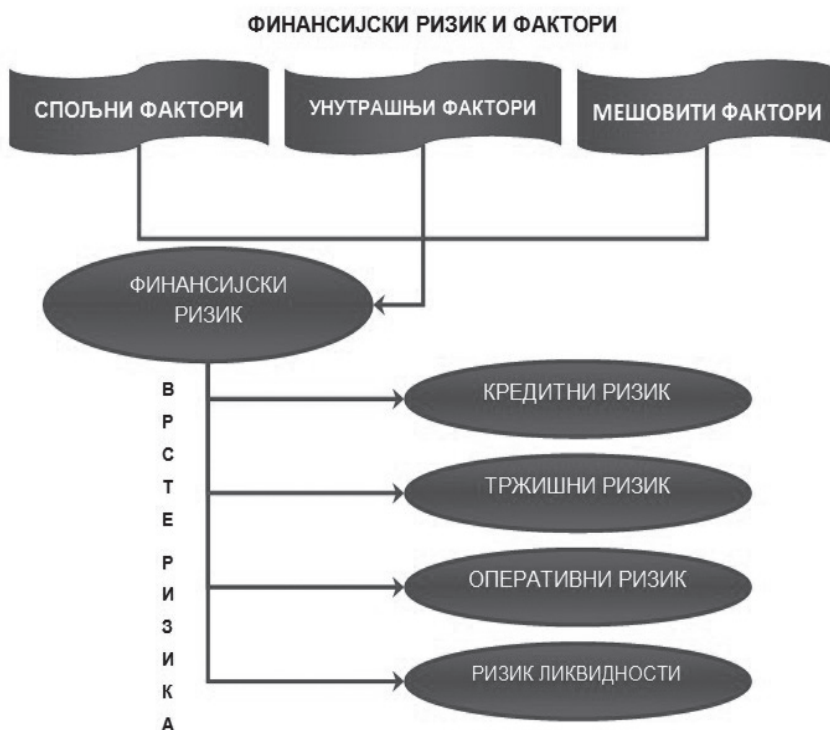
ности, адекватност производа који се нуди, савременост опреме која се користи за производњу, итд.

- **мешовити.**

У даљој анализи може се направити подела на:

- **пословне ризике** – пословни ризик је ризик који привредни субјекти преузимају на себе како би остварили новчани добитак (нпр. технолошки ризик, ризик успешног оглашавања производа, ризик успешног пласирања производа, финансијски ризик, итд.).
- **опште ризике** – општи ризик је ризик над којим привредни субјекти немају директну контролу (нпр. правни ризик, ризик државе, стратешки ризик, итд.). Можемо рећи да је општи ризик непредвидив и да не постоји адекватна заштита од њега.

Слика 1.3. Фактори који утичу на интензитет финансијског ризика



1.4. Основни ризици у осигурању

Постоје три групе ризика у пословању **друштва за осигурање**:²

1. *технички ризици* у које спадају ризик неадекватних премија, ризик одступања (девијације) од актуарских прорачуна, ризик процене (евалуације) техничких резерви, ризик реосигурања, итд.
2. *ризиви инвестирања* обухватају ризик депресијације, ризик ликвидности, каматни ризик, ризик процене (евалуације), итд.
3. *нетехнички ризици* обухватају ризик управљања, општи пословни ризик, итд.

Неки аутори када говоре о управљању ризицима са *становишта пословања* ризике класификују на следећи начин (Економски факултет Београд и Удружење актуара Србије, 2006):

1. Ризици који се могу елиминисати или пренебрегнути стандардним процесима и процедурама,
2. Ризици који се могу пренети (трансферисати) у реосигурање,
3. Ризици којима се може активно управљати на нивоу друштва за осигурање.

Осим ове класификације постоји класификација у складу са *Директивом о солвенцијности II*, којима је изложена делатност осигурања (Ђорђевић, 2010):

1. ризик осигурања – у области неживотног, животног и здравственог осигурања,
2. тржишни ризик,
3. кредитни ризик,
4. оперативни ризик.

У Републици Србији важећа Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању друштва за осигурање (у складу са *Директивом о солвенцијности I*) идентификује следеће ризике:

1. ризик осигурања,
2. тржишни ризик,
3. оперативни ризик,
4. ризик рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама,
5. ризик депоновања и улагања средстава друштва,
6. правни ризик,
7. репутациони ризик.

2 Дефинисано у Милеровом извештају 1997.године. Милерова радна група, коју су репрезентовали представници европских супервизора у области осигурања је формирана по предлогу *Insurance Committee of the European Commission*, како би се установила одговарајућа правила у пословању друштва за осигурање тзв. *Solvency I и II* (извор: *The Conference of Insurance Supervisory Departments of European Community Member States*, 2004.).

Ову Одлуку прати шест смерница које помажу у бољој имплементацији исте, а односе се на:

- Смерница бр. 1 о доступности података и информација финансијској јавности и о транспарентности на тржишту осигурања,
- Смерница бр. 2 о корпоративном управљању у друштву за осигурање,
- Смерница бр. 3 о контроли тржишних ризика и конкуренцији на тржишту осигурања,
- Смерница бр. 4 у вези са управљањем активом и пасивом друштва за осигурање,
- Смерница бр. 5 о сјречавању прања новца и финансирању тероризма,
- Смерница бр. 6 о сјречавању, откривању и уклањању узрока преваре у пословима осигурања.

Такође, бољој имплементацији поменуће Одлуке помажу и одлуке које се тичу: **CARMEL** показатеља друштва за осигурање са оквирним ујусцима за њихово тумачење, утврђивања висине маргине солвенности, утврђивања математичке резерве и резерве за учешће у добици, обрачунавање преносних премија, утврђивање резервисаних штећа и резерви за изравнање ризика, као и ограничења појединачна и укупна за дејновање и улагање средстава техничке и гарантне резерве.

CARMEL показатељи представљају критеријуме за квантитативно праћење и анализу финансијске стабилности друштва за осигурање сачињени по узору на методологију Међународног монетарног фонда (ММФ). Сви **CARMEL** показатеља састоји се од шест зруја:

- Capital adequacy - адекватности капитала,
- Asset quality - квалитет имовине,
- Reinsurance and actuarial issues - реосигурање и актуарске позиције,
- Management soundness - квалитет управљачке структуре,
- Earnings and profitability - зарада и профитабилност, и
- Liquidity – ликвидност.

Свака од ових 6 зруја, како у пословима не-животних, тако и у пословима животних осигурања садрже одговарајуће подзрује показатеља.

1. АДЕКВАТНОСТ КАПИТАЛА је један од кључних показатеља стабилности друштва за осигурање (ДО) с обзиром на то да је и функција капитала да апсорбује ризике који могу да наступу (нпр. ризик осигурања, оперативни, тржишни ризик, итд.).

Конзервативан приступ довољности капитала ДО омогућава лакше одношење капиталног, неочекиваних губитака, невољних промена у спровођењу осигурања, промена регулаторног окружења и др. Требао би имати у виду да прекомеран обим капитала може указати на неспособност адекватно коришћења ресурса тог ДО.

Основна 4 CARMEL показатеља адекватности кاپијтала су:

- C1: Премија у самојридржају / Укућан кайијтал
- C2: Укућан кайијтал умањен за губијак / Укућна актиива
- C3: Укућан кайијтал умањен за губијак / Техничке резерве
- C4: Гаранјина резерва / Марјина солвенјиносји

C1 Премија у самојридржају / Укућан кайијтал

Овај показатељ мери однос премије у самојридржају и укућној кайијтала ДО. Премија у самојридржају представља апроксимацију преузетих ризика по уговорима осигурања. Овај показатељ одражава способност ДО да аисорбује неадекватну висину премија и евенјуалне нејреддиве штејте покривене осигурањем, односно мери ризик осигурања.

C2 Укућан кайијтал умањен за губијак / Укућна актиива

Показатељ мери однос укућној кайијтала умањеној на годишњем и кварталном нивоу за губијак и укућне актииве ДО. Овај показатељ мери изложеност ДО тржишном, инвестииционом и кредитином ризику. Ниска вредност овој показатеља може указивати на високу изложеност ДО тржишном, инвестииционом и кредитином ризику.

C3 Укућан кайијтал умањен за губијак / Техничке резерве

Овај показатељ представља однос укућној кайијтала умањеној на годишњем и кварталном нивоу за губијак и техничких резерви ДО. За разлику од не-животијних осигурања, код којих премија представља релативно добру апроксимацију укућних преузетих ризика, код животијних осигурања она се не може користити за ову апроксимацију, с обзиром на то да су ова осигурања углавном дугорочна и базирана на акумулацији и укамаћивању средстава.

Веома ниска вредност овој показатеља може указивати на неадекватност укућној кайијтала у односу на преузетје ризике по уговорима осигурања (мерене висином техничких резерви).

C4 Гаранјина резерва / Марјина солвенјиносји

Овај показатељ представља однос гаранјине резерве и марјине солвенјиносји. Одредбама Закона о осигурању пројисано је да гаранјина резерва друштва за осигурање увек мора бити већа од израчунајте марјине солвенјиносји.

2. КВАЛИТЕТ ИМОВИНЕ мери изложеност тржишном, инвестииционом и кредитином ризику.

A1: (Нем. улагања + некрејинине + јласмани у хартије од вредности /ХоВ/ којима се не тргује на тржишту + појраживања) / Укућна актиива

A2: Појраживања за премију / Укућна уговорена премија

A3: Учешћа у кайијталу / Укућна актиива

A4: Покривеност техничких резерви пројисаним облицима актииве

A5: Покривеност техничких резерви пројисаним облицима актииве (одвојено животијна и неживотијна осигурања)

3. РЕОСИГУРАЊЕ И АКТУАРСКЕ ПОЗИЦИЈЕ - основа овог показатеља су:

R1: Меродавна премија у самопирдржају / Меродавна укупна премија

R2: Техничке резерве у самопирдржају / Просечне решене штеће у самопирдржају у последње 3 године

R3: Техничке резерве у самопирдржају / Просечна премија у самопирдржају у последње 3 године

4. КВАЛИТЕТ УПРАВЉАЧКЕ СТРУКТУРЕ се заснива на праћењу међусобних односа премије, броја зајослених, трошкова зарада и активности ДО:

M1: Укупна уговорена премија у хиљадама динара / Број зајослених

M2: Укупна активности у хиљадама динара / Број зајослених

M3: Трошкови зарада / Премија у самопирдржају

5. ЗАРАДА И ПРОФИТАБИЛНОСТ

E1: Меродавне штеће у самопирдржају / Меродавна премија у самопирдржају

E2: Трошкови спровођења осигурања / Меродавна премија у самопирдржају

E3: Инвестициона добити / Меродавна премија у самопирдржају

E4: Комбиновани 1 = E1 + E2 показатељ

E5: Комбиновани 2 = E1 + E2 – E3 показатељ

E6: Трошкови извиђаја, процене ликвидације и исплате штећа / Штеће у самопирдржају

E7: Инвестициона добити / Просечно инвестирана средства

E8: Нетто резултати / Просечан укупан капитал

E9: Нетто резултати у хиљадама динара / Број зајослених

E10: Нетто резултати / Укупна активности

E11: Нетто резултати / Укупни приходи

6. ЛИКВИДНОСТ - Да би се одржала дневна плаћена способност ДО неопходно је да постоји синхронизација између прилива и одлива новчаних средстава што је условљено равнотежом обавеза и средстава ДО по својој рочности.

Основни CARMEL показатељи ове групе су:

L1: Ликвидност првог степена: Готовина и готовински еквиваленти / Крајкорочне обавезе

L2: Ликвидност другог степена: (Обрћива имовина – залихе) / Крајкорочне обавезе

L3: Ликвидна активности / Крајкорочне обавезе

L4: Ликвидна активности 1 / Крајкорочне обавезе

Уважавајући претходно изнето може се уочити да је за друштва за осигурање најзначајнији ризик осигурања. Наведене врсте ризика су детаљније обрађене у наставку овог поглавља.

1.4.1. Ризик осигурања

Друштва за осигурање у свом пословању имају специфичне ризике у односу на традиционалне пословне ризике привредних субјеката, који су везани за њихову основну делатност, тј. везани су за посао осигурања као такав. Присутан је у фази прихватања, односно, преузимања ризика (и формирања цене осигурања), пласирања средстава (у портфељу) и извршењу уговором о осигурању преузетих обавеза. Требало би имати у виду да је делатност осигурања изложена великим екстерним притисцима (економске кризе, тероризам, „свињски грип”, природне непогоде – земљотреси, урагани, цунами, вулканске ерупције, итд.), које је тешко предвидети.

Народна банка Србије (НБС) дефинише ризик осигурања на следећи начин: „**Ризик осигурања проистиче из немогућности друштва да апсорбује преузете ризике својствене делатности осигурања.** Овај ризик нарочито обухвата:

1. Ризик **неадекватно одређене премије** – цене осигурања;
2. Ризик **неадекватне процене ризика** који се преузима у осигурање;
3. Ризик **неадекватног одређивања нивоа самопридржаја** друштва или **преузимање ризика** у обављању делатности већих од износа самопридржаја, односно, **непреношења вишка ризика** изнад самопридржаја у саосигурање, односно, реосигурање;
4. Ризик **неусклађености**, неприлагођене и економски штетне тарифне политике друштва у вези с дисперзијом (у времену и простору) ризика који се преузимају у осигурање, односно, неадекватним одређивањем структуре премије осигурања;
5. Ризик **неодговарајућег утврђивања** општих, посебних, допунских или појединачних **услова осигурања**;
6. Ризик **неадекватног обезбеђења свих техничких резерви** друштва;
7. **Остале ризике осигурања** (професионалне и техничке) који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва.” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 12)

Приликом процене ризика друштво за осигурање мора да води рачуна о евентуалним последицама настанка ризика на пословање друштва. Приликом утврђивања цене услуге осигурања важно је минимизирати ризик погрешних актуарских претпоставки:

У случају **животних осигурања** основ за утврђивање цене услуга осигурања: претпоставке техничке каматне стопе и вероватноће смртности и доживљења.

Основни ризици које покрива животно осигурање јесу доживљење или смрт осигураника.³ На пример код неких животних осигурања карактеристика је да је премија фиксна кроз цео период трајања осигурања, с тим што ризик са старошћу осигураника расте. Такође, каматна стопа се дефинише на почетку трајања осигурања и она је константна и фиксна. Осигуравач у току трајања осигурања сусреће са разним ризима. Због тога друштва за осигурање формирају математичку резерву осигурања живота, која осигуравачу служи као заштита од ризика и по истеку осигурања за осигурану суму за доживљење.

Математичка резерва је техничка резерва друштва за осигурање намењена за измиривање будућих обавеза по основу животног осигурања. Она се формира код осигурања закључених на цео животи осигураника.

У осигурањима за случај смрти која дуго трају ризик смрти је све већи што је осигураник старији. Да се премија не би временом увећавала нађено је решење у нивелисању премије: да премија буде истиа све време трајања уговора, захваљујући томе што би у првим годинама била већа од оне коју би требало плаћати, а у каснијим годинама мања. Од „вишка“ премије у првим годинама формира се математичка резерва.

Средства математичке резерве морају бити довољна за испуњење обавеза из уговора о осигурању које се односе на права из математичке резерве.

Математичка резерва се обрачунава посебно за сваки уговор последњег дана текућег обрачунског периода.

Начин обрачуна ове резерве се утврђује актом надлежног органа (у случају Србије, по прописује НБС).

Због свих ових ризика, осигуравач мора имати одређени вишак резерви у виду адекватног капитала, како би активно могао контролисати ризик и њиме управљати.

Техничке основе код обрачуна премија у осигурању су:

- таблице смртности – основ за израчунавање вероватноће смртности, односно, доживљења, кретање броја живих и броја умрлих лица у оквиру одређеног скупа, израчунатог на основу изравнатих вероватноћа смрти. У нашој земљи друштва за осигурање користе таблице смртности из 1980-82. године (према којима вероватноћа смртности опада у односу на претходни период, што је резултат пописа), а неке чак и из 1950-52. године. Резултат тога ће бити неадекватно одређене тарифе за поједине врсте осигурања живота, односно, биће више, а самим тим и осигурање ће бити скупље.

- обрачунска каматна стопа – основ за обрачун премије, би требало да остане непроменљива у оквиру дужег временског периода. Требало би

3 Основне карактеристике животног осигурања презентоване су у Првом делу (Четврто поглавље - VI/1 и Пето поглавље - I) уџбеника.

изабрати каматну стопу која је нижа од актуелне каматне стопе у земљи. Осигурање живота је углавном дугорочно. Искуства развијених земаља указују да каматна стопа има тенденцију постепеног снижавања. У пракси се ова стопа одређује од стране државних органа (креће се између 3-4%р.а.).

- трошкови спровођења осигурања – обухватају аквизиционе трошкове (трошкови прибављања осигурања), трошкове наплате премије (инкасо трошкови) и текуће управне трошкове.

У случају **имовинских осигурања**: претпоставке учесталости и интензитета настанка осигураног случаја, вредност објекта који се осигурава, итд.

***Тарифа премија** садржи елементе за одређивање цене ризика иј. премије осигурања. Може бити састављена по различитим критеријумима и може да садржи: стоје премије којима се множи сума осигурања; премију у апсолутном износу која се израчунава за одређени ризик, односно, величину ризика или предмет осигурања; постуак или начин утврђивања стоје или износа премије; критеријуме за обрачунавање поуста или доплата на премију осигурања; минималне стоје премије до које се стоја може снизити бонусима за позитивне техничке резултате; минималну премију у апсолутном износу за уговоре о осигурању малих осигураних вредности; максималне стоје премије – у случају негативних техничких резултата по појединачном уговору о осигурању када се примењује малус.*

Постуак процене и израчунавања висине премије састоји се од: процене ризика, одређивање основице за израчунавање премије, израчунавања премије, одређивање датума плаћања премије и примена услова осигурања.

Начин израчунавања премије зависи од тога како су тарифама изражене премијске стоје. Тарифе су често подељене у премијске групе према којима се дефинишу, по својим карактеристикама, уже групе предмета осигурања или већи или мањи скуп осигураних ризика.

Поступак процене ризика обухвата:

- Одређивање предмета осигурања и њихових карактеристика,
- Одређивање ризика од којих се жели заштита,
- Одређивање припадности предмета осигурања одговарајућој групи ризика,
- Утврђивање основице за израчунавање премије,
- Израчунавање висине премије употребом тарифа премија за одговарајућу врсту осигурања,
- Примена корективних фактора на премију.

Требало би имати у виду да основица за израчунавање премије, сума осигурања чија висина зависи од тога шта је предмет осигурања:

- Уколико је грађевински објекат предмет осигурања, онда је сума осигурања (основица) за израчунавање премије грађевинска вредност објекта. Основица је цена изградње новог објекта (према ценама на месту где се објекат налази) која се умањује за износ амортизације.
- Уколико су предмет осигурања залихе робе, материјала и сировина, онда се сума осигурања утврђује с обзиром на набавну вредност залиха робе, материјала и сировина уколико није виша од тржишне.
- Уколико су предмет осигурања залихе готових производа и недовршене производње код произвођача, у том случају вредност осигуране ствари је производна цена (уколико није виша од тржишне).
- Уколико су предмет осигурања машине, уређаји, инсталације, транспортна средства, покућство и инвентар, онда је вредност осигураног предмета набавна цена нове ствари умањена за процењену амортизацију.
- Уколико се ради о осигурању робе у превозу, тада је уобичајено да се користе три основице за обрачун премије и то: збир свих улазних фактура и збир свих прихода (реализације); збир вредности свих пошиљака које се превозе на ризик осигураника; и збир свих улазних фактура или збир свих прихода (реализације).
- Уколико је предмет осигурања брод, сума осигурања одговара вредности брода, која се утврђује као максимална обавеза осигуравача.
- У случају осигурања ваздухоплова користе се међународни услови за осигурање летелице и путника.

У случају осигурања од грађанске одговорности, основица за обрачун премије је сума осигурања када је у функцији осигураног ризика. У осигурању од грађанске одговорности основица за обрачун премије је сума осигурања када је у функцији осигураног ризика.⁴ Ако се одговорност односи на одређену вредност (кућа, стан, ствар узети у закуп), та вредност је основица за обрачун премије и примењује се правило пропорционалности премије. Ако је привредна делатност извор опасности од грађанске одговорности основица за обрачун премије је укупни приход из делатности или зарада запослених. Код неких извора опасности ризик одговорности може бити у функцији броја ствари или броја лица нпр. одговорност болнице може бити у функцији броја кревета или одговорност спортског друштва у функцији броја чланова. Зато се премија одређује у апсолутном износу по кревету, члану друштва. Код осигурања извора опасности одговорности код којих је тешко наћи неки релевантан основ, премија се утврђује у функцији просечних штета на основу статистичких података.

⁴ Основне карактеристике осигурања од грађанске одговорности објашњене су у Првом делу (VI поглавље) уџбеника.

Значи, премија осигурања би требало да буде довољна да покрије све расходе осигураника како по основу исплате накнада тако и по основу обављања пословних операција друштава за осигурање. С тога је ризик формирања цена у осигурању најзначајнији актуарски ризик. Кључно је да се могућност инсолвентности осигураваача сведе на најмању могућу меру.

Поред премије осигурања, накнада, самопридржај, маскимално могућа штета, техничке резерве, гарантне резерве и солвентност су најважније актуарске категорије, чији је обрачун у вези са ризиком тачности параметара од којих оне зависе. Захтеве за исплату накнада из осигурања карактерише неизвесност њиховог броја, износ и времена дешавања насталог догађаја. Сходно томе, укупно наплаћена премија треба да буде довољно велика да покрије накнаду из осигурања, трошкове спровођења осигурања и профит (зарада или добит). Комплексност израчунавања премије осигурања проистиче из чињенице да је кључни параметар од кога зависи величина премије очекивана вредност (вероватна величина) обавеза из осигурања. То такође утиче на утврђивање адекватности свих других претходно наведених актуарских категорија.

Требало би имати у виду да тарифе осигурања представљају претпостављене величине новчане вредности производа осигурања, које се обрачунавају на основу научне процене (теорија вероватноће и статистика осигурања) по јединици осигуране суме или на целокупну осигурану суму. Сходно томе, могу се одредити само приближне, очекиване вредности цене коштања производа осигурања.

Такође, у праски се може десити да се ризични догађаји реализују по неповољном сценарију за друштво за осигурање, тако да износи исплата на име накнаде осигурања буду већи од ризико премија. Исто тако је присутан ризик непоузданости модела и података, ризик катастрофалних догађаја, ризик промене законских прописа и ризик давања попушта на премију.

Врло је важно да премије буду адекватне, како би друштво за осигурање пословало профитабилно и успешно. У случају да је премија потцењена, повећава се захтев за капиталом с обзиром на то да иста није довољна да покрије преузете ризике. Ризик недовољности премије повезан је са следећим ризицима: ризик услед одступања фактичког износа накнада из осигурања у односу на очекивани, ризик одступања трошкова спровођења осигурања у односу на режијски додатак и ризик одступања приноса на инвестирана средства.

Истовремено треба водити рачуна о ризику: 1. Раста премије осигурања, када темпо раста премије осигурања и обавеза превазилази темпо раста активе друштва за осигурање; и 2. Ликвидности тј. ризик недовољности средстава за испуњење обавеза према осигураницима у случају престанка рада осигураваача.

У актуелном времену пословања друштава за осигурање процес креирања услуге и дефинисања цене не може бити посматран независно од активности инвестирања средстава друштва.

Такође, моменат настанка и износ накнада из осигурања детерминише одређени степен неизвесности. Присутан је и временски несклад између износа

наплаћене премије и исплате трошкова и накнада из осигурања. Због тога је неопходно да свако друштво за осигурање има усвојену и примењену политику инвестирања, која ће обезбедити ликвидност, односно, усклађеност обавеза и потраживања, сигурност средстава уз постизање одговарајућег профита (зараде или добити) која подразумева диверсификацију улагања.

Уважавајући природу делатности осигурања, неопходно је да друштво за осигурање унапред утврди величину ризика коју може да покрије сопственим средствима осигурања. Величина ризика мора да буде адекватна просечној величини хомогеног ризика како би омогућила економско изравнање ризика. С тога је веома важно за осигуравача да утврди висину самопридржаја методама актуарске математике, тј. свој економско-технички капацитет.

Практично то значи да је највећа одговорност за овај корак у управљању ризиком на актуарској служби друштва за осигурање. Актуарске методе за одређивање премија засноване су на предвиђању штета и трошкова спровођења осигурања. Посебно битна област је обрачун насталих, а непријављених штета, где се користи неколико метода, а затим на основу добијених резултата процењују који је метод најбоље користити. Процес процењивања резултата добијених применом различитих метода и примена одговарајуће методе је кључ успешног предвиђања висине резервисаних (насталих непријављених) штета.

Врло је важно да портфељ осигурања буде довољно велик и довољно хомоген како би одштетни захтеви конвергирали њиховим очекиваним вредностима и како би се обезбедила нивелација ризика на најнижем нивоу.

С обзиром на то да друштва за осигурање желе да буду конкурентна на тржишту и привуку нове клијенте (осигуранике, односно, кориснике осигурања), маркетинг служба жели ниже тарифне стопе од актуарски обрачунатих које покривају преузети ризик. Овај проблем нарочито долази до изражаја код избора осигуравача од стране осигураника путем тендера, где је основни услов тендера избор најниже цене, а покриће што је могуће већег степена ризика (што је у супротности са актуарским принципима). С тога је присутан сукоб интереса између маркетинга и актуарске службе. Требало би пронаћи оптималну меру између преузетих ризика (профил ризика, односно, интензитет и фреквенција) и обрачунатих тарифних стопа, јер у супротном осигуравач се излаже погоршању финансијског положаја и угрожава свој опстанак.

Друштва за осигурање могу да користе следеће методе за минимизирање ризика осигурања:

- Дисперзија ризика у простору и времену,
- Контрола уговора са могућом кумулацијом ризика или са катастрофалним ризицима,
- Контрола динамике великих ризика,
- Корекција тарифа у складу са кретањем техничког резултата,
- Ограничење осигуравајућег покрића ако је неопходно,

- Диверсификација производа осигурања,
- Доступност премије у осигурању за широк круг потенцијалних осигураника то јест обезбеђење економске оправданости осигурања за осигуранике,
- Стабилност премија осигурања и проширење одговорности за осигурање при стабилним тарифама,
- Обезбеђење ефикасности и рентабилности послова осигурања.

Неопходно је управљање свим ризицима који нарушавају адекватност, односно, довољност премије осигурања као најзначајнијег елемента за континуитет ефикасности пословања друштва за осигурање.

ПРИМЕР РИЗИКА ОСИГУРАЊА:

Telenor а.д. Београд је расписао тендер за избор осигураваача са којим ће закључити генерални (у пракси се користи израз кровни) споразум о осигурању имовине и лица на период од годину дана. Прихваћљива цена за закључење овог споразума о осигурању је 1 милион евра. Актуари друштва за осигурање АБ су израчунали да је минимално прихваћљива премија за Telenor 1,7 милиона евра. Међутим, служба продаје АБ осигурања је уз одобрење генералног директора послало понуду на 1 милион евра. По закључењу споразума АБ осигурање је изложено ризику недовољности премије. Уколико се преузети ризик реализује кроз штету у већој мери од пописаног уговора ушлицаће на недовољан технички резултат, што даље узрокује подризик неусклађене, неприлагођене и економски штетне тарифне политике.

1.4.2. Тржишни ризик

Друштво за осигурање се у савременим условима пословања сусреће са повећаним захтевима за производима животног осигурања који имају инвестициони карактер, што их је приморало да са техничког ризика еволуирају на тржишни ризик. Финансијске иновације у развијеним светским привредама као што су дериватни уговори („егзотичне опције“, *Credit Default Swap*, итд.) са високим приносима и профитним маргинама, су радикално модификовале инвестициони портфолио друштава за осигурање, повећавајући комплексност пословања и техника управљања ризиком финансијских институција.

Сходно томе, „тржишни ризик проистиче из неповољних промена на тржишту, и то пре свега на тржишту осигурања и финансијском тржишту. Овај ризик нарочито обухвата:

1. Ризик конкуренције;
2. Ризик неадекватног прилагођавања захтевима корисника услуга осигурања;

3. Ризик промене каматних стопа;
4. Ризик промене цена хартија од вредности;
5. Ризик промене цена непокретности;
6. Девизни ризик;
7. **Остале тржишне ризике који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва.** (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 13)

Уколико се погледају извештаји друштава за осигурање, ризик нелојалне конкуренције представља најзначајнији тржишни ризик. Неке од техника за управљање тржишним ризиком су: диверсификација портфолија по валутама, финансијским инструментима, регионима, типовима осигураника, применом финансијских деривата (своп, форвард, итд.) за компензацију билансних позиција али и свакодневно пословање које је регулисано Законом о девизном пословању.

ПРИМЕР ТРЖИШНОГ РИЗИКА:

Друштво за осигурање АБ је у јулису о животној осигурању осигуранику Петру Петровићу укалулисала јинос од 3%р.а. Међујим, тржишни услови јој омогућавају да јласира средства јо максималној каматној стоји у банци од 2%р.а. Друштво за осигурање АБ ће одређени временски јериод остваривати каматни губијак од 1% р.а.

1.4.3. Оперативни ризик

Оперативни ризик је ризик који је последњи препознат у пословању финансијских институција. Основни узроци реализације оперативног ризика су: интерни (односно пропусти у процесима, процедурама, информационим системима и људском фактору) и екстерни фактори (непредвидиви догађаји везани за природне појаве, преварне радње, злоупотребе, итд.). У случају друштава за осигурање законодавац је оперативни ризик дефинисао на следећи начин: **„Оперативни ризик проистиче из пропусти у раду запослених и органа друштва, неодговарајућих унутрашњих процедура и процеса, неадекватног управљања информационим и другим системима, као и услед непредвидивих спољних догађаја.** Овај ризик нарочито обухвата:

1. **Ризик погрешног и неодговарајућег избора чланова** управног одбора и директора, чланова надзорног одбора и других органа друштва који врше контролу пословања друштва, као и лица којима је поверено руковођење појединим пословима друштва;
2. **Ризик погрешног и неадекватног избора, распореда и постављања запослених у друштву** (квалификационо и бројно);

3. **Ризик неадекватне организације пословања** друштва;
4. **Ризик погрешног и економски штетног уговарања послова;**
5. **Ризик од превара, злоупотреба и других незаконитих активности** лица и органа из одредбе под 1 овог става и запослених у друштву;
6. **Ризик уговарања, организовања и обављања послова осигурања** супротно правилима струке осигурања;
7. **Стратешки ризик** и ризик неспособности друштва да примени стратегије и пословне планове и да доноси одлуке о прерасподели средстава;
8. **Остале оперативне** ризике који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва.
9. Друштво је у обавези да успостави адекватне информационе системе који ће обезбедити благовремене, релевантне и поуздане податке за доношење пословних одлука, као и адекватну заштиту тих система.” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 14)

Кључне компоненте процеса управљања оперативним ризиком представљају *проактиван приступ управљању и управљање на свим нивоима у друштву за осигурање.*

Оперативни ризик је веома комплексан и широко распрострањен ризик, с обзиром на то:

- Да се налази у свим пословним активностима друштва за осигурање,
- Да узроци његове појаве нису увек видљиви,
- Да се може манифестовати самостално, или у садејству са другим врстама ризика који су лакше уочљиви,
- Да није увек документован,
- Да је резултат (не)професионалног понашања управе друштва и запослених у друштву за осигурање.

Управљање оперативним ризиком подразумева управљање организацијом рада и пословања (процеса), кадровским ресурсима и техничком подршком у друштву за осигурање, у складу са важећом регулативом и усвојеном пословном праксом.

Оперативни ризик *има флуидну форму* која може бити катастрофалног, растућег, општег и специфичног карактера. Манифестација оперативног ризика зависи од степена развијености активности самог друштва за осигурање, информационе технологије коју друштво користи и врсте клијената које опслужује.

ПРИМЕР ОПЕРАТИВНОГ РИЗИКА:

Запослени у друштву за осигурање АМ су закључили уговор о имовинском осигурању са Карбоном из Београда. Уговорено је да се премија у износу од 600.000 динара уплаћује у шест месечних рата. Међутим, после прве уплаће рате настају проблеми у наплати јер је осигураник у блокади, иако да не одговара на ојоме за уплаћу рате премије друштва за осигурање АС. Тада се у друштву успоставља да је урађена неадекватна процена бонитета осигураника и да су неадекватно обезбеђена подстицања итд. узета је само једна меница као средство обезбеђења. Меница Карбона је активна, али не може да се наплати јер нема средстава на рачуну. Друштво за осигурање АС подноси тужбу, стварају се нови трошкови, али се не решава проблем наплате подстицања.

Може се закључити да се остварење укупне стратегије управљања оперативним ризиком дефинише пословним политикама друштва за осигурање. Елементи политике управљања оперативним ризиком су: поступци и мере за остварење дефинисаних циљева у области управљања оперативним ризиком; активности везане за обезбеђење конзистентне примене утврђених стандарда и алата у свим организационим деловима друштва за осигурање; активности за унапређење организационе, кадровске структуре и контролних функција друштва за осигурање; активности везане за едукацију и лични развој запослених у друштву за осигурање посебно у сегменту превенције и митигације /умањења/ ризика; активности везане за перманентно усавршавање алата и система извештавања, као и процена очекиваних резултата.

1.4.4. Ризик рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама

„Ризик рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама проистиче из неспособности друштва да у целини и благовремено измирује своје доспеле и будуће обавезе. Овај ризик нарочито обухвата:

1. Ризик солвентности и ликвидности;
2. Ризик неадекватног управљања имовином и обавезама (*Asset and Liability Management – ALM*);
3. Ризик погрешне процене, евидентирања и презентовања и обелодањивања вредности имовине и извора средстава друштва, као и њихових прихода, расхода и резултата пословања;
4. Ризик немогућности продаје имовине друштва по књиговодственој вредности, као и немогућности наплате од извршене продаје те имовине;
5. Ризик рочне неусклађености средстава и њихових извора;

6. **Ризик немогућности измиривања обавеза по основу осигурања и по другим основима,**
7. **Остале ризике** рочне и структурне неусклађености имовине са обавезама који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва.” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 15)

Посебна важност у пословању друштава за осигурање се даје принципу сигурности и ликвидности, односно, у складу са Одлуком НБС ризику солвентности и ликвидности. Ова друштва морају да воде рачуна о сигурности улагања својих средстава, односно, воде рачуна о сигурности средстава својих осигураника. Сигурност средстава осигураника се постиже уколико је адекватно извршено снимање свих ризика којима је изложена имовина осигураника, пре закључења уговора о осигурању. Такође, се сигурност постиже и правилним тарифирањем сваког појединачног ризика (економска цена ризика), разграничењима премије осигурања на део који се држи у самопридржају и део који се преноси у саосигурање, односно, реосигурање. Код друштава за осигурање се не може говорити посебно о сигурности сопствених средстава, а посебно о сигурности средстава осигураника (Марковић, 2006).

Ликвидност друштва за осигурање је права само ако је у функцији извршавања обавеза у уговореним роковима. Такође, не постоји права ликвидност ако се новчана и друга средства држе блокирана, без економског оправдања. Исто тако, уколико би се друштва за осигурање задужила по основу исплате одштета, то би био знак да нешто није у реду са пословном политиком друштва, пре свега код преузимања ризика (услови и тарифе осигурања, начин преузимања ризика и сл.).

У пословању друштава за осигурање, принцип ликвидности је на првом месту, с обзиром на то да последице могу бити много веће него што то на први поглед изгледа. Овде је реч о оном нивоу ликвидности који је неопходан за нормално функционисање, а не о нивоу ликвидности који прелази потребе за измирењем текућих новчаних обавеза. Принцип ликвидности је саставни део финансијске политике, која подразумева:

- Обезбеђивање новчаних средстава неопходних за нормално функционисање пословања,
- Употребу новчаних средстава у складу са законским и пословним наменама,
- Рочно и структурно усклађивање прилива и одлива новчаних средстава, односно, имовине са обавезама,
- Системско регулисање и праћење токова новца, као и финансијских односа у оквиру друштва,
- Адекватну и континуирану контролу употребе новчаних средстава друштва.

Највећи ниво ризика осигураваача покрива се ризико премијама, око 60% и додатком за ризик у зависности од врсте осигурања 10-20%, док се остали део ризика може покрити капиталом осигураваача или се преноси кроз реосигурање (Економски факултет Београд и Удружење акутара Србије, 2006).

Солвентност осигуравача, односно дугорочна ликвидност, може се изразити на бази различитих рацио бројева (коефицијената или индикатора). Неки од рацио бројева који могу бити од користи за праћење солвентности друштва за осигурање су:

1. Рацио капитал/премије који представља однос капитала и фактурисане премије. Уколико је рацио ниже вредности друштво за осигурање је осетљивије на негативне резултате пословања.
2. Рацио капитал/обавезе који представља највећу процентуалну вредност пада вредности активе до које ће осигуравач још увек бити способан да измири процењене обавезе.

Такође, је битно да друштво за осигурање води рачуна о факторима који имају негативан утицај на маргину солвентности.

У пракси су се показали као основни извори инсолвентности осигуравача:

- Ризик одступања од процењене вредности резервисаних штета,
- Ризик неадекватног формирања цена (премије осигурања),
- Ризик активе (углавном условљен инвестирањем /пласирањем/ у акције),
- Кредитни ризик везан за могућност да реосигуравач неће моћи да испуни своје обавезе (ненаплативост потраживања).

Као што је већ наведено специфичност пословања друштва за осигурање састоји се у томе што у време када се одређује цена и када је производ продат главни део пословних расхода (исплате одштетних захтева) није познат. Значи, кључни фактор за обезбеђење финансијске стабилности је адекватно формирање цена, с једне стране, и примена одговарајуће инвестиционе стратегије (портфеља), с друге стране.

Ризици инвестирања могу се ограничити одговарајућим мерама управе друштва за осигурање као што су обазрива процена, диверсификација активе и одговарајуће усклађивање рочности и структуре активе и обавеза, односно, добро управљање активом и пасивом.

Такође, прописи који се односе на солвентност утврђују колики ниво (адекватан) капитала друштво за осигурање мора да поседује како би спремно одговорило на неизвесности у пословању. Истовремено представља основни елемент надзора над друштвом за осигурање.⁵

Сходно томе, систем солвентности и адекватности капитала подразумева процену обавеза, поштовање прописа везаних за инвестирање средстава и дефинисање одговарајућих облика капитала и захтевану маргину солвентности.

Капитал служи као амортизер за неочекиване губитке, односно, за смањивање утицаја било које негативне флукуације у резултатима која може утицати на способност да друштво за осигурање испуни своје обавезе према осигураницима или да настави пословање.

⁵ Захтевана маригна солвентности представља износ капитала који један осигуравач мора имати на располагању за време текућег пословања.

ПРИМЕР РИЗИКА РОЧНЕ И СТРУКТУРНЕ НЕУСКЛАЂЕНОСТИ ИМОВИНЕ СА ОБАВЕЗАМА:

Друштво за осигурање АБ је прикупило по основу премија имовинских осигурања 2 милиона евра. Инвестирање новчаних средстава је извршено у складу са одлуком НБС у акције, обвезнице, орочене депозите, новчане фондове и некретности.

Током времена, велики број осигураника из подручја које је погођено земљотресом, има штеће на осигураној имовини (процена је око 1,5 милион евра) и АБ је у обавези да надокнади штећу осигураницима у уговореним роковима. С обзиром на то да је тренутно тржиште неликвидно, друштво за осигурање је тешко успело да разорочи новчана средства код пословних банака и прода инвестиционе јединице новчаних фондова (у вредности 500.000 евра), али и даље не испуњава захтеве свих осигураника. Друштво за осигурање АБ ће морати да се снађе на други начин да би испунило своје обавезе по основу закључених уговора о осигурању.

1.4.5. Ризик депоновања и улагања средстава друштва

„Ризик депоновања и улагања средстава друштва проистиче из немогућности друштва да у целини или делимично наплати потраживања по различитим основима. Овај ризик нарочито обухвата:

1. Ризик немогућности наплате депонованих и уложених средстава друштва;
2. Ризик немогућности наплате уговорених и планираних приноса од депоновања и улагања средства, као и од закупа;
3. Остале ризике депоновања и улагања и инвестиционе ризике који зависе од природе, обима и сложености пословања друштва.” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 16)

ПРИМЕР РИЗИКА ДЕПОНОВАЊА И УЛАГАЊА СРЕДСТАВА ДРУШТВА:

Друштво за осигурање Ред је новчана средства по основу уплаћених премија у износу од 1 милион евра инвестирао у новчани фонд Cash а.д. Београд. Уговорени принос је 5% р.а.

Међутим, Cash није пословао у складу са важећим законским прописима и добио је забрану пословања и блокаду рачуна наредна три месеца. Друштво у наредна три месеца неће моћи да подигне новчана средства, а питање је и после три месеца када ће доћи у посед својих новчаних средстава. Такође, је дискутабилно да ли ће новчани фонд имати средства да исплати принос Реду.

1.4.6. Правни ризик

„Правни ризик проистиче из неусклађености пословања и аката друштва са прописима, уговорима који се не могу у целини или делимично извршити (нпр. ништавни уговори), као и могућих губитака из спорова.” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 17)

Правном ризику су изложена сва правна лица независно од тога којом се делатношћу баве.

ПРИМЕР ПРАВНОГ РИЗИКА:

Народна банка Србије је донела одлуку о промени пројекта у области пословања осигурања, у смислу промене носиоца одговорности у друштву за осигурање, која се примењује од 20. марта 2008. године. Домаће друштво за осигурање ЛМН није изменило пословна и општа акција и елементе уговора о осигурању. Клијент је дошао да закључи уговор о осигурању живота. Полисе и услови о осигурању живота нису били измењени, као ни појединци друштва за осигурање (на документима).

Уколико Народна банка Србије дође у контролу може казнило друштво за осигурање.

1.4.7. Репутациони ризик

„Репутациони ризик проистиче из умањеног поверења јавности у пословање друштва (нпр. друштво послује са лицима која се доводе или се могу довести у везу с незаконитим пословима).” (Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО, део Управљање ризицима, тачка 18)

Искуства из праксе показује да је **могуће да се смањи вредност имовине или пак да се повећају обавезе, због неадекватног законског акта или законом дефинисане документације.** На пример: 1) Друштва за осигурање могу користити финансијске деривате (свопове и форварде) за компензацију девизних билансних позиција и у моменту уговарања трансакције уговарају будући курс по коме су се у датом тренутку заштитили од девизног ризика, али се одговарајуће књижење трансакције реализује по курсу који важи на дан истека финансијског деривата (који може бити нижи, виши или једнак уговореном курсу). 2) Друштва за осигурање могу инвестирати у одређене хартије од вредности које су у тренутку када су их куповали биле рангиране као првокласне и мање ризичне, али одлуком надлежног органа може се дефинисати да се те хартије од вредности не третирају као првокласне, него хартије лошијег ранга што повлачи другачије сагледавање билансних позиција и на страни активе и на страни пасиве.

ПРИМЕР РЕПУТАЦИОНОГ РИЗИКА:

Уколико друштво за осигурање као своје осигуранике прихвати да осигура нарко дилере, продавце оружја, компаније које се баве трањем новца, или лица која незаконито послују.

2. Процес управљања ризиком

Ризик је непожељан и непријатан. Рационална природа човека наводи да се нешто предузме, односно, управља ризиком.

„Риск менаџмент или управљање ризиком је, у широком смислу, уметност доношења одлука у непредвидивом окружењу.

Управљање ризиком значи оптимизацију трошкова руковођења на начин при коме нико неће бити оштећен. Управљање ризиком, обухвата пословну филозофију, културу и климу организације, као и неке пословне функције финансијске институције. Управљање ризиком је централни део стратешког менаџмента и корпоративног управљања било ког привредног субјекта.” (Vaughan и Vaughan, 1995)

Сврха доброг управљања ризиком је на идентификацији и митигацији (регулација, елиминисању) ризика. Циљеви управљања ризиком су:

- Да привредни субјект, односно, друштво за осигурање може да покрије губитке и после тога оствари раст, тј. максимизира профит,
- Да ефикасно послује у ризичном окружењу,
- Да усклађује пословање са законским прописима.

Управљање ризиком су технике које користе и грађани и привредни субјекти (укључујући друштва за осигурање) за подручје ризика од кога се можемо и не можемо осигурати (садржи у себи управљање пословним ризиком). Али у друштвима за осигурање је важно управљање чистим ризицима.

Управљање ризиком је **непрекидан и стално развијајући процес** који се провлачи кроз организациону стратегију и имплементацију (спровођење) те стратегије. Управљање ризиком је **динамичан процес**. Свака финансијска институција развија сопствено интерно упутство за управљање ризиком, које је одобрено и усвојено од стране надлежних органа управљања.

Процес управљања ризиком се састоји из шест корака:

1. **Утврђивање циљева** – програм руковођења ризиком, где се прецизно одлучује шта друштво очекује од тог програма. Примарни циљ је сачувати ефикасност друштва. Секундарни циљ је примарна заштита запослених од повреда. Остали циљеви су везани за нпр. смањење трошкова, друштвено одговорно понашање, добре односе са јавношћу, итд.

2. Идентификација ризика – пре него што се било шта учини ризик менаџер (лице коме је поверено управљање ризиком) друштва мора бити свестан ризика. Ризик менаџер, мора открити ризике којима је изложено пословање друштва. С тога, један важан аспект идентификације ризика је сагледавање изложености ризику, односно, потенцијалним штетама које су повезане са одређеним типом ризика, код следећих категорија: физичка средства (имовина – покретна и непокретна), финансијска средства (сопствена и туђа), људски ресурси и корпоративна одговорност.

Идентификација ризика је фаза управљања ризиком у којој се, поред прецизирања ризика у општем класификационом систему и дефинисања субјеката, утврђују и узрочно-последичне везе појединих ризика. Идентификација ризика бави се перцепцијом (опажањем) ризика. Перцепција је шири појам од опажања и односи се на способност да се уочи потенцијална ситуација у којој настаје штета, тј. да се запази ризик који може бити активни узрок штете, као и да се уоче опасности које могу појачати деловање тог ризика.

Идентификација ризика представља процес идентификовања изложености неког друштва за осигурање неизвесностима. Опис ризика има за циљ да се презентује идентификовани ризик у структурном формату (елементи или компоненте из којих се састоји у складу са Одлуком Народне банке Србије), најчешће коришћењем табеле.

Комбиновани приступ се примењује у идентификацији ризика – познавање клијента, упитници за анализу ризика, дијаграми, анализа финансијских извештаја, историјски преглед рада и интервјуи (листа питања).

Основна класификација ризика у односу на пословање друштва је:

- Критичан ризик – доводи до стечаја или ликвидације друштва,
- Важан ризик – угрожава ликвидност друштва, али се могу негативни ефекти апстраховати (било кредитом пословне банке било повећањем напора за наплату доспелих потраживања дужника), и
- Неважни ризик – ефекти истог не утичу битно на пословање друштва тј. не угрожава ликвидност и солвентност.

3. Процена ризика – је општи процес анализе ризика и оцењивања ризика. Стручњаци друштва одређују потенцијални губитак и вероватноћу настанка губитка.

Процењивање ризика може бити квалитативно (описно), квантитативно (бројчано) и полу-квантитативно (делимично бројчано) у погледу вероватноће појављивања ризичног догађаја и могућим последицама. Различите технике се могу користити за анализе ризика.

Резултати анализе ризика се могу користити за добијање профила ризика који даје оцену значајности за сваки ризик и обезбеђује инструментаријум

за дефинисање приоритета у регулисању ризика, односно, омогућава да се сваки идентификовани ризик рангира тако што му се додељује релативна важност.

Пошто је завршен процес анализе ризика, важно је упоредити процењени ризик са критеријумима ризика које је друштво установило (дефинисало). Евалуација ризика је битна за доношење одлука о значајности ризика за друштво и да ли одређени ризик треба да буде регулисан или прихваћен.

Такође, врло је важно да друштво успостави систем интерног и екстерног извештавања о постојању ризика. Интерно извештавање је за потребе управе, различитих организационих делова друштва и запослених. Екстерно извештавање подразумева редовно извештавање свих заинтересованих лица друштва.

Велики број домаћих друштава за осигурање је квалитативно проценило ризик коме су изложена, али нису исто успеле квантитативно да изразе.

4. Разматрање алтернатива и избор средства за управљање ризиком – подразумева два решења:

- а) **контролу ризика**, која је усмерена на минимизирање губитка коме је друштво изложено, и
- б) **финансирање ризика**, односно, усклађивање расположивих средстава намењених регулисању губитака, који произилазе из ризика који преостају након примене технике контроле ризика.

Значи, регулисање (митигација) ризика је процес избора и имплементирања (примене) мера за модификовање (промену форме) ризика. Сваки систем регулисања ризика има за циљ: ефективно и ефикасно пословање друштва, ефективну интерну контролу и усаглашеност пословања са важећим прописима и привредном праксом.

Уважавајући претходно изнета решења, може да се изврши следећа класификација метода за управљање ризиком (Vaughan и Vaughan, 1995):

- *Методе за контролу ризика* – су: избегавање, превентива и смањивање, односно, спречавање и контрола губитка, и минимизирање различитих губитака ако до њих дође.
- ✓ *Метода избегавања ризика* - значи да друштво не жели да прихвати ризик. То се постиже не ангажовањем у акцији која може да доведе до ризика, што је негативан приступ у управљању ризиком.

ПРИМЕР МЕТОДЕ ИЗБЕГАВАЊА РИЗИКА:

МНЛ д.о.о. Београд се обратио друштву за осигурање Дунав са захтевом да осигура своју нову пословну зграду. Осигуравач је имао доста лоше искуство у сарадњи у претходном периоду са МНЛ д.о.о. јер није редовно улађивао премије. Стога је друштво аутоматски одбило захтев за ново осигурање пословне зграде.

- ✓ *Метода смањења ризика* се састоји у примени савремених метода превентиве. Превентива представља скуп активности које су усмерене ка спречавању настанка штетног догађаја тј. смањењу могућности да до њега дође и да, ако до њега дође, последице буду што мање.

ПРИМЕР МЕТОДЕ СМАЊЕЊА РИЗИКА:

Предузећа инвестирају у куповину противпожарних аларата у службеним просторијама, организују обуке за запослене како реаговати у случају пожара односно шта предузећи у свом раду да до пожара не дође, или граде пословне зграде од незапаливих материјала, итд.

- *Методe за финансирање ризика* – подразумевају задржавање и пренос ризика. Задржавање може бити удружено са специфичним алокацијама у буџету (распоредом средстава у буџету) за покривање неосигураних губитака и може бити подржано прикупљањем средстава. Пренос ризика може бити остварен уговорним одредбама које прате производе финансијских институција, куповином обвезница, итд.

ПРИМЕР МЕТОДЕ ЗА ФИНАНСИРАЊЕ РИЗИКА:

Оранж банка је одобрила стамбени кредит Пећру Пећровићу у износу од 100.000,00 евра на 30 година. Каматна стоја (цена коришћења кредита) је 5,5%р.а. Банка је на име стандарних трошкова ризика у ову каматну стоју укалкулисала 2%р.а., с обзиром на то да је приказивање годину Пећровића класификовала у категорију А. Такође, један од услова за коришћење кредита (пored административне забране на плаћу и хипотеке на стан) је винкулација полисе животног осигурања у кредит банке.

Пећар Пећровић се обратио друштву за осигурање МН са захтевом да закључи уговор о животном осигурању. Друштво је то прихватило, и одредило висину премије с обзиром на ризик који има по овом уговору (основ вероватноћа доживљења или смрти корисника кредита у зависности од пола, врсте посла којом се бави и психофизичко стање корисника кредита, односно, полисе, с једне стране, и с друге стране, висина каматне стоје по којој ће друштво за осигурање моћи у наредном периоду да пласира новчана средства премије у свом портфељу).

- ✓ *Метода задржавања ризика* – представља уобичајени метод управљања ризиком, када лице не предузима ништа (свесно или несвесно) да избегне, умањи, или пренесе ризик. Ризике ниског износа и ниског потенцијалног губитка би требало задржавати.

ПРИМЕР МЕТОДЕ ЗАДРЖАВАЊА РИЗИКА:

Фармацеутичка компанија БГ дистрибуира лекове који се могу искључиво продавати на лекарски рецепти. Фонд здравственог осигурања је сигуран ила-ишиша, али се не зна тачан датум најлаше потписивања (продајних лекова). БГ свесно или несвесно не предузима ништа у сарадњи са Фондом, иошито је свесно чинице да ће најлашито потписивање.

- ✓ *Метода преноса ризика* – ризик се може пренети са једног лица на друго лице које је спремније да сноси ризик (процес осигурања од губитка, где се појединац заштићује од ризика губитка куповином или продајом неког добра за које се процењује да неће имати губитак).

ПРИМЕР МЕТОДЕ ПРЕНОСА РИЗИКА:

Друштво за осигурање АБ је инвестирало у градњу пословног простора на Новом Београду, површине 500м² чија је тржишна цена 2500 евра/м² (друштво је имало трошкове око инвестирања 1000 евра/м²). Квантум д.о.о. Београд је заинтересован да купи пословни простор од друштва јер сматра да ће цена пословног простора на тој локацији и даље да расте иј. да ће стићи до 4000 евра/м² и да ће га у наредној години продати по тој цени. Друштво сматра да је боље сада да прода пословни простор по максималној цени од 2800 евра/м². Друштво за осигурање АБ и Квантум су се договорили око цене, закључили уговор и обавили купо-продају пословног простора у року од 15 дана. Квантум на жалост није успео да прода пословни простор за годину дана по цени од 4000 евра/м², јер је дошло до пада цене на тржишту као резултат економске кризе у земљи. Тако да је садашња вредност његовог пословног простора 2000 евра/м². У конкретном примеру друштво за осигурање је пренело ризик пада вредности пословног простора (своје инвестиције) на Квантум.

5. **Примена одлуке** – административни поступак примене одлуке која се односи на задржавање или преношење ризика са или без резерви, односно, формирања новчаних фондова (резерви).
6. **Процена и поновно испитивање** – стална функција менаџера за управљање ризиком (лице коме је поверено управљање ризиком) која подразумева стално оцењивање и кориговање организације управљања ризиком, с обзиром на то да се ризик временом мења, односно, нестаје или се ствара нови. Такође, се грешке могу јавити приликом управљања ризиком и треба их кориговати.

Надгледање и контрола процеса управљања ризиком значи да ефективно управљање ризиком подразумева одређену структуру извештавања и контроле ради обезбеђења да ризик буде правовремено идентификован и процењен, као и да су имплементиране одговарајуће контроле као одговор на ризични догађај.

Слика 2. Процес управљања ризиком



Добро руковођење друштвима за осигурање захтева да друштво усвоји методичан приступ управљању ризиком, који:

- Штити интересе акционара, осигураника и других корисника осигурања;
- Осигурава да управа друштва извршава своје обавезе усмерене на реализацију стратегије, изградње вредности и унапређење перформанси друштва,
- Осигурава да су установљене адекватне контроле управљања, и да функционишу на задовољавајући начин.

3. Управљање ризиком у осигурању

У нашој земљи Закон о осигурању Републике Србије дефинише минималне услове о управљању ризицима.

Требало би имати у виду да приликом подношења захтева за издавање дозволе за обављање послова осигурања и реосигурања, је неопходно да се поднесе и пословни план акционарског друштва, који садржи између осталог:

- Програм реосигурања,⁶
- Износ очекиване маргине солвентности, утврђене у складу са Законом о осигурању.

Такође, су чланом 125. Закона о осигурању дефинисана правила о управљању ризиком:

- 1. Саосигурање и реосигурање вишкова ризика изнад максималног само-придржаја**, у складу са чланом 15. Закона о осигурању, који обавезује друштво за осигурање да према износу уговором преузетих ризика правилно утврди максимални самопридржај, задржи део ризика који је испод самопридржаја у сопственом покрићу, а да обавезе из уговора изнад самопридржаја реосигура код друштва за реосигурање.
- 2. Плаћање штете, уговорене суме и извршавање других обавеза из основа осигурања**, у складу са чланом 21. и 22. Закона, који обавезује друштво за осигурање и друга лица која су непосредно повезана са пословима осигурања да у свом раду примењују и друге законе, као и правила струке осигурања, добрих пословних обичаја, и пословне етике.
- 3. Основни капитал најмање у висини** (у динарској против вредности по средњем курсу НБС) прописаној чланом 28. Закона о осигурању, који за поједине врсте осигурања износи:

	Основни капитал (у еврима)
ЖИВОТНА ОСИГУРАЊА	
А) животна осигурања, осим добровољног пензијског осигурања	2.000.000
Б) добровољно пензијско осигурање	3.000.000
Ц) све врсте животних осигурања	4.000.000
НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА	
А) осигурање од незгоде и добровољно здравствено осигурање	1.000.000
Б) осигурање моторних возила-каска, шинских возила-каска и обавезно осигурање од одговорности у саобраћају	2.500.000
Ц) остала осигурања имовине, остала осигурања од одговорности и друге врсте неживотних осигурања	2.000.000
Д) све врсте неживотних осигурања	4.500.000
РЕОСИГУРАЊЕ	4.500.000

6 Више речи о реосигурању и програму реосигурања ће бити у тачки 3.1.3.

Поред тога утврђена је и обавеза да је друштво за осигурање дужно да у свом пословању обезбеди да основни капитал друштва увек буде у висини која није мања од наведених износа.

- 4. Техничке резерве** у складу са чланом 107. Закона, који прописује да је друштво за осигурање дужно да на крају обрачунског периода утврди техничке резерве за покриће обавеза и обављање послова осигурања.

Друштво које се бави животним осигурањима утврђује резерве за:

- преносне премије,
- резервисане штете,
- учешће у добити и
- математичку резерву.

Друштво које се бави неживотним осигурањима утврђује техничке резерве за:

- преносне премије,
- резервисане штете и
- изравнање ризика.

Ове техничке резерве образују се коришћењем начела актуарске математике, одговарајућих статистичких података, правила струке осигурања, као и критеријумима и начина обрачунавања које прописује Народна банка Србије.

- 5. Ликвидност друштва** у складу са чланом 113. Закона, који обавезује друштво за осигурање да обезбеди ликвидност уз благовремену исплату штета и других обавеза друштва, као и да обезбеди сигурност улагања и депоновања слободних средстава.

- 6. Депоновање и улагање средстава техничке резерве** члан 114. и 115. Закона, којима се регулише облик улагања и пласмана, а Одлуком Народне банке Србије и процентуални износи за поједине облике улагања и пласмана.

У складу са тим, средства техничких резерви се могу депоновати и улагати у:

- Хартије од вредности издате од стране државе, централне банке, међународних финансијских организација, односно, у хартије од вредности за које гарантује неки од наведених субјеката;
- Обвезнице, односно, друге дужничке хартије од вредности којима се тргује на организованом тржишту хартија од вредности у земљи;
- Обвезнице, односно, друге дужничке хартије од вредности којима се не тргује на организованом тржишту хартија од вредности, чији је издавалац правно лице са седиштем у земљи;
- Акције којима се тргује на организованом тржишту хартија од вредности у земљи;
- Акције којима се не тргује на организованом тржишту хартија од вредности, ако је њихов издавалац домаће правно лице и ако су издате као

хартије од вредности у складу са законом којим се утврђује тржиште хартија од вредности;

- Депоновања и улагања код банака са седиштем у земљи;
- Непокретности и друга стварна права на непокретностима, ако су уписане у земљишне, односно, друге јавне књиге, ако доносе принос, односно, ако је у вези са њима могуће очекивати принос и ако је њихова куповна цена одређена на основу процене овлашћеног процењивача.

Средства техничких резерви се могу држати у готовини у благајни и рачунима код банке. Изузетно од става 1. и 2. овог члана, Народна банка Србије може прописати и друге врсте депоновања и улагања која су, с обзиром на сигурност, принос и утрживост, одговарајућа за депоновање и улагање.

7. Гарантну резерву, у складу са чланом 116. Закона, који регулише да гарантну резерву друштва за осигурање чини:

- основни капитал,
- резерве из добити и резерве утврђене актима друштва,
- нераспоређена добит из ранијих година до 50%,
- део нераспоређене добити текуће године до 50%, под условом да утврђени износ не прелази просечну вредност нето добити остварене у последње три године и да не прелази 25% од гарантне резерве, као и
- ревалоризационе резерве.

Остављена је могућност да Народна банка Србије може прописивати и друге облике средстава која чини гарантну резерву, као и износ учешћа тих средстава у гарантној резерви. Резерве из добити, резерве утврђене актима друштва и ревалоризационе резерве не могу чинити више од 20% гарантне резерве. Такође је прописано да се гарантне резерве умањују за откупљене сопствене акције, губитак из ранијих година и губитак из текуће године. Укупан износ гарантне резерве не може бити мањи од износа основног капитала. Такође, гарантна резерва друштва за осигурање увек мора бити већа од израчунате маргине солвентности.

8. Депоновање и улагање средстава гарантне резерве, у складу са чланом 118. Закона, којим се регулише облик улагања и пласмана, а одлуком Народне банке Србије и процентуални износ за поједине облике улагања и пласмана.

9. Маргину солвентности, у складу са чланом 120. и 122. овог Закона, која код друштва за осигурање одговара укупној активи умањеној за:

- нематеријална улагања,
- активна временска разграничења (ABP),
- губитак,
- обавезе (укључујући математичку резерву осигурања живота) и
- преносне позиције (преносне премије и резервисане штете).

Маргина солвентности се израчунава одвојено за животна и одвојено за неживотна осигурања, што је регулисано посебном одлуком Народне банке Србије. За прву годину осигурања, маргину солвентности друштво израчунава применом премијске стопе.

Маргина солвентности се дефинише као минимални износ капитала којим друштво за осигурање трајно располаже и који обезбеђује да би било способно да испуни своје обавезе по закљученим уговорима о осигурању у било које време и под објективним околностима.

10. Друге активности ради испуњења обавеза из тачке 1-9 овог члана, као и других обавеза прописаних овим законом које се односе на управљање ризиком.

3.1. Основни појмови повезани са правилима за управљање ризиком

Анализирајући важећу и очекивану регулативу из области управљања ризиком у осигурању, важно је посвестити пажњу:

- висини самопридржаја,
- саосигурању и реосигурању као инструментима за управљање ризиком,
- утврђивању и израчунавању техничке резерве,
- утврђивању и израчунавању гарантне резерве,
- утврђивању и израчунавању маргине солвентности,
- правилности обрачуна штета и придржавања рокова исплате,
- појму портфеља у осигурању.

3.1.1. Самопридржај

Самопридржај је максимална обавеза коју осигуравач може, односно, сме да задржи за себе, тј. може да је покрије из сопствених расположивих средстава, а да при томе не поремети сопствено изравнање ризика и сачува ликвидност у пословању.

Фактори који битно утичу на висину самопридржаја су: важећи прописи, економски капацитет закључивања уговора о осигурања, финансијска снага друштва за осигурање, спремност да се преузме ризик, велики ризик и заштита од катастрофе, хомогенизација (избалансираност) ризика, традиција, структура портфеља и тржиште реосигурања.

У циљу израчунавања висине самопридржаја, потребно је утврдити укупну годишњу техничку премију, технички резултат, стопу доплатака за сигурност – постотак на техничку премију, висину техничких резерви, укупан износ очекиваних штета у портфељу и узети у обзир низ других елемената као што су максимално могућа штета, сума осигурања и специфичне елементе који су непосредно условљени врстом осигурања и ризиком.

Можемо закључити да се утврђивањем максималног самопридржаја даје одговор на питање који део осигураног ризика друштво за осигурање може да задржи за себе, а који део мора да пренесе на реосигуравача. Битно је нагласити да правилна процена максималног самопридржаја смањује неизвесност пословања и омогућава финансијску стабилност осигуравача.



ПРИМЕР ИЗРАЧУНАВАЊА САМОПРИДРЖАЈА ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ ОРАНЖ

Друштво за осигурање Оранж																
Врста осигурања	ТАБЕЛА МАКСИМАЛНОГ САМОПРИДРЖАЈА ПО ВРСТАМА ОСИГУРАЊА ЗА 2006. ГОДИНУ И ПРЕДЛОГ ЗА 2007. ГОДИНУ (у мил. дина.)															
	1	2	3	4	5	6	7	МЕРОДАВНИ ТЕХНИЧКИ РЕЗУЛТАТ					КОМБИНОВАНИ РАЦИО	РЕЗУЛТАТ РЕОСИГУРАЊА у % (расходи по премији / приходи по штетама)		Врста уговора о реосигурању
								Бруто МТР (без ефекта ресор.)	Нето МТР (у самопр.)	Нето МТР (у самопр.)	Бруто МТР (без ефекта ресор.) 30.09.2006.	Нето МТР (у самопр.) 30.09.2006.		ПРОСЕЧАН 5-годишњи резултат из реосигурања	Текући резултат из ресорсир. (01.01.- 30.09.2006.)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	8A	9A	10	11	12	13		
ГРУПА А. НЕЖИВОТНО ОСИГУРАЊЕ																
01	ОСИГУРАЊЕ ОД ПОСЛЕДИЦА НЕЗГОДЕ				6,5	7	8%	117,9	118,1	108,5	108,8	116,9				
03	ОСИГУРАЊЕ МОТОРНИХ ВОЗИЛА				65	65	0%	98,3	100,8	95,1	101,7	119,4	224,20%	186,08%	Екседентно, квотно, вишка штета	
05	ОСИГУРАЊЕ ВАЗДУХОПЛОВА				25	25	0%	6,5	5,9	706,3	190,4	275,4	1391,70%	17,01%	Екседентно	
06	ОСИГУРАЊЕ ПЛОВНИХ ОБЈЕКТА				50	60	20%	59,5	54,5	34,8	38,4	84,7	13,01%		Екседентно	
07	ОСИГУРАЊЕ РОБЕ У ПРЕВОЗУ				50	60	20%	41,1	47,9	109,5	128,1	122,2	11960,21%	1171,49%	Екседентно, вишка штета	
08	ОСИГУРАЊЕ ИМОВИНЕ ОД ПОЖАРА И ДРУГИХ ОПАСНОСТИ				300	325	0,8%	34,2	44,3	32,6	46,7	80,0	792,79%	1361,55%	Екседентно, вишка штета	
	09.01	Осигурање од опасности провалне крађе и разбојништва			50	60	20%								Екседентно, вишка штета	
	09.04	Осигурање машина од лома			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.05	Осигурање машинске опреме електропривредних организација од лома			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.06 и 13.03	Осигурање објеката у изградњи			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.07 и 13.04	Осигурање објеката у монтажи			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.11	Комбиновано осигурање			300	325	8%								Вишак губитка	
	09.12	Осигурање рудника са подземном експлоатацијом			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.14	Осигурање залиха у хладњачама			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
	09.99	Осигурање ЖТП			300	325	8%								Екседентно, вишка штета	
09	УКУПНО - ОСТАЛА ОСИГУРАЊА ИМОВИНЕ							76,1	78,8	109,3	100,6	110,8	70,80%	84,56%	Екседентно, вишка штета	
	10.01	Обавезно осигурање власника моторних возила од			100	110	10%								Вишка штета	
	10.02	Осигурање од одговорности			50	60	20%									
	УКУПНО - ОСИГУРАЊЕ ОДГОВОРНОСТИ ЗБОГ							90,0	92,1	70,1	71,8	98,2	390,54%	128,19%	Екседентно	

У поступку израчунавања висине самопридржаја друштва за осигурање узима се у обзир:

- Висина техничке премије и висину техничке премије у самопридржају по појединим врстама осигурања (за период I-IX 2006. и план за период I – XII 2007.).
- Меродавни технички резултат /МТР/ (меродавне штете/меродавна премија) по појединим врстама осигурања у последње три године (и прва три квартала 2006.) (уз анализу МТР за најмање 5 претходних година) / приказано колонама 8,9,8а,9а/).
- Висину обрачунатих техничких и гарантних резерви друштва, на дан 31.12.2006. и на дан 31.12.2007. – по категоријама које улазе у састав техничких резерви.
- Учешће самопридржаја у гарантним резервама.
- Планирани износ техничке премије за 2007. годину.
- Очекивани износ техничких и гарантних резерви.
- Остало: број осигурања и осигураних објеката, број штета и износ ликвидираних штета, као и број очекиваних штета у портфљу, износ ММШ, сума осигурања, стопа доплата за сигурност (у пракси је ограничен конкуренцијом), специфични елементи који су непосредно условљени врстом осигурања и ризиком (нпр. код пожара – локација ризика, конструкција објекта, мере заштите и сл.), итд.

У предлогу измена самопридржаја и одговарајућем образложењу, увек стоје формулације типа:

- Предложени максимални самопридржај друштва повећан је са 300 милиона на 325 милиона динара, односно за 8,3 % (ред 8, колона 5 и 6).
- Одлуком су предвиђене и промене у висини самопридржаја по врстама осигурања, са увећањем од 8% до 83 % (колона 7).
- Највеће промене извршене су код осигурања опште одговорности, код које постоји мали број ризика већих вредности, који се не могу пласирати у реосигурање по прихватљивим условима, и у кратком року.
- Образложење везано за очекиване промене у курсу и њиховом утицају на самопридржај и реосигурање (информације доступне на сајту Народне банке Србије), односно остварени финансијски резултат друштва за осигурање.

Вишкови ризика, који прелазе висину самопридржаја друштва за осигурање Оранж се реосигуравају (колона 13) у складу са Програмом реосигурања друштва за осигурање.

3.1.2. Саосигурање

Саосигурање је инструмент за управљање преузетим ризицима осигуравача, односно обезбеђује да друштво за осигурање у сваком тренутку и под разумно предвидивим околностима буде у стању да испуни своје обавезе по основу закључених уговора у осигурању и профитабилно послује. Саосигурање се користи када је осигуравач у ситуацији да преузме покриће ризика који по величини прелази његов капацитет или постоји могућност настанка масовних штета које није у стању сам да надокнади. У основи представља хоризонталну расподелу ризика на већи број осигуравача, који у покрићу насталих штата, учествују сразмерно преузетом делу ризика.

Саосигурање, као облик осигуравајуће заштите, посебно је заступљено у случајевима када постоји блиска веза већег броја осигуравача са истим ризиком који ниједна од њих није способна да у потпуности покрије. То се најчешће односи на осигурање великих индустријских комплекса или неких других нпр. јавних објеката, објеката од културно-историјског значаја, објеката за специјалне намене и садржаја.⁷

Основне врсте саосигурања су:

1. Активно саосигурање
2. Пасивно саосигурање.

Активно саосигурање значи да се ризик преузима екстерно односно да се преузима удео у ризику од директног осигуравача. Тада премија саосигурања на основу удела у ризику чини приход, док учешће у штетама чини расход. У случају **пасивног саосигурања** удели у ризику се преносе на друге осигураваче – интерне осигураваче, с тога премија представља расход пословања, док учешће у штетама интерних осигуравача, представља приход у пословању директног осигуравача.

Аутоматско или оквирно саосигурање значи да осигуравачи на основу закљученог уговора о саосигурању, а на бази реципроцитета аутоматски учествују у одређеним деловима ношења ризика, односно, они делом својих властитих капацитета учествују у ризику. Битно је нагласити да се при преузимању ризика регулише однос по коме се врши расподела ризика, као и до ког максималног износа је осигуравач спреман да учествује у ризицима другог осигуравача. С друге стране, код **факултативног саосигурања** расподела ризика се врши на појединачној основи, што јесте основа за уговарање осигурања.

У пракси се саосигурање може реализовати путем: 1) **Лидера**, где све послове саосигурања, односно, осигурања (као што су: понуде, полисе, уговори, ликвидација и обрачун штета, и сл.) обавља један осигуравач – лидер. 2) **Заједнички**, што значи путем свих осигуравача се обављају сви послови саосигурања, односно, осигурања.

⁷ Основни појмови, учесници и односи између учесника у послу саосигурања презентовани су у Првом делу (Четврто поглавље - V/1) уџбеника.

У пракси се активности које следе у току трајања осигурања – саосигурања, препуштају углавном једном осигуравачу, као водећем.

Слика 3.1.2. *Врсте саосигурања*

Врста посла	Начин уговарања	Начин спровођења
Активно (екстерно преузимање ризика)	Аутоматски или оквирно	Путем лидера
Пасивно (интерно преношење ризика)	Факултативно или уговорно	Заједнички

3.1.3. Реосигурање

Реосигурање је инструмент за управљање преузетим ризицима осигуравача, односно обезбеђује да друштво за осигурање у сваком тренутку и под разумно предвидивим околностима буде у стању да испуни своје обавезе по основу закључених уговора у осигурању и профитабилно послује. Реосигурање је вертикални модел расподеле ризика при чему се обавља изравнање ризика у времену и простору. Практично то значи да у случају када основни износ ризика прелази висину самопридржаја утврђеног одлуком о максималном самопридржају и расподели ризика, осигуравач мора да нађе модел за пренос ризика на реосигуравача (*Swiss Reinsurance Company*, 2005).

Реосигурање представља осигурање самог осигуравача за део обавезе који не може покрити из сопствених средстава. У складу са тим, реосигурање је посредни пренос дела обавезе за покриће реосигуравача, без потребе учествовања осигураника. Зато се каже да је реосигурање вертикална расподела ризика.⁸

Реосигурање ризика је цесија (уступање права потраживања) и зато је осигуравач који уступа део своје обавезе cedent, а реосигуравач који преузима обавезу у своје покриће cessionar. Cedent је дужан да плати cessionaru одговарајућу премију реосигурања. Део обавезе који је преузео, реосигуравач може уступити другом реосигуравачу, када нема финансијског капацитета (способности или снаге) да целу преузету обавезу задржи у свом покрићу. Тај се процес вертикалне расподеле ризика наставља све док за то постоји потреба, тако да се на тај начин врши изравнање ризика.

Поступак уступања ризика другом реосигуравачу дефинише се као ретроцесија (*retro* - назад; *cessio* – уступање). Као што је реосигурање „осигурање осигуравача”, тако је и ретроцесија „осигурање реосигуравача”. Реосигуравач који даје део примљеног ризика у покриће другом реосигуравачу је ретроcedent, а реосигуравач који преузима део понуђеног ризика у своје покриће је ретроcessionar.

Осигуравач односно cedent, мора знати да изабере покриће реосигурања које ће бити најекономичније и које најпотпуније и најбоље одговара структури његовог портфеља, тј. да добије потребно покриће и да задржи максимални део премије.

8 Основни појмови, учесници и правни односи између учесника у послу реосигурања презентовани су у Првом делу (Четврто поглавље - V/2) уџбеника.

Најважнији циљ реосигурања огледа се у потреби да се обезбеди најшира могућа расподела ризика. У основи, реосигурање има двоструки основни циљ. С једне стране, оно треба да отклони одступања стварних резултата у пословању од резултата које је друштво претпоставило на бази теоријске вероватноће наступања осигураних случаја. С друге стране, оно треба да послужи као амортизер за одступања због хетерогености ризика.

Осигуравач који је са реосигуравачем закључио уговор о реосигурању, уступа део своје обавезе реосигуравачу у његово покриће. Обавеза реосигуравача настаје наступањем обавезе осигуравача, услед остварења осигураног случаја. Реосигуравач није директно обавезан осигуранику, а осигураник не зна за реосигурање, нити то мора да зна, јер он своја права остварује искључиво од осигуравача.

Слика 3.1.3. Врсте реосигурања

Величина дела реосигураног ризика у односу на укупну обавезу из уговора о осигурању или тип покрића	Број пред-мета у реосигурању	Начин уговарања	Врста посла
Потпуно реосигурање	Појединачни уговор о реосигурању	Уговорно или облигационо	Активно (пријем вишкова ризика)
Пропорционално реосигурање А) уговор о ексцедентном реосигурању Б) уговор о квотном реосигурању Ц) уговор о квотно-ексцедентном реосигурању	Оквирни уговор о реосигурању	Факултативно или појединачно	Пасивно (пласирање вишкова ризика)
Непропорционално реосигурање А) уговор о реосигурању вишка штета (ексцедента штета) Б) уговор о реосигурању вишка губитка (вишка годишњих штета) Ц) уговор о реосигурању кумула штета	Опциони уговор о реосигурању		

Појединачно или факултативно реосигурање је реосигурање појединачних ризика, где директни осигуравач слободно одабира које појединачне ризике жели да понуди реосигурању, а реосигуравач са своје стране може да одбије или прихвати дати ризик. **Обавезно реосигурање** је за целе портфеле и често се назива реосигурање по аутоматизму. У овом случају директни осигуравач је обавезан реосигуравачу да уступи уговором дефинисани део ризика и овај је обавезан да га прихвати, па отуда и назив обавезно осигурање.

Према величини дела реосигураног ризика у односу на укупну обавезу из уговора о осигурању, треба разликовати (Маровић, 2001):

- ✓ **Потпуно реосигурање**, јавља се у случају преноса укупне обавезе из уговора о осигурању (или реосигурању) у покриће реосигурања (или ретроцесије). То се дешава само изузетно, тако да у нормалним условима осигуравач, а у реторцесији реосигуравач задржава самопридржај, односно, своје учешће у ризику. Реосигуравач по правилу условљава самопридржај цедента као гаранцију квалитета послова које преузима у покриће. Потпуно реосигурање

се користи у случају када осигуравач престаје да се бави осигурањем одређених врста осигурања, па уступа портфељ ових осигурања (цесија портфеља). Посебна врста потпуног реосигурања је тзв. букет – реосигурање. Целокупни портфељ једног осигуравача преузима у покриће група реосигуравача, од којих сваки преузима по жељи део укупне обавезе.

- ✓ **Пропорционално реосигурање** (реосигурање суме осигурања), примењује се у случајевима када је цедентов портфељ изразито нехомоген па се применом ове врсте реосигурања постиже хомогенизација портфеља. Требало би имати у виду да је принцип пропорционалности централна карактеристика ове врсте реосигурања, с обзиром на то да осигуравач и реосигуравач деле судбину конкретног посла, односно, увек деле у истом односу уступљени ризик, одговорност, премије и све штете. Потом, друга важна карактеристика је принцип оригиналних услова, односно, да директни осигуравачи уступају ризике према оним условима према којима су се они договорили са власницима полиса.

Ова врста уговора о реосигурању може се применити у разним варијантама од којих су најважније:

- *Уговор о ексцедентном реосигурању* (или реосигурању вишка ризика), обезбеђује се покривање дела ризика који прелази самопридржај осигуравача, при чему осигуравач врши селекцију ризика које даје у покриће реосигурања. Другим речима, део суме осигурања који прелази самопридржај по појединим групама осигурања, осигуравач даје као ексцедент у реосигурање (цедира – уступа). Уговором о реосигурању редовно се утврђује максимална висина ексцедента изражена кроз број самопридржаја.

Код ексцедентног реосигурања, осигуравач задржава све ризике до извесне вредности обавезе, тј. свог самопридржаја, а реосигурава вредност која тај самопридржај премашује. За сваки реосигурани ризик, резултујући однос између задржаног и уступљеног ризика је критеријум за расподелу обавеза, премија и штета између осигуравача и реосигуравача.

- *Уговор о квотном реосигурању или реосигурање квоте* (*quot* – норма, део) је систем реосигурања у коме се обавеза реосигуравача утврђује на основу унапред уговорене квоте, односно, процента свих ризика, или дела целокупног портфеља једне врсте осигурања. Проценат ризика који се реосигурава назива се квота. Премија реосигурања се обрачунава у сразмери расподеле обавезе, односно, одговара проценту свих ризика предатих у реосигурање.

Код квотног реосигурања, од закључених полиса у одређеној врсти осигурања реосигурава се подједнак проценат ризика (квота), без обзира да ли се ради о ризицима које по принципима реосигуравајуће заштите треба реосигурати. Квота одређује како се обавезе, премије и штете расподељују између осигуравача и реосигуравача.

Ова врста уговора о реосигурању је повољнија за реосигураваача, јер у реосигурање добија јединствену квоту свих ризика како добрих тако и лоших. Користи се најчешће када осигураваач уводи нове врсте осигурања, па у том смислу још није сигуран колика ће му средства сопствених техничких резерви бити потребна за изравнање ризика у времену.

Погодно је за осигуравааче који почињу рад и за осигуравааче који немају значајан портфељ, као ни потребно искуство у реосигурању зато што са овим обликом реосигуравајуће заштите осигураваач бива заштићен од кумулирања великог броја мањих штета. Лоша страна за осигураваача је што мора да преда у реосигурање и ризике које би иначе могао сам да сноси у сопственом самопридржају. Њиме се не постиже нивелирање (хомогенизација) ризика, као што је случај са ексцедентним реосигурањем. У постотку квоте дели се и премија осигурања. Дакле, овај вид реосигурања постиже само корекцију техничког резултата, а не врши хомогенизацију ризика.

- Уговор о *квотно-ексцедентном реосигурању* примењује се у случајевима када осигураваач жели да побољша свој технички резултат, односно, да умањи ризик због очекиваних великих штета али истовремено предвиђа да ће имати и велики број малих и средњих штета.

У таквој ситуацији осигураваач прибегава комбинованом пропорционалном осигурању, код кога се прво цео портфељ квотно реосигура, па се после тога ексцедентно реосигуравају само они ризици који прелазе самопридржај осигураваача.

- ✓ **Непропорционално реосигурање**, подразумева да се висина накнаде из реосигурања одређује према висини штете, тј. не постоји претходно дефинисани однос за дељење премија и штета између директног осигураваача и реосигураваача. Непропорционално реосигурање обухвата следеће врсте уговора о реосигурању:

- *Уговор о реосигурању вишка штета или ексцедента штета (excess of loss)* осигураваач (цедент) одређује износ висине штете који ће покривати из сопствених средстава, тј. приоритет (самопридржај). Реосигураваач покрива све штете изнад приоритета, настале по основу дејства једног штетног догађаја без обзира да ли је ризик покривен једном или са више полиса осигурања (Маровић, 2001).

То значи да реосигураваач надокнађује осигураваачу само део штете који прелази самопридржај осигураваача и то најчешће до одређеног лимита. Примењује се када је кумулирање штета извесно (олуја, поплава или каско). Све штете које су испод приоритета надокнађује из сопствених средстава. Имајући у виду да су мале и средње штете у пракси најчешће, овај вид реосигурања не штити у довољној мери цедента од малих и средњих штета. Обавеза реосигураваача одређује се искључиво у односу на висину штете.

- *Уговор о реосигурању вишка губитка или вишка годишњих штета (stop loss)* пружа осигуравачу заштиту од евентуалних губитака у пословању, тако што реосигуравач покрива све обавезе осигуравача (цедента) које прелазе уговорени проценат од укупне годишње премије реосигураног портфеља осигуравача. Другим речима, реосигуравач преузима обавезу да осигуравачу покрије губитак у уговореној врсти и у уговореном времену. Висина обавезе, практично је одређена техничким резултатом.

Најчешће се примењује у осигурању усева и плодова, за разлику од осталих имовинских осигурања где је ретко у употреби због тешкоћа у одређивању премије реосигурања, велике ризичности којој се излаже реосигуравач и промена у пословању осигуравача које се тешко могу предвидети и контролисати.

Ова врста уговора о реосигурању има смисла само када је реч о дугорочном уговору о реосигурању. Такође, реосигуравач који се бави овим послом морао би да има већи број оваквих уговора са реосигураницима. На тај начин обезбеђено му је изравнање ризика у времену и простору. Имајући у виду да реосигуравач покрива све губитке осигуравач губи интерес да оствари повољан технички резултат. Компромисно решење је да реосигуравач не прима цео губитак у покриће реосигурања, већ само део, а други део губитка покрива цедент.

Максимална обавеза реосигуравача обично се ограничава на одређени износ, без обзира на остварен технички резултат.

- *Уговор о реосигурању кумула штета (shock loss cover)* - најчешће се уговара у случају реосигурања ризика код којих су могуће велике штете, осигурање од ризика елементарних непогода и сл. Премија реосигурања израчунава се калкулацијом висине обавезе и ризичности одређене врсте осигурања, односно, на основу историјских и очекиваних штета.

У односу на број предмета у реосигурању разликују се:

- ✓ *Појединачни уговори о реосигурању* закључује се за покриће одређеног ризика, тј. односи се на један или неколико тачно одређених уговора о осигурању. Реосигуравач се упознаје са свим елементима ризика и доноси одлуку о преузимању тог ризика у своје покриће. Захтева веће припреме и време у којем се реосигуравач одлучује за преузимање ризика, а због повећаних трошкова везаних за њихово закључење знатно је скупљи.

Задржао се само у случајевима када се у реосигурање пласирају само велики ризици, тзв. врхови, код којих је извесност штета реална. На тај начин, осигуравач може да изврши антиселекцију ризика и да реосигура само оне ризике код којих је вероватноћа наступања штете већа.

- ✓ *Оквирни уговори о реосигурању* је уговор о реосигурању где осигуравач (цедент) и реосигуравач (цесионар) унапред уговарају да ће реосигуравач примити у реосигурање све уговоре одређене врсте осигурања, под унапред утврђеним условима. Тиме је отклоњена опасност антиселекције ризика,

односно, избор само најлошијих ризика. У уговором предвиђеним роковима реосигуравачу се шаљу спискови, које реосигуравач прихвата ретроактивно. За разлику од појединачног уговора о реосигурању који се закључује када је уговор о осигурању већ закључен, општи уговор о реосигурању увек се закључује унапред за уговорени период за послове осигурања који ће се касније реализовати.

- ✓ *Опциони уговори о реосигурању* значи осигуравач задржава право да по сопственом избору не преда све ризике у реосигурање, док је реосигуравач обавезан да све понуђене ризике прихвати у реосигурање. Уговор је опциони за реосигуравача, уколико је осигуравач дужан да реосигуравачу понуди све закључене уговоре о осигурању одређене врсте, а реосигуравач задржава право да изабере ризике које ће примити у реосигурање.

ПРИМЕР ПРОГРАМА РЕОСИГУРАЊА ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ ОРАНЖ

ВРСТА ОСИГУРАЊА	УЧЕШЋЕ ОСИГУРАВАЧА (У ДИНАРИМА)
Осигурање од последица незгоде	1.000.000
Осигурање робе у превозу	3.000.000
Осигурање имовине од пожара и других опасности	5.000.000
Остала осигурања имовине	5.000.000
Осигурање од одговорности због употребе моторних возила	500.000
Осигурање од опште одговорности	1.000.000
Осигурање финансијских губитака	5.000.000
Друге врсте неживотних осигурања	5.000.000
Осигурање живота	3.000.000
Допунско осигурање уз осигурање живота	1.000.000

Табела максималног самопридржаја по штећном догађају:

Врста осигурања	Максимални самопридржај по штетном догађају (у динарима)
Имовинска осигурања	10.000.000
Осигурање од ауто одговорности	50.000
Незгода	1.000.000

Да би се постигла заштита портфеља према дефинисаним самопридржајима, друштво је закључило следеће уговоре о реосигурању:

1. Уговор о ескцедентном реосигурању имовинских:

- Аутоматско покриће уз пријаву сваког ризика преко самопридржаја
- Уговор базиран на ММШ (максимално могућа штета) и уговорној години

- Покриће по ризику
 - Самопридржај 5.000.000 динара
 - Лимит уговора:
 - 100.000.000 за пожарне ризике
 - 80.000.000 за техничке ризике при чему важе ограничења за све ризике градње и све ризике монтаже где лимит одговорности према трећим лицима (ТПЛ) износи 10.000.000 динара или 20% од укупне осигуране суме за такве ризике.
 - Лимит по једном природном догађају износи 200.000.000 динара
2. Уговор о ексцедентном реосигурању домаћег и међународног карга са следећим параметрима:
- Аутоматско покриће уз пријаву сваког ризика преко самопридржаја
 - Уговор базиран на уговорној години
 - Покриће по ризику
 - Самопридржај 3.000.000 динара
 - Лимит уговора од 42.000.000 динара
3. Уговор о квотном реосигурању портфеља ауто каска:
- Аутоматско покриће
 - Цесија 60%
 - Покриће по ризику
 - Максимална сума осигурања по полиси 12.500.000 динара
4. Уговор о реосигурању вишка штета аутоодговорности:
- Аутоматско покриће
 - Покриће по догађају и ризику
 - Покривене штете настале у периоду од 01.01.2000. – 31.12.2000.
 - Уговор покрива све штете у износу преко 500.000 до 2.000.000 динара
5. Уговор о реосигурању вишка штета незгоде:
- Аутоматско покриће
 - Покриће по ризику и по догађају
 - Покривене штете настале у периоду од 01.01.2000. – 31.12.2000.
 - Уговор покрива све штете у износу преко 1.000.000 до 50.000.000 евра
6. Уговор о реосигурању вишка штета портфеља ауто каска по ризику:
- Аутоматско покриће
 - Покриће за штете настале у периоду 01.01.2000. – 31.12.2000.
 - Уговор покрива све штете у износу преко 2.500.000 до 5.000.000 динара
7. Уговор о реосигурању вишка штета портфеља имовине и каска по штетном догађају са следећим параметрима:
- Аутоматско покриће
 - Покриће за штете настале у периоду од 01.01.2000.-31.12.2000.
 - Штете портфеља имовине и каска по штетном догађају
 - Покривене су све штете преко приоритета који износи 10.000.000 до 700.000.000 динара и то у два нивоа:
 - Ниво 1: 15.000.000 динара преко 10.000.000 динара
 - Ниво 2: 675.000.000 евра преко 25.000.000 евра

8. Уговор о квотном реосигурању портфеља опште одговорности:
 - Аутоматско покриће
 - Цесија 50%
 - Покриће по ризику
 - Максимална сума осигурања по полиси 2.000.000 динара
9. Уговор о ексцедентном реосигурању портфеља животног са следећим параметрима:
 - Аутоматско покриће
 - Покриће по ризику
 - Уговор базиран на уговорној години
 - Самопридржај цедента 3.000.000 евра
 - Лимит уговора од 25.000.000 евра

3.1.4. Техничке резерве

Утврђивање висине техничких резерви налаже обрачунавање тј. утврђивање бруто техничких резерви и техничких резерви у самопридржају друштва. Приликом обрачуна висине бруто техничких резерви осигураваача, треба поћи од висине обрачунатих преносних премија осигурања и саосигурања, обрачунатих резервисаних штета из основа осигурања и саосигурања, обрачунатих резерви за изравнање ризика и обрачунате математичке резерве на дан обрачуна.

Умањењем бруто обрачунатих техничких резерви за преносну премију реосигурања сопственог портфеља, преносну премију саосигурања сопственог портфеља, преносну премију реосигурања из основа примљених саосигурања, учешће реосигураваача у резервисаним штетама сопственог портфеља, учешће саосигураваача у резервисаним штетама сопственог портфеља, учешће реосигураваача у резервисаним штетама из основа саосигурања и математичку резерву која пада на терет реосигураваача и саосигураваача, утврђују се техничке резерве у самопридржају друштва. Даљим разлагањем обрачунатих техничких резерви, утврђују се техничке резерве по појединим врстама осигурања и структура техничких резерви, као претпоставка за даље анализе и прорачуне.

У зависности од структуре портфеља друштва, уз редовни обрачун преносне премије из основа осигурања и из основа саосигурања (пасивна временска разграничења /ПВР/ - по уговорима, односно, пословима у којима је друштво водећи саосигураваач), друштва посебно морају обрачунати удео преносне премије које падају на терет реосигураваача (АВР) и удео преносне премије које падају на терет саосигураваача (АВР). По примљеним саосигурањима, морају се поред редовног обрачуна преносне премије из основа примљених саосигурања посебно обрачунати удели преносних премија које падају на терет реосигураваача (АВР).

По сличном принципу, уз обрачуна резервисаних пријављених, а неликвидираних штета из основа осигурања и из основа саосигурања по уговорима,

односно, пословима у којима је водећи саосигуравач (ПБР), друштво обрачунава удео резервисаних штета које падају на терет реосигуравача (АБР) и удео резервисаних штета које падају на терет саосигуравача (АБР). Такође по примљеним саосигурањима, поред обрачуна резервисаних пријављених, а неликвидираних штета из основа примљених саосигурања (ПБР), мора се обрачунати посебно удео резервисаних штета по примљеним саосигурањима које падају на терет реосигуравача (АБР).

Укупно резервисане штете чине настале пријављене, а неликвидиране штете и настале, а непријављене штете. Резервација пријављених, а неликвидираних штета врши се на основу појединачне процене сваке штете, с тим што се код штета које се исплаћују у облику ренти, резервисани износ утврђује у капитализованом износу тј. у износу садашње вредности будућих рентних исплата.⁹ Код пријављених штета које нису у спору, а код којих се не може утврдити износ резервације због недостатка документације, резервација се врши на бази просечно ликвидираних штета у врсти (или врстама) осигурања којој штета припада.

Резервација насталих, а непријављених штета може се вршити на више начина. Један од могућих обрачуна, подразумева да се приликом њиховог обрачуна пође од износа ликвидираних штета у самопридржају за последњих годину дана и износа редовних резервација (пријављених, а неликвидираних) у самопридржају друштва на дан обрачуна, умањених за рентне штете. Када се збир износа ликвидираних штета у самопридржају друштва за последњих годину дана и резервисаних штета у самопридржају на дан обрачуна, помножи са коефицијентом насталих, а непријављених штета, добија се износ насталих, а непријављених штета. Коефицијент насталих, а непријављених штета утврђује се као аритметичка средина израчунатих коефицијентата за претходне три године. Коефицијент по годинама утврђује се тако што се укупно ликвидиране штете у току године и резервисане пријављене, а неликвидиране штете на дан обрачуна, које су настале у претходном периоду, а први пут су пријављене у години за коју се утврђује коефицијент, подели са збиром укупно ликвидираних штета и укупно резервисаних штета у години за коју се рачуна коефицијент, с тим што он не може бити мањи од 0,1. Настале, а непријављене штете могу се обрачунати и применом других актуарских метода.¹⁰

Конечан износ резервисаних штета, утврђује се тако што се обрачунате резервисане пријављене, а неликвидиране штете и обрачунате настале, а непријављене штете, помноже коефицијентом резервације трошкова у вези са решавањем штета, који се добија када се трошкови извиђаја, процене, ликвидације и исплате штета ставе у однос са укупно ликвидираним штетама у текућој години.

9 На основу демографских таблица уз годишњу дисконтну стопу до 5 %, према Одлуци о ближим критеријумима и начину обрачунавања резервисаних штета (Сл. гласник РС бр. 86/2007).

10 Према Одлуци о ближим критеријумима и начину обрачунавања резервисаних штета, примењују се *Chain ladder method*, *Bornhuetter-Ferguson* метода, метода очекиване квоте штета и сл. методе. Методологија обрачуна по овим методама, излази из оквира предмета и циља ове књиге.

Исправно утврђивање висине трошкова извиђаја, процене, ликвидације и исплате штета је изузетно важно, с обзиром на то да ови трошкови посредно опредељују висину коефицијента трошкова у вези са решавањем штета, а овај висину износа резервисаних штета.

Резерве за изравнање ризика по својој природи представљају дугорочне резервације. Иако се ова категорија дугорочних резервисања не признаје у складу са МСФИ 4¹¹ „Уговори о осигурању“, друштва за осигурање која послују на територији Републике Србије дужна су да врше обрачун резерви за изравнање ризика. Не улазећи у детаље самог обрачуна, треба знати да су ове резерве израз одступања меродавних годишњих техничких резултата друштва од просечног меродавног техничког резултата кроз низ година.¹²

Поред резервисаних штета и резерви за изравнање ризика, техничке резерве неживотних осигурања обухватају и преносне премије осигурања.

Под преносном премијом се подразумева део премије који се користи за покриће обавеза из осигурања које настају у наредном обрачунском периоду, односно, део премије осигурања који припада наредном или наредним обрачунским периодима, што значи да се преносна премија обрачунава и по уговорима о осигурању по којима покриће осигурања траје и после истека обрачунског периода.

Преносна премија израчунава се методом *pro rata temporis*, по сваком појединачном уговору о осигурању са тачним временским разграничењем. Преносна премија осигурања утврђује се тако што се укупна премија помножи бројем дана трајања осигурања после истека обрачунског периода и тако добијен производ подели укупним бројем дана трајања осигурања. Код осигурања када се

11 МСФИ - Међународни стандард финансијског извештавања.

12 Према Одлуци о ближим критеријумима и начину обрачунавања резерви за изравнање ризика, бр. 8., (Сл. гласник РС бр. 13/2005 и 23/2006), друштва су дужна да образују резерве за изравнање ризика у свим случајевима када је стандардно одступање веће од 0,05, или ако је годишњи меродавни технички резултат у том периоду по конкретној врсти осигурања макар једанпут био већи од 1, при чему основицу за обрачун резерви за изравнање ризика чини техничка премија у самопридржају и стандардно одступање. У супротном, друштва за осигурање смањују износ резервисања и то за једну петину сваке године, наредних пет година, почев од године за коју се ради обрачун.

Истом Одлуком прописана је горња граница обавезе образовања резерви по појединим врстама, с тим што су друштва у обавези да код сваког обрачуна повећавају резерве за 3,5 % од горње границе, све док се не достигне горња граница.

Друштва су у обавези да додатно врше повећање резерви по свим врстама осигурања код којих је годишњи меродавни технички резултат мањи од просечног меродавног техничког резултата. Додатно повећање израчунава се као производ разлике просечног меродавног техничког резултата и годишњег меродавног техничког резултата текуће године ($\leq 0,07$) и техничке премије у самопридржају текуће године.

Друштва смањују обрачунату резервацију када је годишњи меродавни технички резултат већи од просечног меродавног техничког резултата у посматраном периоду и то у износу производа ове разлике и техничке премије у самопридржају.

мења висина осигуравајућег покрића када у току трајања осигурања, приликом израчунавања висине преносних премија, у обрачун се мора укључити и висина осигуравајућег покрића на почетку и на крају трајања осигурања.

Слика 3.1.4. Техничке резерве друштва за осигурање

Животна осигурања	Неживотна осигурања
Преносне премије	Преносне премије
Резервисане штете	Резервисане штете
Учешће у добити	Изравнање ризика
Математичка резерва	

ПРИМЕР ГОДИШЊЕГ МЕРОДАВНОГ ТЕХНИЧКОГ РЕЗУЛТАТА ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ ОРАНЖ БЕОГРАД

Шифра	Врста осигурања	ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ ОРАНЖ БЕОГРАД								Прочекан меродавни тех. резулт. у посмат. пер. x_j	Стандардно одступање $S_{(x_j)j}$
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010			
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	
01	Осигурање од последица незгоде	0.8839	1.2041	1.2941	1.0906	1.0761	1.1294	1.0974	1.0591	0.1372	
02	Добровољно здравствено осигурање	0.2397	0.1819	0.3390	0.4855	0.6083	0.7286	0.7545	0.4768	0.2310	
03	Осигурање моторних возила	0.8188	0.8546	1.1609	1.0616	0.9771	0.9015	0.9533	0.8689	0.2012	
04	Осигурање шинских возила	0.0000	0.0000	0.1506	1.0752	0.1528	0.2506	0.4883	0.3025	0.3792	
05	Осигурање ваздухоплова	0.0000	0.3690	0.0000	0.0000	0.0000	0.1075	0.9425	0.1568	0.3004	
06	Осигурање пловних објеката	1.0147	1.7330	0.0000	0.2106	0.3592	0.6976	0.5333	0.4548	0.5685	
07	Осигурање робе у превозу	0.4024	0.3260	0.7659	0.5751	0.6514	0.0410	0.4429	0.4575	0.1999	
08	Осигурање имовине од пожара и других опасности	0.4678	0.4055	0.3735	0.3496	0.5373	0.5044	0.6851	0.4374	0.1216	
09	Остала осигурања имовине	0.8098	0.7956	0.7959	0.8515	0.7464	0.6704	0.9627	0.7408	0.1982	
10	Осигурање од одговорности због употребе моторних возила	0.7111	0.8045	1.1206	1.0343	0.9352	0.6494	0.5034	0.8072	0.2003	
11	Осигурање од одговорности због употребе ваздухоплова	0.0001	1.5618	0.0000	0.0000	0.0954	0.0000	0.1512	0.1809	0.4881	
12	Осигурање од одговорности због употребе пловних објеката	0.0000	1.7051	0.0056	0.0000	0.0000	0.0000	0.3085	0.2019	0.5370	
13	Осигурање од опште одговорности	1.1886	1.0364	1.1923	0.6918	0.5486	0.6141	0.7729	0.9341	0.5277	
14	Осигурање кредита	0.1579	1.2286	0.3345	0.0000	1.4034	37.1100	40.7604	8.1695	16.2446	
15	Осигурање јемства	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
16	Осигурање финансијских губитака	0.0763	0.0050	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0116	0.0286	
17	Осигурање трошкова правне заштите							0.0000	0.0000	0.0000	
18	Осигурање помоћи на путовању			0.3656	0.5792	0.4377	0.7683	0.6570	0.5616	0.1627	
19	Друге врсте неживотних осигурања							0.0000	0.0000	0.0000	
	УКУПНО	0.5529	0.7689	0.9097	0.8862	0.8229	0.7071	0.7765	0.7077	0.1656	

ПРИМЕР ОБРАЧУНА РЕЗЕРВИ ЗА ИЗРАВНАЊЕ РИЗИКА ДРУШТВА ЗА ОСИГУРАЊЕ ОРАНЖ БЕОГРАД

Обрачун резерви за изравнање ризика 2010 друштво за осигурање Оранж Београд (у хиљадама дина.)												
Шиф	Врста осигурања	Техника премија у самопоздрављају текуће године	Стандардно одступање $S_{(k_i)}$	Број стандардних одступања из интерне одлуке ДО	Горња граница обавезе образлагања РЗир-а у складу са интерном одлуком ДО (1х2х3)	Просечан меродавни технички резултат посматраног периода	Годишњи меродавни технички резултат посматраног периода	Стање резерви за изравнање ризика на почетку текуће године	Повећање резерви према важећој интерној одлуци ДО (0.035х4)	Додатно повећање резерви према важећој интерној одлуци	Смањење резерви према интерној одлуци ДО	Стање резерви на крају текуће године или обрачуног периода (7+8+9+10)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01	Осигурање од последица незгоде	697.402	0,1372	1,0	95.683	1,0591	1,0974	0	3.348	0	26.710	0
02	Добровољно здравствено осигурање	63.224	0,2310	1,0	14.604	0,4768	0,7545	0	511	0	17.557	0
03	Осигурање моторних возила	1.192.673	0,2001	1,5	357.980	0,8669	0,9533	0	12.529	0	103.047	0
04	Осигурање шинских возила	84.797	0,3792	2,0	64.310	0,3025	0,4883	18.212	2.250	0	15.755	4.707
05	Осигурање ваздухоплова	18.484	0,3004	2,0	11.105	0,1568	0,9425	2.811	388	0	14.522	0
06	Осигурање пловних објеката	28.346	0,5685	2,0	32.229	0,4548	0,5333	0	1.128	0	2.225	0
07	Осигурање робе у превозу	196.384	0,1999	2,0	78.514	0,4575	0,4429	22.305	2.748	2.867	0	27.921
08	Осигурање имовине од пожара и других опасности	773.185	0,1175	2,0	181.698	0,4357	0,6851	0	6.359	0	192.832	0
09	Остала осигурања имовине	2.078.845	0,1982	3,0	1.236.081	0,7408	0,9627	146.470	43.262	0	461.295	0
10	Осигурање од одговорности због употребе моторних возила	3.096.706	0,2036	1,5	945.734	0,8051	0,5034	263.677	33.100	216.769	0	513.547
11	Осигурање од одговорности због употребе ваздухоплова	1.487	0,4881	2,0	1.452	0,1809	0,1512	985	50	44	0	1.080
12	Осигурање од одговорности због употребе пловних објеката	5.141	0,5370	1,0	2.760	0,2019	0,3085	573	96	0	548	122
13	Осигурање од опште одговорности	118.506	0,5277	2,0	125.071	0,9341	0,7729	42.531	4.377	8.295	0	55.204
14	Осигурање кредита	7.261	16,2446	3,0	353.866	8,1695	40,7604	0	12.385	0	236.649	0
15	Осигурање јемства	5.821	0,0000	3,0	0	0,0000	0,0000	0	0	0	0	0
16	Осигурање финансијских губитака	14.247	0,0286	3,0	1.222	0,0116	0,0000	112	0	0	112	0
17	Осигурање трошкова правне заштите	0	0,0000	1,0	0	0,0000	0,0000	0	0	0	0	0
18	Осигурање помоћи на путовању	70.890	0,1627	1,0	11.533	0,5616	0,6570	0	403	0	6.762	0
19	Друге врсте неживотних осигурања	0	0,0000	1,0	0	0,0000	0,0000	0	0	0	0	0
	УКУПНО	8.453.404	0,1650			0,7064	0,7765	497.680				602.583

3.1.5. Гарантне резерве

Гарантну резерву друштва за осигурање, у складу са чланом 116. Закона о осигурању, чини: основни капитал, резерве из добити и резерве утврђене актима друштва, нераспоређена добит из ранијих година до 50%, део нераспоређене добити текуће године до 50%, под условом да утврђени износ не прелази просечну вредност нето добити остварене у последње три године и да не прелази 25% од гарантне резерве, као и ревалоризационе резерве.

Уколико се пође од структуре капитала приказаног друштва за осигурање на дан 31.12.2006. године (колона 3. Табеле 3.1.5.), обрачунате гарантне резерве се могу сагледати на редном броју 8, колона 4, *табеле 3.1.5.* Тако, позиције (1в) Остали капитал, (2) Неуплаћени уписани капитал, (3а) емисиона премија и (3д) остале резерве из добити не улазе у састав гарантне резерве.

Резерве из добити (3в) формиране издвајањем из нераспоређене добити (по старом закону о осигурању) у некадашње резерве сигурности из добити, а да су остале резерве из добити формиране такође издвајањем из нераспоређене добити у некадашњи фонд превентиве из добити, у складу са одлукама скупштине акционара, при чему су биле ограничене могућности коришћења овог фонда (практично се није користио за превентивне активности).

Како из угла садашњег Закона о осигурању нема суштинске разлике у погледу њиховог квалитета, односно, како је извор ових резерви нераспоређена добит из ранијих година, не постоји ни један објективни разлог због којег би се требало ограничити признавање и осталих категорија резерви из добити у гарантним резервама, посебно ако се зна да увек постоји могућност да скупштина акционара друштва донесе одлуке којима би се извршила пренамена раније распоређених средстава из нераспоређене добити (из осталих резерви из добити у резерве из добити), те да ниједним подзаконским актом нису предвиђени обавезни износи које друштва морају издвајати у различите облике ових резерви.

Истовремено, у обрачунату гарантну резерву улази само део износа са позиција (3в) резерве из добити, (4) ревалоризационе резерве, (5А) нераспоређена добит из ранијих година и (5Б) нераспоређена добит текуће године, с обзиром да резерве из добити и ревалоризационе резерве узете заједно не могу чинити више од 20 % гарантне резерве, а да у састав гарантне резерве може ући свега 50 % нераспоређене добити из текуће године и добити из ранијих година. У случају да је просечна добит у последње 3 године мања од 50 % текуће добити, као што је случај у овом примеру, у гарантне резерве улази мањи износ тј. износ просечне добити из последње 3 године. Са друге стране, позиције (6А) губитак ранијих година, (6Б) губитак текуће године и позиција (7) откупљене сопствене акције, умањују обрачунату гарантну резерву друштва.

Табела 3.1.5. Приказ изабраних билансних позиција друштва за осигурање Оранж (у хиљадама дин.)

Р.б.	Позиција	ЖИВОТ		НЕЖИВОТ		УКУПНО	
		Билансни подаци	Гарантне резерве	Билансни подаци	Гарантне резерве	Укупно капитал	Гарантне резерве
1	2	3а	4а	3б	4б	3=3а+3б	4=4а+4б
1	ОСНОВНИ и ОСТАЛИ КАПИТАЛ	100.457	100.457	1.883.589	1.840.160	1.984.046	1.940.617
а	Друштвени капитал	95.046	95.046	1.741.036	1.741.036	1.836.082	1.836.082
б	Редовни акцијски капитал	5.411	5.411	99.124	99.124	104.535	104.535
в	Остали капитал	0	0	43.429	0	43.429	0
2	НЕУПЛАЋЕНИ УПИСАНИ КАПИТАЛ	0	0	0	0	0	0
3	РЕЗЕРВЕ ИЗ ДОБИТИ	1.591	1.591	160.171	44.097	161.762	45.688
а	Емисиона премија	0	0	13.188	0	13.188	0
б	Законске резерве	0	0	0	0	0	0
в	Резерве из добити	1.591	1.591	44.097	44.097	45.688	45.688
г	Резерве утврђене актима друштва	0	0	0	0	0	0
д	Остале резерве из добити	0	0	102.886	0	102.886	0
4	РЕВАЛОРИЗАЦИОНЕ РЕЗЕРВЕ	6.392	6.392	50.853	50.853	57.245	57.245
5	НЕРАСПОРЕЂЕНА ДОБИТ ИЗ РАНИЈИХ ГОДИНА	5.023	2.511	67.259	33.629	72.282	36.140
5А	НЕРАСПОРЕЂЕНА ДОБИТ ИЗ ТЕКУЋЕ ГОДИНЕ	41.138	16.642	73.108	36.554	114.246	53.196
6	ГУБИТАК РАНИЈИХ ГОДИНА	0	0	0	0	0	0
6А	ГУБИТАК ТЕКУЋЕ ГОДИНЕ	0	0	0	0	0	0
7	ОТКУПЉЕНЕ СОПСТВЕНЕ АКЦИЈЕ	0	0	0	0	0	0
8. ГАРАНТНА РЕЗЕРВА (1+2+3+4+5+5а) - (6+6а+7)		154.601	127.593	2.234.980	2.005.293	2.389.581	2.132.886

ПРИМЕРИ ЗА ИЗРАЧУНАВАЊЕ ГАРАНТНЕ РЕЗЕРВЕ

1. Израчунати износ средстава гарантне резерве друштва за осигурање АБ на основу следећих података из финансијског извештаја за 2009. годину (у динарима):

Основни капитал	6 милијарди
Резерве из добити, резерве друштва (статут)	700 милиона
Нераспоређена добити из ранијих година (до 50%)	0
Део текуће добити до 50% (ограничење до 25% просека последње три године)	500 милиона
2009 = 0	
2008 = 0	
2007 = 0	
Ревалоризационе резерве	3,5 милијарди

Ограничење:

- А) Откуп сопствених акција 1,5 милијарда
 Б) Резерве из добити,
 резерве друштва + ревалоризационе резерве < 20% гарантне резерве

Последица:

6.000.000.000
 + 700.000.000
 + 250.000.000 (500.000.000 / 2)
+ 3.500.000.000
 10.450.000.000
- 1.500.000.000
 8.950.000.000

Гарантна резерва друштва за осигурање АБ износила би 8.950.000.000.

20% гарантних резерви је 1.790.000.000 (8.950.000.000 x 20%)

700.000.000
+ 3.500.000.000
 4.200.000.000

Уважавајући чињеницу да је 4,2 милијарде > 1,790 милијарди,
 за даљу калкулацију узимамо износ од 1,790 милијарди .

6.000.000.000
 + 250.000.000
+ 1.790.000.000
 8.040.000.000

8.040.000.000
- 1.500.000.000
 6.540.000.000

Гарантна резерва друштва за осигурање АБ би износила 6.540.000.000.

Може се закључити да је пословање друштва за осигурање АБ слабо с
 обзиром на то да је висина гарантне резерве приближна самом износу
 висине основног капитала.

2. Израчунати износ средстава гарантне резерве МН осигурања
 на основу следећих података из финансијског извештаја
 за 2009. годину (у динарима):

Основни капитал	6 милијарди
Резерве из добити, резерве друштва (статут)	400 милиона
Нераспоређена добити из ранијих година (до 50%)	350 милиона
Део текуће добити до 50% (ограничење до 25% просека последње три године)	250 милиона
2009 = 100 милиона	
2008 = 150 милиона	
2007 = 200 милиона	
Ревалоризационе резерве	1,5 милијарда

Ограничење:

- А) Откуп сопствених акција 500 милиона
 Б) Резерве из добити,
 резерве друштва + ревалоризационе резерве < 20% гарантне резерве

Послијак:

$$\begin{array}{r}
 6.000.000.000 \\
 + 400.000.000 \\
 + 175.000.000 (350.000.000 / 2) \\
 + 150.000.000 [(100.000.000 + 150.000.000 + 200.000.000) / 3] \\
 \hline
 + 1.500.000.000 \\
 8.225.000.000 \\
 - 500.000.000 \\
 \hline
 7.725.000.000
 \end{array}$$

Гарантна резерва МН осигурања износила би 7.725.000.000,
 20% гарантних резерви је 1.545.000.000 (7.725.000.000 x 20%)

$$\begin{array}{r}
 400.000.000 \\
 + 1.500.000.000 \\
 \hline
 1.900.000.000
 \end{array}$$

Уважавајући чињеницу да је 1,9 милијарди > 1,545 милијарди
 за даљу калкулацију узимамо износ од 1,545 милијарди .

$$\begin{array}{r}
 6.000.000.000 \\
 + 175.000.000 \\
 + 150.000.000 \\
 + 1.545.000.000 \\
 \hline
 7.870.000.000
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 7.870.000.000 \\
 - 500.000.000 \\
 \hline
 7.370.000.000
 \end{array}$$

Гарантна резерва МН осигурања би износила 7.370.000.000 .

Може се закључити да је пословање МН осигурања стабилно с
 обзиром на то да је висина гарантне резерве већа од износа висине
 основног капитала.

Пословање МН осигурања је економски боље од пословања друштва
 за осигурање АБ.

3.1.6. Маргина солвентности

Директивама ЕУ прописана је обавеза осигураваача да утврђују и одржавају маргину солвентности, у смислу минималног износа капитала који осигураваач треба да обезбеди, за случај наступања непредвиђених догађаја.

Маргина солвентности дефинише се као минимални износ капитала којим друштво за осигурање трајно располаже и која обезбеђује способност испуњења обавеза закључених уговора о осигурању у било које време и под објективним околностима.

Закон захтева да друштво за осигурање у свом пословању обезбеди маргину солвентности у одговарајућем минималном износу. Начин израчунавања маргине је утврђен актом надлежног органа.

Маргина солвентности утврђује се посебно за животна и неживотна осигурања, при чему по појединим врстама осигурања са малом ажурношћу у решавању штета и код осигурања код којих се могу јавити значајна одступања од очекиваних штета, број година који се узима у обзир може бити различит. Обрачун маргине солвентности, друштва за осигурање врше квартално и на дан израде годишњег обрачуна, тј. на дан 31. марта, 30. јуна, 30. септембра и на дан 31. децембра, као и на дан преноса портфеља друштва за осигурање.

Обрачун маргине солвентности по методу премије, налаже да се прво утврди износ бруто премије осигурања за последњих годину дана, по систему квартал на квартал (или месец на месец, уколико се интерно раде месечни обрачуни), тј. премија за период од првог наредног дана од изабраног квартала у претходној години, до дана под којим се завршава изабрани квартал у текућој години. Износ премије до десет милиона евра, у динарској противвредности, множи се са коефицијентом $k_1=0,18$, а преостали износ до износа укупне бруто премије за изабрани период коефицијентом $k_2=0,16$. Збир ова два износа, множи се коефицијентом K_{ijk} , који се добија када се укупна премија у самопридржају стави у однос са укупном премијом за последње 3 године (последњих 36 месеци), односно за последњих 7 година (последњих 84 месеца) када је реч о осигурању кредита, усева и плодова, такође утврђене по систему период на период, с тим да овај коефицијент не може бити мањи од 0,5. Код добровољног здравственог осигурања, узима се једна трећина обрачунатог износа.

Маргина солвентности за допунско осигурање уз осигурање живота, обрачунава се на исти начин као за неживотна осигурања. Маргина за рентна осигурања и друге врсте животних осигурања (MS_m), обрачунава се тако што се математичка резерва на дан обрачуна (квартала) помножи коефицијентом 0,04 (k_l) и коефицијентом који се добија као количник математичке резерве у самопридржају и укупне математичке резерве (K_{ijk}), с тим да тај коефицијент не може бити мањи од 0,85.

За обрачун маргине солвентности премијском методом потребни су следећи улазни подаци: (1) бруто премија - сопствени портфељ (осигурање и саосигурање у коме је друштво водећи саосигуравач); (2) бруто премија - примљена саосигурања; (3) удео саосигуравача у премији сопственог портфеља; (4) удео реосигуравача у премији сопственог портфеља; (5) удео реосигуравача у премији по примљеним саосигурањима; (6) математичка резерва осигурања живота и (7) математичка резерва из реосигурања (и саосигурања).

Обрачун маргине солвентности методом штета, полази од просечног износа меродавних штета¹³ у последње 3 године, односно, последњих 7 година (84 месеца) када је реч о осигурању кредита, усева и плодова, израчунатих по систему квартал на квартал.

Износ просечних меродавних штета за последњих 36 месеци до седам милиона евра, у динарској противвредности множи се са коефицијентом 0,26, а преостали износ до износа укупних меродавних штета за изабрани период коефицијентом 0,23. Збир ова два износа, множи се коефицијентом који се добија када се меродавне штете у самопридржају за последњих 12 месеци ставе у однос са укупним меродавним штетама за последњих 12 месеци, при чему овај коефицијент не може бити мањи од 0,5. Код добровољног здравственог осигурања узима се једна трећина обрачунатог износа. Код осигурања кредита, усева и плодова узимају се последња 84 месеца.

За обрачун маргине солвентности по методу штета неопходни су следећи улазни подаци: (1) ликвидирани штете - сопствени портфељ; (2) ликвидирани штете – по примљеним саосигурањима; (3) трошкови извиђаја, процене, ликвидације и исплате штета; (4) резервисане штете сопственог портфеља на крају периода и на почетку периода; (5) резервисане штете по примљеним саосигурањима на крају периода и на почетку периода; (6) резервисане настале а непријављене штете на крају периода и на почетку периода; (7) учешће саосигуравача у резервисаним штетама на крају периода и на почетку периода; (8) учешће реосигуравача у резервисаним штетама сопственог портфеља на крају периода и на почетку периода; (9) учешће реосигуравача у резервисаним штетама по примљеним саосигурањима на крају периода и на почетку периода; (10) наплаћени регреси; (11) удео саосигуравача у ликвидираним штетама сопственог портфеља; (12) удео реосигуравача у ликвидираним штетама сопственог портфеља; (13) удео реосигуравача у ликвидираним штетама по примљеним саосигурањима.

13 Под меродавним штетама подразумева се укупан износ ликвидираних штета за последњих дванаест месеци, увећане за резервисане штете на дан обрачуна и трошкове у вези са извиђајем, проценом, ликвидацијом и исплатом штета и умањене за резервисане штете на почетку периода и износ наплаћених регреса у току периода. Под меродавним учешћем реосигуравача и саосигуравача у ликвидираним и резервисаним штетама, подразумева се износ учешћа реосигуравача и саосигуравача у накнади штета за последњих дванаест месеци, увећан за учешће реосигуравача у резервисаним штетама на дан обрачуна и умањен за учешће реосигуравача и саосигуравача у резервисаним штетама на почетку периода.

Маргина солвентности код кредита, усева и плодова обрачунава се само методом штета до истека 7 година од дана ступања Одлуке на снагу.



Већи износ од износа обрачунатих по премијском методу, односно по методу штета, чини обрачунату маргину солвентности друштва, с тим што обрачуната маргина у сваком тренутку треба да буде мања од утврђеног износа гарантне резерве друштва. Уколико је обрачунати износ мањи од износа основног капитала друштва, за маргину солвентности се узима износ основног капитала.



ПРИМЕРИ ЗА ИЗРАЧУНАВАЊЕ МАРГИНЕ СОЛВЕНТНОСТИ ЗА ЖИВОТНА И НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА:

ЖИВОТНА ОСИГУРАЊА										
МЕТОД ЗАСНОВАН НА ОБРАЧУНАТОЈ МАТЕМАТИЧКОЈ РЕЗЕРВИ										
ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ :			Компанија "Оранж" а.д.о.				МСЖ			
Маргина солвентности на дан:			31.12.2006.				(у мил. дин.)			
ЖИВОТНА ОСИГУРАЊА										
Р. бр.	Врста осигурања	Математичка резерва, односно стање на личним рачунима			Математичка резерва			Коэффицијент (саос. & реос.) К ≥ 0.85	Маргина солвентности	
		01	02	03	04	05	06=03*05			07=06/03
1	Осигурање живота			700,00	0,04	0,10	699,90	0,999857143	28,00	
2	Рентна осигурања			0,00	0,04	0,00	0,00		0,00	
3	Добр. пензијско ос.				0,04		0,00		0,00	
4	Друге врсте животних осиг.				0,04		0,00		0,00	
5	УКУПНО (1 до 4)			700,00	0,04	0,10	699,90		28,00	
ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ :			Компанија "Оранж" а.д.о.				МСЖ-1			
Маргина солвентности на дан:			31.12.2006.				(у мил. дин.)			
ДОПУНСКО ОСИГУРАЊЕ УЗ ОСИГУРАЊЕ ЖИВОТА - I РЕЗУЛТАТ										
Р. бр.	Врста осигурања	УКУПНА ПРЕМИЈА (12 месеци)		Коеф.	ПРЕМИЈА ЗА ПОСЛЕДЊИХ 36 МЕСЕЦИ			Коэффицијент (саос. & реос.) К ≥ 0.5	Маргина солвентности	
		01	02		Укупна	Саосигурање и реосигурање	У самопридржају			
01				04	03	05	06	07=05*06	08=07/05	09 ¹⁾ =03*04*08
Д. Осигурање од прикључне незгоде										
1	износ до 10 милиона евра		33,00	0,18		86,00	0,00	86,00		1,000000000
										5,94
2	преостали износ		0,00	0,16		0,00	0,00	0,00		0,00
3	УКУПНО (1+2)		33,00		86,00	0,00	0,00	86,00		5,94
УКУПНО ЖИВОТ+ ДОП. ОСИГ.									33,94	

МАРГИНА СОЛВЕНТНОСТИ

ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ :
Маргина солвентности на дан:

Компанија "Оранж" а.д.о.
31.12.2006

МСЖ-2
(у мил. дин.)

ДОПУНСКО ОСИГУРАЊЕ УЗ ОСИГУРАЊЕ ЖИВОТА									
Р. бр.	Врста осигурања	ПРОСЕЧАН ИЗНОС МЕРОДАВНИХ ШТЕТА за последњих 36 месеци ¹⁾		Коеф.	МЕРОДАВНЕ ШТЕТЕ последњих 12 месеци		(за укупне у САМОПРИДРЖАЈУ	Коефицијент (саос. & реос.) K ≥ 0.5	Маргина солвентности
		03	04		05	06			
01	02	03	04	05	06	07=06/05	08=03*04*07		
рање уз осигурање живота									
1	Меродавне штете - до 7.000.000 ЕУР	21,90	0,26	28,00	28,00			5,69	
2	Преостали износ - преко 7.000.000 ЕУР	0,00	0,23	0,00	0,00	1,0000000000		0,00	
3	УКУПНО (1+2)	21,90		28,00	28,00			5,69	

НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА

ФОРМА ИЗВЕШТАЈА - ПРЕМИЈСКИ МЕТОД

ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ :

Маргина солвентности на дан:

Компанија "Оранж" а.д.о.

31.12.2006.

МСНЖ-1

(у мил. дин.)

НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА - I РЕЗУЛТАТ										
Р. бр.	Врста осигурања	УКУПНА ПРЕМИЈА (12 месеци)	Коеф.	ПРЕМИЈА ЗА ПОСЛЕДЊИХ 36 МЕСЕЦИ					Коефицијент (саос. & реос.) K ≥ 0.5	Маргина солвентности
				Укупна реосигурање	Саосигурање и реосигурање	У самопридржају	08=07/05			
								05		
01	02	03	04	05	06	07=05-06	08=07/05	09 ¹⁾ =03*04*08		
Неживотна осигурања, осим добровољног здравственог осигурања										
1	износ до 10 милиона евра	765,00	0,18	765,00	765,00	0,00	0,906392063	124,81		
2	преостали износ	13.220,00	0,16	39.050,00	2.962,00	36.088,00		1.917,20		
3	УКУПНО (1+2)	13.985,00		39.815,00	3.727,00	36.088,00		2.042,01		
Добровољно здравствено осигурање										
4	износ до 10 милиона евра	196,00	0,18	595,00	0,00	595,00	1,000000000	11,76		
5	преостали износ	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00		0,00		
6	УКУПНО (4+5)	196,00		595,00	0,00	595,00		11,76		
1) за ред 1, 2, а за ред 4 и 5 важи 09=03*04*08/3								УКУПНО (3+6)		
								2.053,77		

1) за ред 1, 2, а за ред 4 и 5 важи 09=03*04*08/3

НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА									
ФОРМА ИЗВЕШТАЈА - МЕТОД ШТЕТА									
ДРУШТВО ЗА ОСИГУРАЊЕ :			Компанија "Оранж" а.д.о.			МСНЖ-2			
Маргина солвентности на дан:			31.12.2006.			(у мил. дин.)			
НЕЖИВОТНА ОСИГУРАЊА - II РЕЗУЛТАТ									
	Р. бр.	Врста осигурања	ПРОСЕЧАН ИЗНОС МЕРОДАВНИХ ШТЕТА за последњих 36 односно 84* месеца ¹⁾	Коеф.	МЕРОДАВНЕ ШТЕТЕ (за последњих 12 месеци)	Коефицијент (саос. & реос.) K ≥ 0.5	Маргина солвентности		
					УКУПНЕ	У САМОПРИДРЖАЈУ			
01	02	03	04	05	06	07=06/05	08 ²⁾ =03*04*07		
Неживотна осигурања, осим добровољног здравственог осигурања и осим кредита, усева и плодова									
1	износ до 7 милиона евра		536,00	0,26	536,00	536,00	0,929095061	129,48	
2	преостали износ		6.933,00	0,23	7.785,00	7.195,00		1.481,53	
3	УКУПНО (1+2)		7.469,00		8.321,00	7.731,00		1.611,00	
Здравствено осигурање									
4	Меродавне штете - до 7.000.000 ЕУР		53,00	0,26	75,00	75,00	1,000000000	4,59	
5	Преостали износ - преко 7.000.000 ЕУР		0,00	0,23	0,00	0,00		0,00	
6	УКУПНО (4+5)		53,00		75,00	75,00		4,59	
Кредита, усева и плодова									
7	Меродавне штете - до 7.000.000 ЕУР		341,00	0,26	510,00	417,00	0,817647059	72,49	
8	Преостали износ - преко 7.000.000 ЕУР		0,00	0,23	0,00	0,00		0,00	
9	УКУПНО (7+8)		341,00		510,00	417,00		72,49	
УКУПНО (3+6+9)								1.688,09	

* само за осигурање кредита, усева и плодова
1) представља аритметичку средину дванаестомесечних износа меродавних штета за период од 3, односно 7 година.
2) за ред 1, 2, 7 и 8, а за ред 4 и 5 важи 08=03*04*07/3

3.1.7. Процена штете

Процена потенцијалних штета за осигурани ризик која може настати на осигураној имовини је такође важна за управљање ризиком, односно, расподелу ризика у осигурању. Висина самопридржаја и очекивана висина потенцијалних штета су најважнији чиниоци за одлуку о предаји ризика у реосигурање.

У нашој пословној пракси друштава за осигурање користи се појам максимално могућа штета (ММШ). Максимално могућа штета представља износ највеће штете која се према процени осигуравача може очекивати на једном осигураном ризику. У вези са тим посматрају се и околности које могу да утичу и значајне су за настанак тог ризика. Конкурентска позиција друштава за осигурање зависи између осталог и од њиховог односа, тј. поступања према одштетним захтевима приликом настанка штете. Основна обавеза осигуравача, која произилази из закљученог уговора о осигурању је исплата штете или исплата накнаде из осигурања, односно, уговорене суме или осигуране суме.

Циљ осигурања је обезбеђење од ризика, а уколико дође до његове реализације исплаћује се накнада или одштета и исплата суме осигурања. У вези са тим потребно је дати одговор на следећа питања:

1. Предмет, односно, природа обавезе осигуравача,
2. Обима, односно, величине те обавезе.

Поступак процене штете регулисан је условима осигурања:

1. Штету утврђују и процењују заједно осигураник и осигуравач или њихови овлашћени представници.
2. Уколико није другачије уговорено оштећена ствар која преостане по настанку осигураног случаја остаје осигуранику и осигураник нема право да тражи исплату пуне суме осигурања. Вредност спашених, оштећених и уништених осигураних ствари обрачунава се по тржишној вредности у месту где је настала штета и на дан настанка осигураног случаја.
3. Трошкови процене штете падају на терет осигуравача.

У осигурању имовине висина штете коју је дужан да исплати осигуравач може бити:

- Једнака износу штете али не већа од суме осигурања;
- Већа од суме осигурања (у случају већег броја штета, због трошкова проузрокованих разумним покушајима да се уклони или смањи непосредна опасност настанка осигураног случаја);
- Мања од износа стварне штете (у случају уговорене франшизе односно самопридржаја, у случају намерно пријављених нетачних података при закључењу уговора о осигурању, уколико осигураник није испунио обавезу спречавања осигураног случаја или обавезу спасавања, а за то нема оправдања – превентивне и репресивне мере).

Накнада може бити у облику: новчаног износа или у натури. Што се тиче обима накнаде, требало би истаћи да постоји разлика код осигурања лица и код осигурања имовине. 1) У случају осигурања лица, када настане осигурани случај, увек се исплаћује тачно онај износ који је приликом закључења одређен као осигурана сума. Сама осигурана сума одређује обим обавезе осигуравача, тј. величину накнаде из осигурања. 2) У случају имовинских осигурања, осигуравач надокнађује штету коју је претрпео осигураник услед наступања уговореног осигураног случаја. Дакле, дужан је да обештети осигураника. На величину обавезе осигуравача утичу: стварна штета, сума осигурања и вредност осигуране ствари. Најчешће је сума осигурања једнака вредности осигуране ствари. С тога код осигурања одређеног предмета (објекта) осигурања, вредност осигуране ствари у тренутку штете представља максималну границу обавезе осигуравача и то како за случај тоталне штете тако и за случај делимичне. Када је штета тотална, решење је просто. Наиме, исплаћује се сума осигурања. Тежи је проблем када је штета само делимична. У оваквом случају могућа су два решења:

1. Да се на име обештећења, као накнада, исплати износ пуне штете, али највише до суме осигурања, и
2. Да се исплати износ у сразмери између суме осигурања и вредности осигуране ствари (пропорционално правило). Пропорционално правило може се неутралисати осигурањем на први ризик.

У осигурању имовине на осигуравача прелазе сва права осигураника према лицу које је по било којој основи одговорно за штету и то до висине исплаћене накнаде – суброгација права. То је тзв. регресно право осигуравача.

У осигурању лица осигуравач за исплаћену осигурану суму не може имати ни по којој основи право регреса од трећег лица, одговорног за настанак осигураног случаја.

Један од проблема у поступку решавања штета представља и непостојање посебних прописа за поступање осигуравача и осигураника код настанка штете, односно, њене ликвидације. Међутим, у пословној пракси друштва за осигурање имају упутства или процедуре са дефинисаним поступцима и фазама обраде за све врсте осигурања. Осигуравачи су у обавези да се придржавају законски дефинисаних рокова за исплату штета.

У процесу обраде штете, тј. од њеног настанка до ликвидације, постоје обавезе како осигуравача, тако и осигураника, које се морају спроводити у једном пословном, партнерском односу и које су од изузетног значаја за сам квалитет послова осигурања.

3.1.8. Портфељ у осигурању

Термин портфељ у осигурању се може употребити као појам скупности, у зависности од тога на кога или на шта се односи. Према Марковићу (2006), то може бити:

1. портфељ одређеног осигуравача – сва његова осигурања у једној врсти осигурања, у неколико врста осигурања или заједно у свим врстама осигурања, а исказује се бројем уговора о осигурању или бројем осигураника; и збиром износа премија одређеног портфеља;
2. портфељ осигурања неколико осигуравача или свих осигуравача у једној регији, земљи или у међународним размерама и то према критеријумима који важе и за поделу на врсте осигурања;
3. отворени или живи портфељ – када портфељ стално расте уласком нових осигурања у послове осигуравача;
4. затворени „одумирући” портфељ – када портфељ опада јер се постојећи уговори о осигурању гасе, или се не објављују о скаденци;
5. стабилан портфељ – уколико су ризици које портфељ садржи хомогени те се постиже њихово изравнање;
6. нестабилан портфељ – састављен од хетерогених (неуједначених) ризика недовољно нерасподељених (атомизираних) па се не постиже изравнање ризика у портфељу што изазива инсолвентност и ликвидацију осигуравача.

Осигуравач мора добро да познаје сопствени портфељ, његове карактеристике и састав, његову стабилност, а у циљу уједначавања и атомирања ризика кроз саосигурање и реосигурање како би на тај начин ограничио висину своје обавезе на износ расположивих средстава. Стабилност портфеља осигурања испитује се и утврђује методама актуарске математике ради правовремене интервенције и предузимања потребних мера пословне политике у складу са економским начелима осигурања.

Стабилност портфеља је изражена у статистичким величинама као што су: варијанса (средње квадратно одступање од очекиване вредности), стандардно одступање или коефицијент варијације и вероватноћа да расположива средства осигуравача могу да крију негативна одступања од очекиваних исплата из осигурања.

Одржавање стабилности портфеља непосредно је везано и са утврђивањем висине потребних резерви сигурности, као и дељење ризика кроз саосигурање и реосигурање. Сва ова питања спадају у подручје управљања ризиком. Њихова решења ће зависити од многих фактора: природе и величине ризика, постојећих резерви сигурности, премија осигурања, структуре портфеља, очекиваној висини и расподели штета, односно, обавеза из осигурања и очекиваном техничком резултату.

Статистичко-математичким методе обраде података о величини ризика и портфељу осигурања оцењују вероватноћу да ли ће осигуравач расположивим средствима осигурања (премије осигурања плус резерве сигурности плус други приходи) моћи да покрије своје обавезе из уговора о осигурању. Резултат ових испитивања даје одговор на питање да ли ће осигуравач бити платежно способан (солвентан).

Портфељ осигурања је стабилнији а вероватноћа инсолвентности мања ако је умањена опасност осигуравача да му буде онемогућено плаћање обавеза због настанка непредвиђених или неукалкулисаних великих штета. Овде се мисли на штете које се периодично јављају у дужем раздобљу па из тог разлога нису биле статистички евидентиране.

Релативно мале и занемарљиве промене појединих параметара као и веома мала одступања у појединим величинама могу битно да утичу на резултат пословања осигуравача.

3.2. Финансијски и други извештаји друштва за осигурање

Друштва за осигурање, као профитабилне институције, на основу Закона о рачуноводству и ревизији (Сл. гласник РС 46/06, члан 24) у обавези су да састављају и приказују финансијске извештаје за текућу пословну годину са стањем на дан 31. децембра текуће године. Финансијски извештаји су (Удружење осигуравача Србије, 2009):

- Биланс стања,
- Биланс успеха,
- Извештај о токовима готовине,
- Извештај о променама на капиталу,
- Напомене уз финансијске извештаје,
- Статистички анекс.

Биланс стања представља преглед имовине, обавеза и капитала друштва за осигурање на одређени дан.

- Активу (имовину) друштва за осигурање чине: текућа средства (готовина и готовински еквиваленти, краткорочна финансијска средства, потраживања од дужника, залихе, остала текућа средства, итд.) и не-текућа средства (некретнине, постројења, опрема, дугорочна финансијска средства, остала не-текућа средства).
- Пасиву (обавезе и капитал) друштва за осигурање чине: текуће обавезе (обавезе повериоцима, разграничење обавеза и резервисања, обавезе класификоване које се држе ради продаје, остале текуће обавезе), не-текуће обавезе (дугорочни зајмови, пензионе и сличне обавезе, не-текуће разграничене обавезе, остале не-текуће обавезе) и главница (акционарски капитал, резерве, задржана добит, мањински интереси).

При томе, врло је важно да друштво за осигурање на редовној основи врши управљање активом и пасивом како би успешно профитабилно пословало у турбулентном окружењу.

Слика 3.2.1. Форма биланса стања друштва за осигурање

АКТИВА (СРЕДСТВА)	ПАСИВА (ИЗВОРИ СРЕДСТАВА)
ТЕКУЋА СРЕДСТВА Готовина и готовински еквиваленти Краткорочна финансијска средства Потраживања од дужника Остала текућа средства	ТЕКУЋЕ ОБАВЕЗЕ Обавезе према повериоцима Разграничење обавеза и резервисања обавезе класификоване које се држе ради продаје Остале текуће обавезе
НЕ-ТЕКУЋА СРЕДСТВА Некретнине Опрема Дугорочна финансијска средства Остала не-текућа средства	НЕ-ТЕКУЋЕ ОБАВЕЗЕ Дугорочни зајмови Пензионе и сличне обавезе Не-текуће разграничене обавезе Остале не-текуће обавезе
	ГЛАВНИЦА Акционарски капитал Резерве Задржана добит Мањински интереси

Управљање активом и пасивом (Asset and Liability Management - ALM) друштва за осигурање се односи на управљање средствима (актива) и изворима средстава (пасива) друштва, у смислу структуре (сојствено и позајмљено), рока (крајак, средњи и дуги временски период) и валута (динари, еври, швајцарски франци, и др. конвертибилне валуте).

Кључни циљеви управљања активом и пасивом су :

- Контрола износа и структуре прихода и расхода по основу активе и пасиве у сврху остварења дефинисаних циљева друштва за осигурање,
- Контрола над средствима у складу са контролом над изворима средстава друштва за осигурање – ефикасна координација у управљању подстиче повезаност између прихода и расхода и контроле изложености ризику,
- Стратегија за увећање прихода и смањење трошкова на најмању могућу меру на обе стране (активе и пасиве друштва за осигурање).

С тога је за овај концепт важна адекватна примена тачке 15 и 16 (део Управљање ризицима) Одлуке о систему интерних контрола и управљања ризицима у пословању друштва за осигурања која се тиче ризика рочне и структурне неуклађености имовине са обавезама (обрађено у овом делу уџбеника 1.4.4.) и ризик дејеновања и улагања средстава друштва (обрађено у овом делу уџбеника 1.4.5.).

Биланс успеха представља преглед прихода, расхода и резултата друштва за осигурање остварених у одређеном временском периоду (најчешће годину дана).

- Приходи друштва за осигурање су: од премија осигурања и саосигурања, од премија реосигурања и ретроцесије, од наплаћених провизија реосигурања, од депоновања техничких резерви осигурања, остали приходи (из послова осигурања, по основу регреса, од смањења осталих техничких резерви, од промена разграничења трошкова прибаве, итд.) и остали додатни приходи (из курсних разлика трансакција страним новцем, од продаје финансијских средства, из заштите токова готовине, од усклађивања вредности имовине по фер вредности, од учешћа у добити зависних и придружених ентитета и актуарски добици).
- Расходи друштва за осигурања су: оперативни расходи (дугорочног резервисања за штете, накнада штета, од промене резервација штета, због повећања осталих техничких резерви, по основу депоновања и инвестирања, остали пословни расходи), трошкови спровођења осигурања (провизије прибављачима осигурања, остали трошкови прибаве осигурања, трошкови амортизације, трошкови материјала, енергије и услуга, бруто зарада и накнада запосленим, остали трошкови управе друштва за осигурање), остали додатни расходи (од повећања осталих техничких резерви, негативних курсних разлика, услед обезвређивања имовине и пореза на добит) и финансијски резултат (позитиван - добит, односно, негативан – губитак).

Слика 3.2.2. Форма биланса успеха друштва за осигурање

ПРИХОДИ

Пословни приходи

- од премија осигурања и саосигурања
- од премија реосигурања и ретроцесије
- од наплаћених провизија реосигурања
- од депоновања техничких резерви осигурања

Остали приходи из послова осигурања

- по основу регреса
- од смањења осталих техничких резерви
- од промена разграничења трошкова прибаве
- и др.

Остали додатни приходи

- из курсних разлика трансакција страним новцем
- од продаје финансијских средстава
- из заштите токова готовине
- од усклађивања вредности имовине по фер вредности
- од учешћа у добити зависних и придружених ентитета
- актуарски добици

РАСХОДИ*Опериативни расходи*

- дугогорочног резервисања за штећење
- накнада штетења
- од промене резервација штетења
- због повећања осталих техничких резерви
- по основу дејеновања и инвестирања
- остали пословни расходи

Трошкови спровођења осигурања

- провизије прибављачима осигурања
- остали трошкови прибаве осигурања
- трошкови амортизације
- трошкови материјала
- трошкови енергије
- трошкови услуга
- бруто зарада и накнада запосленим
- остали трошкови управе друштва за осигурање

Остали додатни расходи

- од повећања осталих техничких резерви
- негативних курсних разлика
- услед обезвређивања имовине
- услед пореза на добити

ФИНАНСИЈСКИ РЕЗУЛТАТ

Извештај о токовима готовине пружа информације о примањима и издавањима готовине и готовинских еквивалената друштва за осигурање током одређеног обрачунског периода.

Слика 3.2.3. Форма извештаја о токовима готовине друштва за осигурање

ТОКОВИ ГОТОВИНЕ ИЗ ПОСЛОВНЕ АКТИВНОСТИ

Приливи готовине из пословне активности

Одливи готовине из пословне активности

ТОКОВИ ГОТОВИНЕ ИЗ АКТИВНОСТИ ИНВЕСТИРАЊА

Приливи готовине из активности инвестирања

Одливи готовине из активности инвестирања

ТОКОВИ ГОТОВИНЕ ИЗ АКТИВНОСТИ ФИНАНСИРАЊА

Приливи готовине из активности финансирања

Одливи готовине из активности финансирања

НЕТО ПРИЛИВ (ОДЛИВ) ГОТОВИНЕ

Извештај о променама на капиталу пружа информације о променама на капиталу осигуравајућег друштва током одређеног обрачунског периода.

Напомене уз финансијске извештаје садрже основу за приказивање финансијских извештаја и усвојене рачуноводствене политике, као и друга обелодањивања у складу са МРС односно МСФИ.

Статистички анекс садржи одређене статистичке и статусне податке.

Припремне радње за састављање финансијских извештаја друштва за осигурање подразумевају између осталог:

- Пописе, који се односе на пословање друштва за осигурање и израду финансијских извештаја,¹⁴
- Решавање – ликвидације насталих и пријављених осигураних случајева – штета,
- Обрачун премија осигурања и издавања полиса осигурања, по пословима који су закључени а евентуално нису издате полисе осигурања, односно, обрачун премије осигурања – саосигурања и реосигурања,
- Наплата премије осигурања и других потраживања,
- Исплата накнада штета и других обавеза из основа осигурања – саосигурања – реосигурања,
- Обрачун камата по датим депозитима и другим видовима пласмана средстава осигурања,
- Достављање документације, по основу закључених осигурања од стране заступника – повереника, агенција, службама осигурања и рачуноводству,
- Усаглашавање потраживања и обавеза, са стањем на дан састављања финансијских извештаја, са осигураницима и осталим пословним партнерима,
- Процена билансних и ванбилансних позиција, итд.

Битно је истаћи да друштво за осигурање припрема, усваја и јавно објављује финансијске извештаје у којима јасно изражава своју намеру извесности, односно, наставка свог пословања у блиској будућности, што је изузетно важно за сва заинтересована лица друштва (*going concern principle*). У складу са тим,

14 Професионална регулатива подразумева: Оквир за припрему и презентацију финансијских извештаја, презентација финансијских извештаја, Међународни рачуноводствени стандарди – МРС, Међународни стандарди финансијског извештавања МСФИ и Тумачења која су саставни део стандарда.

Интерна регулатива подразумева општа акта и акта пословне политике, која доносе надлежни органи друштва за осигурање, а која садрже посебна упутства и смернице за вођење пословних књига, рачуноводствених политика за признавање, процењивање имовине и обавеза, прихода и расхода, упутства и смернице за усвајање, достављање и обелодањивање финансијских извештаја, као и друга питања вођења пословних књига и састављања финансијских извештаја за које је законом прописано да се уређују општим и актима пословне политике, у складу са законском и професионалном регулативом.

припремљени и презентирани финансијски извештаји на опште прихваћеном начелу извесности пословања треба да садрже објашњења да не треба очекивати ликвидацију друштва, нити прекид или заустављање пословања. Управа друштва за осигурање, је у обавези да у моменту припреме финансијског извештаја процени способност друштва која се може очекивати за успешан наставак пословања у наредних најмање 12 месеци од датума претходног извештајног периода за који се саставља финансијски извештај.

Годишњи извештај о пословању друштва за осигурање садржи: писмо генералног директора, увод, основне податке о друштву за осигурање, руководство и организацију управљања (пословодство и организација управљања, основни капитал и акције, људски потенцијали, тржишна позиција друштва, очекивани развој друштва), финансијске показатеље пословања (финансијски показатељи пословања, анализа премија и штета, фактурисана реализација, наплаћена премија, ликвидирани штете, анализа осигурања по врстама, рачуноводствене политике, управљање финансијским ризицима, улагање средстава), извештај независног ревизора и финансијске извештаје. Такође, битно је нагласити да је Народна банка Србије одговарајућим одлукама дефинисала начин и рокове у којима се морају достављати претходно наведени извештаји, као и извештаји за важне компоненте биланса стања и биланса успеха.

3.3. Организација и начин обављања интерне ревизије

Интерна ревизија је независно, објективно уверавање и саветодавна активност осмишљена да побољша пословање привредног субјекта, односно друштва за осигурање. Она помаже друштву да оствари своје циљеве уводећи систематичан, дисциплинован приступ процењивању и побољшању ефикасности управљања ризиком, контролних и управљачких процеса.

Законодавац је прописао да је друштво за осигурање у обавези да организује и интерну ревизију која је самостална и независна у обављању својих послова. У складу са тим, интерну ревизију обавља посебан организациони део у друштву за осигурање. Интерна ревизија је непосредно одговорна надзорном одбору, а не управи друштва. При томе су јасно дефинисани и задаци интерне ревизије укључујући и праћење усклађености пословања друштва за осигурање, и адекватност примене интерних процедура у послу (Удружење осигураваача Србије, 2009).¹⁵

Интерна ревизија је део система рачуноводствених интерних контрола која се у савременим условима пословања често назива менаџерска ревизија.

15 Одељење интерне ревизије у друштвима за осигурање формира се и послује у складу са следећим прописима, актима и међународним препорукама: Закон о осигурању, Међународни стандарди интерне ревизије, Закон о рачуноводству и ревизији, План рада интерне ревизије, Програм рада интерне ревизије, Међународни оквир професионалне праксе (Обавезне смернице – Дефиниција, Међународни стандарди и Етички кодекс; Препоручене смернице – Основне поставке, Практични савети и Практични водичи).

Менаџерска ревизија је оријентисана ка будућности, а представља „независно и систематско вредновање активности на свим нивоима менаџера. Њу обављају интерни ревизори ради побољшања организационе профитабилности и остваривања осталих организационих циљева кроз унапређење менаџерске функције, постизања намена програма, социјалних циљева и развоја запослених. Примарни извори доказа су оперативна политика и одлуке менаџмента, ако су у односу са организационим циљевима. Она укључује вредновање менаџерских контролних система, заједно са процесом доношења одлука у смислу постојања, испуњавања и релевантности у односу на постизање организационих циљева, те одлуке менаџмента у односу на организационе циљеве и квалитет менаџмента.

Менаџерска ревизија поседује најширу аутономију у односу на менаџмент и оперативну област ревизије. Она разматра активности као што су продаја услуга, инжењеринг, контрола квалитета и исплата штета.

Интерном ревизијом се може сматрати ревизија оперативности из перспективе генералног менаџера.

Менаџерска ревизија укључује разматрање предмета ревизије да би одредила да ли су:

1. Извори економично примењени и ефикасно искоришћени,
2. Утврђени циљеви постигнути и
3. Корисници (клијенти) задовољни типом или нивоом услуге.

Ова ревизија има ознаку 3Е, за оно што се у ревизији зове „*ревизија економичности, ефикасности и ефикасности*”. Делокруг интерне ревизије про-ширен је тако да:

1. Укључује процену да ли је пословна пракса (процедура) пригодна, а не само да разматрањем одреди обима у коме се ове процедуре спроводе, и
2. У ревизији треба посматрати и процедуре које нису књиговодствене, финансијске и административне – другим речима и процедуре којима се спроводе техничке операције – као што је случај са администрацијом.

Ефективност значи радити праве ствари (постизати циљеве), ефикасност значи радити ствари на прави начин (адекватним алатом), економичност је обављање послова јефтино, а правичност – радити их како треба.

Интерна ревизија подразумева да се техничке, књиговодствене, финансијске и административне процедуре односе на све операције. Модерни ревизори су заинтересовани за 4Е у оперативним, функционалним областима као што су кадровска служба, истраживање и развој, услуге, дистрибуција, маркетинг.

Интерна ревизија је независни процењивач ефективности интерне контроле у име менаџмента.

Друштво за осигурање ради спречавања негативних конотација ризика мора идентификовати све могуће врсте ризика и проценити њихов релевантан утицај на пословање. Ризик долази из спољњег окружења, али из унутрашњег окружења.

Процена и идентификација морају бити сталан процес да би се ризици уочили на време и да се на њих адекватно реагује. Информација о присуству ризика треба да буде поуздана и јасно дефинисана. Ризик може бити изражен квантитативно и квалитативно. Он има различит утицај на пословни процес.

Прво, треба установити ризик и контролне циљеве (сврху контроле). Друго, треба утврдити показатеље на које се може применити појединачни ризик и утврдити праг толеранције и одредити њихов утицај у процес остварења циља. Узимајући у обзир податке о циљевима и њихово рангирање, може се остварити адекватан систем контроле који треба пратити и оцењивати, те уносити одговарајуће процене.

Контрола адекватности интерне ревизије треба да има две димензије:

1. Уставновљена правила која дефинишу процес активности,
2. Процедуре којима се дефинишу процеси.

Питања оцене ризика и контроле које може провести интерна ревизија су:

1. Да ли је менаџмент јасно дефинисао циљеве финансијске и рачуноводствене функције?
2. Да ли је уведен контролинг?
3. Подржава ли менаџмент перманентно усавршавање запослених?
4. Да ли су послови друштва за осигурање усаглашени са позитивним законским и другим прописима?
5. Да ли запослени у финансијама на време обезбеђују информације и податке за процес одлучивања?
6. Да ли су капитал, премије, приходи, расходи и камате правилно идентификовани, обрачунати и прокњижени?

Ревизорска процена ризика је од највећег значаја, као и ефикасно коришћење средстава за ревизију.

Листа фактора ризика, који могу бити различито ранжирани на основу процене њиховог утицаја у друштву за осигурање, је следећа:

- ✓ Квалитет система интерне контроле,
- ✓ Способност менаџмента,
- ✓ Промене у систему рачуноводства,
- ✓ Комплексност операција,
- ✓ Промена кључног особља,
- ✓ Ликвидност активе,
- ✓ Погоршање економских услова пословања,
- ✓ Брз раст обима посла
- ✓ Обим компјутерске обраде података,

- ✓ Време од последње ревизије,
- ✓ Измене законских прописа,
- ✓ Планови ревизије независних ревизора,
- ✓ Некономски утицаји,
- ✓ Потреба да се очува независност ревизора,
- ✓ Удаљеност од седишта друштва за осигурање.” (Авдаловић, 2000)

Задачи интерне ревизије друштва за осигурање су спровођење сталне и свеобухватне контроле свих активности пословања друштва, а нарочито:

- Континуирано праћење, провера и унапређење система рада у друштву за осигурање,
- Идентификација ризика којима је друштво изложено или се може очекивати да буде изложено,
- Оцена и вредновање успостављеног система интерне контроле,
- Издавање одговарајућих препорука за отклањање неправилности и недостатака и за унапређење примењених поступака и контрола рада.

Интерне контроле у друштву за осигурање могу бити превентивне и детективне. Превентивне интерне контроле спречавају настанак неправилности, грешака и превара које имају за последицу нетачна исказивања у финансијским и другим извештајима друштва за осигурање. Детективне интерне контроле откривају неправилности, грешке и преваре које су се већ догодиле и које резултирају нетачним исказима у финансијским и другим извештајима друштва за осигурање.

Карактеристике делотворних интерних контрола друштва за осигурање су следеће:

- Јасно дефинисана сврха и циљеви контролних процеса,
- Тимски рад у изградњи и имплементацији контрола,
- Однос трошкова и користи (економичност контрола),
- Повезивање контрола са ризицима,
- Документованост контрола,
- Успостављање континуираног надзора – мониторинга,
- Еластичност и флексибилност контрола (динамички приступ).

Улога интерне ревизије у процесу управљања ризиком је дефинисана Међународним стандардном 2120, односно, активност интерне ревизије мора да оцењује ефективност и да доприноси унапређењу процеса управљања ризиком. Практично, просуђивањем интерног ревизора се добијају одговори на следећа питања:

- Да ли су циљеви друштва усклађени са мисијом друштва,
- Да ли су значајни ризици идентификовани и оцењени,

- Да ли су одговарајуће технике за управљање ризиком одабране у складу са склоношћу друштва ка ризику,
- Да ли су релевантне информације о ризику забележене и правовремено саопштене друштву, омогућавајући запосленима, руководству и одбору да извршавају своје обавезе.

Такође, када помажу руководству у успостављању или унапређењу процеса управљања ризиком, интерни ревизори морају да се уздрже од преузимања било какве руководеће одговорности за управљање ризиком.

Улога управе друштва је да одреди улогу интерне ревизије у процесу управљања ризиком. Њен став зависи од пословне културе организације, способности интерне ревизије, локалних услова и обичаја земље. Улога интерне ревизије у процесу управљања ризицима друштва за осигурање може се мењати током времена и може укључивати следеће:

- Непостојање улоге у процесу управљања ризиком,
- Ревизија процеса управљања ризицима као део интерног плана ревизије,
- Активна, стална подршка и укључивање у процес управљања ризиком (учешће у одборима за надзор, надзорне активности и извештај о стању),
- Управљање и координација процеса управљања ризиком,
- Преузимање одговорности за процес управљања ризиком, што је уједно и потенцијална претња независности активности интерне ревизије, а то захтева опсежну расправу и одобрење управе.

Можемо закључити да интерна ревизија обезбеђује уверавање и менаџменту и одбору за ревизију у вези са адекватношћу и ефективношћу процеса управљања, управљања ризиком и интерних контрола по сваком од аспеката – финансијским, оперативним и аспектом усклађености. При томе, интерна ревизија представља део мониторинга у систему интерних контрола, и њене оцене користе и менаџмент и екстерна ревизија у својој процени интерних контрола.

3.4. Структура и администрирање процеса управљања ризиком

Политика управљања ризиком дефинише приступ и склоност друштва за осигурање ка ризику. Такође, дефинише **одговорност за управљање ризиком**, као и **законске обавезе и захтеве који се односе на одредбе политике.** Ефективно управљање ризиком подразумева процес у коме су (*Greuning* и Брајовић-Братановић, 2006):

- Чланови управе друштва оријентисани ка добром пословном резултату (врло је важно да управа ради у интересу друштва, а не свом личном),
- Јасно подељене надлежности и одговорности унутар друштва за осигурање,
- Обезбеђење одређених обука за повећање свести о ризику код свих заинтересованих лица.

Управни одбор друштва дефинише стратешки правац и формира окружење за управљање ризиком ради ефективног и ефикасног функционисања друштва.

Организациони делови друштва за осигурање имају базичну одговорност за управљање ризиком у дневном пословању.

Улога менаџера за управљање ризиком или сектора за управљање ризиком у друштву за осигурање подразумева: дефинисање и спровођење политике и стратегије за управљање ризиком, одговорност за управљање ризиком на стратешком и оперативном нивоу, обуке и презентације за промовисање културе свести о ризику у друштву, креирање и имплементацију (спровођење) интерних политика за управљање ризиком на нивоу организационог дела (обично пословне функције) или врсте производа, креирање и контрола процеса за управљање ризиком на нивоу друштва и на нивоу организационих јединица, мониторинг (праћење) и извештавање процеса управљања ризиком на нивоу друштва за осигурање.

Улога интерне резвије у процесу управљања ризиком је усмерена на: контролisanje и давање препорука за минимизирање ризика у свим организационим деловима, односно, пословним активностима друштава за осигурање, праћење испуњења препоручених мера од стране организационих делова, односно, одговарајућих овлашћених лица у друштву, обезбеђује активну подршку и укљученост у процес управљања ризиком, извештава управни одбор о ризику, препорученим мерама, итд.

Кључни ресурс за спровођење процеса управљања ризицима су запослени, односно, њихова свест о ризику и обученост да управљају њиме. Затим, оперативни процеси и информациони систем финансијске институције (друштва за осигурање) и уграђени механизми контроле, односно, минимизирања ризика у обављању дневних активности организационог дела. И на крају, не најмање важан процес буџетирања (доношење одлуке о инвестирању или пласману), односно, издвајања одређених новчаних средстава за покривање ризика пословања друштва за осигурање.

3.5. Стратегија управљања ризиком друштва за осигурање

Сектор за управљање ризиком или организациони део за управљање ризиком у друштву за осигурање је у функцији одржавања ризика у толерантним оквирима деловања за шта је важно обезбедити:

- поуздане информације и тачне извештаје, о претњи, настанку или дејству ризика,
- мерење дејства ризика (сваког појединачно и у међусобном утицају) у новчаном еквиваленту – изражено кроз смањење профита (зараде или добити) друштва или кроз штете које се наносе средствима друштва.

Банке су развиле моделе, алате и методе за квантификацију изложености ризицима у новчаном еквиваленту. Друштва за осигурање су изложеност ризику оствариле на квалитативном нивоу без адекватног новчаног еквивалента.

- адекватне стратегије, програме и планове за спречавање и сузбијање дејства сваког ризика кроз одговарајуће пословне политике, процедуре и стандарде.

Друштво за осигурање прихвата ризик и послује са његовим последицама, с обзиром на то да управља и располаже туђим средствима. Дејство ризика ограничава посматрањем контролних лимита изложености или примењује неку од раније наведених стратегија, али и води пословну политику диверсификације појединог и укупног ризика.

Друштво за осигурање издваја одређена резервна (новчана) средства за покриће могућих губитака како у одређеном послу, тако и у целини, уколико улази у послове преузимајући одговорност за ризике. Конкретан износ средстава за покриће ризика укупног пословања друштва (у форми различитих квантитативних показатеља) зависиће од финансијске способности самог друштва.

Друштва за осигурање у свом пословању користе стандардне методе процене ризика, које обезбеђују информације о укупној снази друштва, финансијским и оперативним слабостима или неповољним трендовима, проблемима или погрешним условима, и о праксама управљања ризиком.

Искуство говори, да су уобичајени недостаци у управљању друштва за осигурање: сувише агресивна активност одговорних лица друштва, нејединствена или непажљива управа, негативан утицај запослених, зависност сектора за управљање ризиком од извршног директора (врло је важно да функција управљања ризиком буде независна од управе друштва за осигурање како би се послови реализовали у интересу друштва а не појединаца – директора) и остало (нпр. сувише изузетака у реализацији послова, неконтролисано закључивање уговора о осигурању, акценат на спекулативним зарадама, итд.).

3.5.1. Систем управљања ризиком према Одлуци о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању друштва за осигурање

Законодавац је поставио оквир за систем интерних контрола и управљање ризиком у пословању друштава за осигурања (раније поменутом Одлуком о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању ДО). Значи, он је дефинисао основе система – ризике, органе и њихову одговорност, врсту процедуре за управљање ризиком (односно процедуру за идентификацију, мерење и процену ризика) захтевајући да сама друштва за осигурање дефинишу и конституишу све остало у том оквиру на начин којим ће се обезбедити трајно

одржавање степена изложености ризицима на нивоу који неће угрожити имовину и пословање друштва, односно, који ће обезбедити заштиту интереса осигураника, корисника осигурања, трећих оштећених лица и других поверилаца друштва – у складу са законом и другим прописима, као и својим актима.

Управљање ризиком у друштву за осигурање подразумева:

- да се дефинишу органи који су надлежни за поједине врсте ризика,
- да се установе одговарајућа акта друштва, процедуре и поступци за управљање ризиком у складу са важећом регулативом и праксом струке,
- да се дефинишу врсте ризика, идентификују, рангирају (по важности утицаја на пословање друштва) и оцени њихово дејство (као прихватљиво, толерантно или не).

Управљање друштвом за осигурање у основи своди се на управљање ризиком чиме се обезбеђује већа ефикасност, сигурност и растерећење од непотребних акција и интервенција. Истовремено се постиже оптимално руковођење укупним перформансама (карактеристикама пословања) друштва (квалитативним и квантитативним).

У исто време управљање ризиком друштва за осигурање обезбеђује остварење два циља:

- ефикасно пословање друштва, остваривање дефинисаних пословних циљева и адекватно извештавање,
- ефикасну примену одговарајућих мера којима ће се исто континуирано пратити (односно контролисати). У пословању друштва је важна контрола ризика којима је изложено у свакодневном пословању.

У процесу управљања ризиком важно је препознати узроке настанка ризичних догађаја и проценити евентуалне последице у новчаном еквиваленту.

Основни показатељи за управљање ризиком су:

- наплаћене премије (структура премија по делатностима),
- исплаћене штете,
- рацио штете и премије.

Параметри за управљање ризиком у друштву за осигурање су:

- методе и врсте осигурања у складу са дефинисаним предметом осигурања, временом трајања осигурања и врсте покрића штете,
- географска распрострањеност којом се обезбеђује дисперзија ризика у простору и врсти ризика,
- институционална регулатива, односно, инволвираност државе у заштити грађана и њихове имовине,
- захтеви самог друштва за осигурање у односу на интерно и екстерно окружење.

У класичној теорији осигурања основне технике за управљање ризиком су:

- ✓ Властити капацитети за управљање ризиком – утврђивање висине самопридржаја, што подразумева: израчунавање властитих капацитета актуарским методама и утврђивање властитих капацитета ношења ризика у складу са пословном политиком, актуелних могућности пласмана вишка ризика на домаћем и међународном тржишту саосигурања и реосигурања, свеукупних услова за пласман вишка ризика и осталих битних услова). Самопридржај је онај део јединственог ризика којег осигуравач може покрити у случају велике делимичне или тоталне штете из сопствених средстава, али тако да исплатом штете постане инсолвентан.
- ✓ Саосигурање се користи када је осигуравач у ситуацији да преузме покриће ризика који по величини прелази његов капацитет или постоји могућност настанка масовних штета које није у стању сам да надокнади. На овај начин осигуравач штити властиту сигурност и сигурност осигураника.
- ✓ Реосигурање је механизам управљања ризиком којим осигуравач тежи да се заштити од ризика плаћања великих штета или великог броја малих штета изазваних једним штетним догађајем, због чега би могао да постане несолвентан. Реосигурањем се обезбеђује расподела ризика у времену и простору.

У складу са Одлуком, надлежни органи за управљање ризиком у друштву за осигурање су:

- управни одбор,
- директор друштва,
- руководиоци организационих јединица друштва који су непосредно одговорни директору друштва (руководиоци).

У пословању друштва за осигурање се примењује модел традиционалног управљања, који подразумева хијерархијски уређен систем одговорности. На самом врху управљачке пирамиде налази се Управни одбор, који би требало да:

- одобри Политику и стратегију за управљање ризиком на нивоу друштва,
- периодично врши његову ревизију,
- се увери да је Политика предмет ефективне и обухватне интерне ревизије, која је независна, а обављају је добро обучени и компетентни кадрови.

Најодговорнији за процес управљања и процес управљања ризиком друштва за осигурање су управни одбор и директор друштва.

Следећи ниво чине руководиоци, који су одговорни за конзистентну примену Политике на свим нивоима у осигуравајућим друштвима, као и да сви запослени добро разумеју одговорност коју носе процеси управљања ризиком у коме учествују, уз поштовање успостављених етичких и професионалних стандарда.

У пракси највећи проблем јесте схватање одговорности, појединачне и колективне, у процесу управљања ризиком.

Требало би имати у виду да су наша друштва за осигурање у фази развоја и успостављања корпоративног управљања, тако да још увек траје процес ефикасног укључивања свих запослених у спровођење и развој система интерних контрола на начин који ће им омогућити да разумеју своје задатке у остваривању циљева друштва, процедуре и правила за обављање тих задатака, своју улогу у систему интерних контрола као и значај система интерних контрола и управљања ризицима. Такође, још увек није развијена права функција управљања ризиком у друштвима за осигурање. У неким друштвима јесу основани сектори за управљање ризиком (нпр. Дунав осигурање, 2009), а у неким интерни ревизори обављају истовремено функцију ризик менаџера (нпр. Меркур осигурање, 2009). Тренутно највећи број друштава за осигурање је у фази идентификације и квалитативне процене ризика којима су изложени (нпр. Дунав осигурање је поред 8 основних ризика у складу са Одлуком идентификовало 56 подгрупа ризика којима је изложено; 2009). Евидентно је да домаћа друштва за осигурање основана страним капиталом чекају групна решења и софтверске алате за управљање ризиком. Сходно томе, можемо закључити да се налазимо у раној фази имплементације процеса управљања ризиком (Барјактаровић и Јечменица, 2010).

Слика 3.5. Систем управљања ризиком према Одлуци о управљању ризицима у пословању друштва за осигурање



3.6. Солвентност II

Осигурање је од кључне важности за грађане и привредне субјекте, односно, обезбеђује сигурност и стабилност. Заштита коју обезбеђује осигурање и инвестирање од стране осигураваача помажу економски раст и структурни развој. Из тог разлога држава контролише област осигурања кроз техничке резерве и маргину солвентности. У жељи да се обезбеди сигурност у пословању друштава за осигурање у Европској Унији (пре свега интереса осигураника и корисника осигурања), кренуло се у развој регулаторног оквира за рад друштава за осигурање (крајем 90-их година прошлог века), познатог као Солвентност I и II (*Solvency I and II*). Креирање Солвентности II иде у правцу замене једноставне структуре солвентности која је раније постојала у осигурању у Европи, у стварање модерне, ризично конзистентне системе финансијског надзора (супервизије). Процена неопходне висине капитала је основ нове регулативе – Солвентности II (Ђорђевић, 2010).

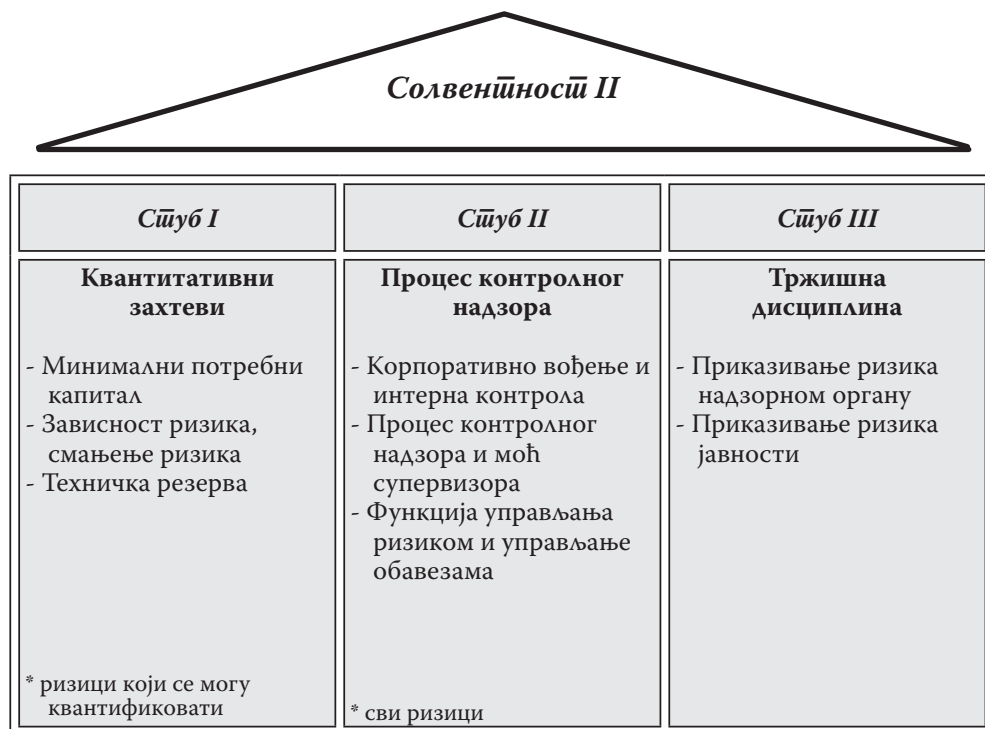
Развој Солвентности II је ишао у четири нивоа:

- Ниво 1:** Успостављање оквира директиве који ће садржати основне принципе новог система.
- Ниво 2:** Развој мера неопходних за имплементацију, односно, да систем заживи.
- Ниво 3:** Мере неопходне за конвергенцију, односно, имплементацију у националну регулативу земаља чланица ЕУ.
- Ниво 4:** Примена (имплементација).

CEIOPS (*Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors*) је спровео одговарајуће квантитативне студије ефеката (*QIS – Quantitative Impact Studies*), које су обезбедиле да Европски Парламент усвоји Директиву о Солвентности II 2009. године (Директива 2009/138, Сл. лист ЕУ бр. 52).

Нови оквир директиве је базиран на три стуба примене Солвентности II.

Слика 3.6. Солвентности II



Први стуб Солвентности II се односи на квантитативне захтеве које осигуравач мора да задовољи како би заштитио интересе осигураника и обезбедио стабилно и сигурно пословање (висина потребног капитала, висина техничких резерви и структура инвестиција).

Други стуб Солвентности II се односи на постизање тржишне дисциплине кроз процес јавног надзора пословања друштва за осигурање (дефинише се који органи могу да врше надзор и прописују правила за управљање ризиком). То подразумева јавно објављивање финансијских извештаја осигуравача о оствареним резултатима, преузетим ризицима и квалитету сопствених средстава за дугорочно стабилно пословање.

Трећи стуб Солвентности II наглашава важност управљања ризиком од стране надзорних органа и њиховог искуства.

ПРИЛОГ 1

А: Стуб 1 Солвентности II – Квантитативни захтеви

Први стуб Солвентности II се односи на сет квантитативних захтева које осигуравач мора да задовољи како би заштитио интересе осигураника, односно, корисника осигурања и обезбедио стабилно и сигурно пословање. С тога, се регулаторни захтеви односе на вредновање активе и пасиве (посебно техничке резерве и инвестиције) и капиталне захтеве за солвентношћу.

Директивом Солвентности II (члан 72) је предвиђено вредновање активе и пасиве на фер вредностима. Принцип фер вредности се односи на вредност по којој се одређена актива, односно, пасива осигуравача може трансферисати (односно продати) у легалној трансакцији између познатих уговорних страна.

Циљ директиве је да буде компатибилна и конзистентна, где год је могуће са међународним рачуноводственим стандардима посебно у деловима који се тичу вредновања активе и пасиве, укључујући и техничке резерве.

Обавезе друштава за осигурање се могу поделити на:

- Техничке резерве – обавезе које се односе на обавезе према осигураницима и другим корисницима осигурања,
- Друге обавезе – као што су суме осигурања које требају бити исплаћене, пореске обавезе, плате запослених и пратећи порези и доприноси, укључујући субординирани дуг и друге обавезе по кредитима.

Што се тиче вредновања (утврђивања) техничких резерви, циљ директиве Солвентности II је да се ускладе методе обрачуна техничке резерве. То практично значи да сума техничких резерви буде једнака суми најбоље процене (будући ток новца који уважава временску вредност новца уз употребу безризичне каматне стопе) и маргине ризика (која обезбеђује одговарајући ниво капитала за солвентност у измиривању обавеза друштва за осигурање), рачунате посебно.

Сопствена средства друштава за осигурање су у форми расположивог капитала за потребе захтева за солвентношћу, која обезбеђују апсорбовање будућих губитака и нормално пословање друштва (Директива 2009/138, члан 88).

Основне карактеристике сопствених средстава су: перманентна доступност, субординација, одсуство обавезе исплате номиналне суме, одсуство обавезе трошкова обавезне резерве и одсуство задужености.

Солвентност II уводи нови начин обрачуна потребног капитала по основу преузетог ризика тзв. **минимални захтев за капиталом** (*MCR – Minimal Capital Requirement*) и **потребни капитал за обезбеђење солвентности** (*SCR – Solvency Capital Requirement*).

Циљ капиталног захтева за солвентношћу је да рефлектује ниво неопходних сопствених средстава који омогућавају осигуравачу да апсорбује губитке са нивоом поверења од 99,5% на годишњем нивоу. Ниво капитала за обезбеђење солвентности

мора бити обрачунат тако да покрива све квантификоване ризике које осигуравач или реосигуравач преузима. Практично то значи да морају да буду покривени минимално следећи ризици: неживотног осигурања, животног осигурања, здравственог осигурања, тржишни ризици, кредитни ризик и оперативни ризици.

Требало би имати у виду да потребни капитал за обезбеђење солвентности кореспондира вредности добијеном применом *VaR* методологије на основна сопствена средства осигуравача са нивоом поверења од 99,5% током једногодишњег периода, покривајући све неочекиване губитке из постојећих послова као и нових послова који се очекују у периоду од дванаест месеци. Такође, обрачун капиталног захтева за солвентношћу може узети у обзир технике за умањење ризика (нпр. реосигурање), под условом да кредитни ризик и други ризици везани за коришћење таквих техника буду ваљано одражени у потребном капиталу за солвентношћу. Обрачун потребног капитала за обезбеђење солвентности се једном годишње мора достављати супервизору у форми одговарајућег извештаја.

Друштва за осигурање која не користе одобрене интерне моделе су у обавези да користе стандардну формулу како би обрачунали ниво капитала који им је неопходан за нормално пословање.

Минимални захтев за капиталом је креиран како би обезбедио нижи ниво обрачуна неопходне солвентности у друштву за осигурање. Ово кореспондира нижем нивоу солвентности, који омогућава власницима полиса и корисницима полиса који су изложени непотребном нивоу преузетих ризика осигуравача, да буду сигурни да ће осигуравач моћи да настави са својим пословањем.

Осигуравачима и реосигуравачима ће бити омогућено да одржавају ниво сопствених средстава који им омогућава покривање потребног капитала за обезбеђење солвентности, који ће бити обрачунат применом стандардне формуле (или појединачних стандардних формула) или интерног модела.

1. Стандардна формула

Стандардна формула Солвентности II уводи модуларни приступ обрачуну капиталног захтева (члан 104). Модуларна структура је компонована од различитих ризичних подмодула, за који се сваки посебно рачуна капитални захтев. Потом се модули и подмодули комбинују у корелационе факторе, који уважавају ефекат диверсификације.

Капитални захтев за солвентношћу се обрачунава као збир разлике између основног потребног капитала за обезбеђење солвентности (*BSCR* – *Basic Solvency Capital Requirement*) и корекција за капацитет техничких резерви и одложених пореза за апсорбовање губитака (*Adj* – *Adjustment for the risk absorbing effect of future profit sharing and deferred taxes*), и потребан капитал за оперативни ризик (*SCR_{op}* – *Capital requirement for operational risk*).

$$SCR = BSCR - Adj + SCR_{op}$$

Основни потребни капитал за обезбеђење солвентности обухвата појединачне **модуле ризика**. Он се састоји, најмање, од следећих модула ризика:

- ризика неживотног осигурања - одражава ризик који потиче од обавеза по основу неживотног осигурања, у вези са покривеним опасностима и коришћеним процесима у обављању послова,
- ризика животног осигурања - одражава ризик који потиче од обавеза из животног осигурања, у вези са покривеним опасностима и коришћеним процесима у обављању посла,
- ризика здравственог осигурања - одражава ризик који потиче од закључивања обавеза по основу животног осигурања¹⁶, било да се оно обавља на сличним техничким основама као животно осигурање или не, а произилази како из покривених опасности тако и из коришћених процеса у обављању посла,
- тржишног ризика - одражава ризик који потиче од нивоа или волатилности тржишних цена финансијских инструмената који утичу на вредност имовине и обавеза друштва; он ваљано одражава структуралну неусклађеност између имовине и обавеза посебно у односу на њено трајање,
- ризика неиспуњења обавезе друге стране - одражава могуће ризике услед неочекиваног неиспуњења обавеза, или погоршања кредитне способности других страна и дужника друштва за осигурање и реосигурање током наредних 12 месеци.

Послови осигурања и реосигурања се расподељују у модул ризика осигурања који на најбољи начин одражава техничку природу основних ризика.

Коефицијент корелације за груписање модула ризика ($Corr_{ij}$), као и калибрирање потребног капитала за сваки модул ризика, резултираће укупним потребним капиталом за обезбеђење солвентности.

Сваки од модула ризика калибрира се коришћењем Var -а, са нивоом поузданости 99,5%, током једногодишњег периода. Тамо где је то примерено, у изради сваког од модула ризика узмеће се у обзир ефекти диверсификације.

Формула за обрачун **основног потребног капитала за обезбеђење солвентности** (*Basic SCR – Basic Solvency Capital Requirement*) се може приказати на следећи начин (Директива о Солвентности II, Анекс IV, стр.1):¹⁷

$$Basic\ SCR = \sqrt{\sum_{i,j} Corr_{ij} \times SCR_i \times SCR_j} + SCR_{Intangibles}$$

¹⁶ У Србији је здравствено осигурање класификовано у неживотно.

¹⁷ Директивом о Солвентности II, Анекс IV, стр.2, је дефинисана матрица корелације ризика ($Corr_{ij}$), где i представља колоне, а j редове модула ризика: тржишно, неизвршење обавезе, животно, здравствено и неживотно) за обрачун основног потребног капитала за обезбеђење солвентности за ризике у распону од 0 до 1 (0; 0,25; 0,5; 1).

Исту структуру и спецификације за модуле ризика (SCR , SCR) користиће сва друштва за осигурање и реосигурање, како у погледу основног потребног капитала за обезбеђење солвентности, тако и у погледу поједностављених обрачунавања дефинисана од стране регулаторног тела.

У вези ризика везаних за природне катастрофе, тамо где је примерено, могу да се користе географске специфичности за обрачун модула ризика животног, неживотног и здравственог осигурања.

Под условом да добију одобрење надзорних органа, друштва за осигурање и реосигурање могу, у оквиру структуре стандардне формуле, да замене подгрупу њених параметара са параметрима који су специфични за предметно друштво приликом обрачунавања модула ризика животног, неживотног и здравственог осигурања. Такви параметри се калибрирају на бази интерних модела предметног друштва, или података који су непосредно релевантни за пословање тог друштва, коришћењем стандардизованих метода.

Приликом давања надзорног одобрења, надзорни органи верификују потпуност, тачност и примереност коришћења података.

Захтеви у погледу **висине капитала за оперативни ризик** одражаваће оперативне ризике у оној мери у којој се не одражавају у раније дефинисаним модулима ризика. У погледу уговора о животном осигурању у којима инвестициони ризик носи осигураник, обрачун потребног капитала за оперативни ризик узеоће у обзир износ годишњих трошкова насталих у погледу тих обавеза из осигурања. У погледу послова осигурања и реосигурања различитих од оних који се наводе у претходној реченици, обрачунавање потребног капитала за оперативни ризик узеоће у обзир обим тих послова, у смислу зарађених премија и техничких резерви које се држе за те обавезе из осигурања и реосигурања. У овом случају, потребни капитал за оперативне ризике неће бити већи од 30% основног потребног капитала за обезбеђење солвентности везаног за послове осигурања и реосигурања.

Кориговање за капацитет техничких резерви и одложених пореза за апсорбовање губитка треба да одражава потенцијалну компензацију неочекиваних губитака кроз истовремено смањење трехничких резерви или одложених пореза, или кроз њихову комбинацију.

Ово кориговање треба да узме у обзир ефекат ублажавања ризика који дају будуће дискреционе премије по уговору о осигурању, у мери у којој друштва за осигурање и реосигурање могу да утврде да се смањење у таквим премијама може користити за покривање неочекиваних губитака када они настану. Ефекат ублажавања ризика који пружају будуће дискреционе премије неће бити већи од збира техничких резерви и одложених пореза везаних за те будуће дискреционе премије.

Сходно томе, вредност будућих дискреционих премија у неповољним околностима упоређиће се са вредношћу таквих премија при основним претпоставкама обрачунавања за најбољу процену.

2. Интерни модели

Осигуравач може користити делимично или потпуно интерни модел за обрачун потребног капитала за обезбеђење солвентности уколико је исти одобрен од стране надзорног органа. Надзорни орган ће одобрити интерни модел уколико осигуравач докаже да исти испуњава следеће услове:

- Тест примене – осигуравачи и реосигуравачи треба да покажу да се интерни модел широко користи и има значајну улогу у њиховом систему управљања ризиком и доношења одлука.
- Стандарди статистичког квалитета – сет минималних захтева везаних за базу података (полазни инпути), претпоставке и методологију која се користи у моделу ризика (пре свега обрачун предвиђања расподеле вероватноћа) и квантификације неопходног капитала.
- Стандарди калибрирања – би требало да обезбеде осигуравачу основу за идентификовање извора профита и губитка у складу са ризичним профилем и претходним искуством, како би остварио профит.
- Стандарди валидације – осигуравачи и реосигуравачи би требало да имају редован циклус валидације модела који укључује контролу учинка интерног модела, путем преиспитивања текуће адекватности његове спецификације и тестирања његових резултата у односу на искуство.
- Стандарди документовања – документација треба да да детаљни приказ теорије, претпоставки и математичке емпиријске основе који карактеришу интерни модел. Такође, треба да укаже на околности под којима интерни модел не функционише ефикасно.

Уколико стандардна формула није одговарајућа за ризични профил друштва за осигурање, тада може надзорни орган да тражи да осигуравач користи интерни модел за обрачун потребног капитала за обезбеђење солвентности.

Уколико осигуравач не развије цео интерни модел, може да користи делимично интерни модел. Такође, уколико осигуравач једном добије одобрење за делимични интерни модел, не може користити стандардну формулу (изузев ако исто одобре надзорни органи).

Осигуравачи и реосигуравачи су обавезни да држе подобне основне сопствене фондове за покривање **минималног потребног капитала**. Минимални потребни капитал се обрачунава у складу са следећим принципима:

- Обрачунава се на јасан и једноставан начин.
- Одговара износу подобних основних фондова испод којег су уговорачи и корисници осигурања изложени неприхватљивом нивоу ризика када је друштвима за осигурање и реосигурање дозвољено да наставе са својим пословањем.
- Линеарна функција се користи за обрачун минималног потребног капитала калибрира према максималној ризичној вредности (Var) основних сопствених фондова друштва за осигурање или реосигурање, уз ниво поузданости 85% током једногодишњег периода. Линеарна функција се састоји од следећих варијабли: техничке резерве друштва, закључене премије, ризико капитал, одложени порези и административни трошкови.

- Минимални потребни капитал не сме бити нижи од 25% нити виши од 45% потребног капитала друштва за обезбеђење солвентности, са апсолутно најнижим вредностима 2,2 милиона евра (за друштва за неживотно осигурање) и 3,2 милиона евра (за друштва за животно осигурање и друштва за реосигурање). Друштва за осигурање и реосигурање обрачунавају минимално потребни капитал најмање једном у три месеца и подносе извештај са резултатима тог обрачуна надзорним органима.¹⁸

Област примене првог стуба Солвентности II се завршава регулисањем области акција надзорних органа (у процесу супервизије) за одржавање квантитативних показатеља на задовољавајућем нивоу (како на нивоу конкретног осигураваача, тако и на нивоу међународно активне групе у оквиру које послује) и инвестицијама (принцип прудентности, слобода улагања, локализација имовине и забрана залагања имовине).

Б: Стуб 2 Солвентности II – Процес контролног надзора

Најважнија компонента Солвентности II је постизање тржишне дисциплине кроз процес јавног надзора пословања друштва за осигурање. Захваљујући томе, сва заинтересована лица ће своје одлуке доносити на основу сагледавања финансијског стања осигураваача. Истовремено транспарентним развојем вредности и процеса управљања ризиком ће бити обезбеђени релевантни и основани индикатори о економској снази осигураваача. Додатно, захтеви за објављивањем финансијских показатеља, осетљивости ка преузетим ризицима, као и висина и квалитет сопствених средстава ће обезбедити конкурентност осигураваача и минимизирати потребу за арбитражом регулаторног тела.

Сви осигураваачи су у обавези једном годишње да публикују извештај о солвентности и финансијском пословању. Овај извештај пре јавног публиковања мора да буде одобрен од надлежних органа осигураваача. То подразумева одговорност управе осигураваача за презентовани извештај (форму и структуру).

Захтеви извештавања подразумевају да извештај осигураваача садржи информацију о висини потребног капитала за солвентношћу, минималном капиталном захтеву, управљању капиталом и структуру, висини и квалитету сопствених средстава. Такође, се захтеви односе и на:

- Свеукупну пословну активност и перформансе,
- Систем управљања и преузетим мерама за одржавање прихватљивог нивоа изложености ризицима,
- Осетљивост и предузете мере за умањење сваке категорије ризика,
- Основу за вредновање имовине и обавеза,
- Структура, висина и квалитет сопствених средстава,
- Основне разлике између коришћених интерних модела и стандардне формуле,
- Висина минималног капиталног захтева и потребног капитала за солвентношћу,

¹⁸ Висина потребног капитала за солвентношћу се обрачунава један пут годишње. Извештај надзорним органима по том основу се подноси једном годишње.

- Разлози за неподударање са висином миниманог капиталног захтева и потребног капитала за солвентношћу у току периода извештавања,
- Информација о евентуалним додатним резервама у капиталу, уз информацију о резултатима процеса супервизије друштва.

Уколико постоје материјалне промене у току периода извештавања које значајно утичу на информације у прилогу, осигуравач је у обавези да достави неопходна објашњења.

В: Стуб 3 Солвентности II – Тржишна дисциплина

Други стуб Солвентности II обухвата два члана односно две области примене:

- Надзорни органи и општа правила (укључујући правила за резерве у капиталу);
- Систем управљања.

Директива наглашава важност управљања у процесу ризика од стране надзорних органа и њиховог искуства. Надзорни органи имају снагу да предузму превентивне и корективне мере којима ће се обезбедити да осигуравач послује у складу са директивом Солвентности II. То подразумева да надзорни органи могу да контролишу пословање друштава за осигурање у њиховим просторијама или по било ком основу (извору) екстерно тражећи презентовање одговарајућих података.

Надзорни органи могу да траже да се ревидирају и поново евалуирају усвојене стратегије, процесе и процедуре извештавања, како би биле усклађене са директивом. У складу са својим овлашћењима, надзорни орган се понаша у складу са принципом пропорционалности. Практично, надзорни орган врши ревизију следећих области пословања осигуравача и реосигуравача:

- Систем управљања,
- Техничке резерве,
- Капиталне захтеве,
- Политику инвестирања,
- Квалитет и квантитет сопствених извора,
- Усклађеност делимичних и целих интерних модела са дефинисаним захтевима,
- Адекватност метода за предвиђање будућих економских промена које могу имати утицај на финансијско пословање осигуравача.

Уколико је резултат ревизије такав да ризични профил друштва одступа од предвиђеног потребног капитала за солвентношћу, то повлачи за собом ревизију компоненти, односно, идентификованих ризика који улазе у стандардну формулу или интерни модел, или сагледавање проблема у процесу управљања друштвом, које за собом повлачи издавање додатних резерви у капиталу. Свака ревизија нивоа капитала мора се минимум један пут годишње ревидирати.

Уколико осигуравач користи *outsourcing* услуге или функције (коришћење услуга специјализованих компанија које боље и јефтиније обављају исте од друштва за осигурање нпр. софтверски алати, продајна мрежа – агенти и филијале, позадински послови, чишћење и одржавање, итд.), у обавези је да достави надзорном органу одговарајуће податке и документацију по том основу. Такође, надзорни орган одлучује на који начин ће извршити контролу пословања *outsourcing* дела.

Осигуравачи и реосигуравачи би требало да имају ефективан **систем управљања**, одговарајући њиховој делатности, који обезбеђује јако и контролисано пословно управљање. Такође, мора да укључи специфичне захтеве везане за управљање ризиком, интерну контролу, интерну ревизију, актуарску службу и контролу различитих *outsourcing* аранжмана. Сви запослени који раде у осигурању, а превасходно на преузимању ризика или имају неку другу кључну функцију у друштву, морају да буду квалитетни и одговарајући.

Осигуравачи би требало да имају успостављен ефективан процес управљања ризиком који обухвата:

- стратегије, процесе и процедуре извештавања у области идентификовања, мерења, контроле, управљања и извештавања о ризику изложености друштва за осигурање (тренутне или потенцијалне) и њиховој међузависности;
- интегрисаност са организационом структуром и процесом доношења одлука одговорних лица друштва.

Процес управљања ризиком би требало да обухвати како ризике укључене у обрачун потребног капитала за солвентношћу, тако и ризике који нису укључени у обрачун. С тога, би требало да покрије минимално следеће:

- Осигурање и резервације,
- Управљање активом и пасивом,
- Инвестиције, посебно деривате и сличне обавезе,
- Ликвидност и концентрацију ризик,
- Оперативне ризике,
- Реосигурање и друге технике за умањење ризика.

Такође, Директива предвиђа, да делови процеса управљања ризиком друштава за осигурање морају да имају успостављене процедуре за процену потребне свеукупне ликвидности. Ово подразумева сагледавање конкретног ризичног профила друштва за осигурање, склоност ка ризику осигуравача и пословну стратегију која се односи на сопствени ризик и процену солвентности (*ORSA - Own Risk and Solvency Assessment*). *ORSA* је саставни део интегралне пословне стратегије и мора се уважавати приликом доношења стратегијских одлука.

ORSA би требало да укључи минимално следеће:

- Свеукупне потребе за солвентношћу (укључујући специфични ризични профил, одобрен праг толеранције, односно, лимите ризика и пословну стратегију осигурања, односно, преузимања ризика у осигурање),

- Усаглашеност са захтевима за капитал и техничким резервама на перманентној основи,
- Значајна одступања која постоје између ризичног профила друштва за осигурање и претпоставки за обрачун потребног капитала за солвентност (независно од тога да ли се за обрачун примењује стандардна формула или интерни модел).

У складу са овим зависи који ће се модел користити за обрачун потребног капитала за солвентношћу. Осигуравачи морају да презентују методе које користе за обрачун потребног капитала за солвентношћу, како би доказали повезаност са ризичним профилем и преузетим ризицима, односно, ризицима којима су изложени на кратак и средњи рок.

Г: Даљи развој Солвентности II

Пошто су завршене активности нивоа 1, пажња је била окренута развоју мера неопходних за имплементацију, односно, да систем заживи. Европска комисија је замолила да *CEIOPS* обезбеди одговарајуће техничке савете за имплементацију ових мера. Да сада је *CEIOPS* спровео одговарајуће квантитативне студије ефеката (*QIS – Quantitative Impact Studies*) имплементације новог оквира на пословање делатности осигурања.

Прва квантитативна студија је спроведена у јесен у 2005. године, чији су резултати били публиковани у фебруару 2006. године. Фокус је био на тестирању неколико хипотеза будуће регулативе у области техничких резерви.

Друга квантитативна студија је спроведена у лето 2006. године, а покривала је обрачун техничких резерви, потребног капитала за солвентношћу и минималног капиталног захтева. Фокус је био на методолошким захтевима за солвентношћу.

Трећа квантитативна студија се фокусира на калибрирање параметара који улазе у квантитативне обрачуне друштава за осигурање. Спроведена је у априлу 2007. године, а резултати су били познати у новембру исте године. Уједно је била основ за спровеђење четврте квантитативне студије, која је спроведена током 2008. године. Фокус је био на прикупљању информација о практичности и применљивости дефинисаних обрачуна (потребног капитала за солвентношћу и минималног капиталног захтева), као и о ефекту на биланс стања и висину неопходног капитала осигуравача. Такође, је обезбеђена паралела (извођењем симулације) резултата у пословању осигуравача у примени интерног модела и стандардне формуле.

Захваљујући спроведеним студијама и наученим лекцијама из финансијске кризе, у априлу 2010. године је завршен финални сет мера неопходних за имплементацију Солвентности II. Европска комисија је тада припремила нацрт пете квантитативне студије, која је спроведена у периоду од августа до новембра 2010. године. Сврха студије је да обезбеди јасно и практично схватање шта се може очекивати у блиској будућности имплементацијом новог оквира.

На основу објављених резултата у априлу 2011. године израђени су одговарајући консултативни документи (везани за управљање жалбама и рекламацијама одштетних захтева осигураника и корисника осигурања; квантитативни капитални захтеви везани за обављање делатности осигурања и реосигурања, затим начин /квантитативан и квалитативан, као и флексибилност у приказивању података/ и периодика извештавања по основу квантитативних захтева за различите врсте осигурања, смернице за *ORSA*, итд.) на које међународно активна друштва за осигурање могу дати одговоре у првом кварталу 2012. године. Такође, резултати студије су имплицирали да се примена новог оквира прологнира за годину дана (од краја 2013. године, уместо од краја 2012. године).

Д: Главне импликације примене Солвентности II

Импликације примене Солвентности II можемо посматрати из перспективе делатности осигурања, супервизора и власника (односно корисника) полисе.

Уколико говоримо о **перспективи делатности осигурања**, онда сагледавамо:

- финансијски ефекат – према четвртој квантитативној студији се указује да:
 - нема битнијег утицаја на структуру биланса,
 - долази до раста капиталног захтева у поређењу са Солвентности I,
 - расте ниво расположивих сопствених средстава,
 - рачна солвентности се не крећу на исти начин,
 - су различити ефекти на појединачне осигураваче у висини потребног капитала (генерално остаје стабилност и свеукупно се смањује 15 милијарди евра неопходан капитал).
- организациони ефекат – се огледа у унапређењу процеса управљања ризиком и стицању неопходног искуства. Адекватно креиран интерни модел је кључни генератор бизниса у друштву за осигурање. Ово подразумева проток одређеног времена и уложеног рада.
- ко је на добитку, односно, на губитку имплементацијом новог оквира – базира се на томе колико је регулаторног капитала неопходно сваком друштву за осигурање понаособ на континуираној основи.

Уколико говоримо о **перспективи супервизора**, онда је важно сагледати техничке и културолошке изазове у смислу:

- ангажовања особља са адекватним знањем и праксом везаном за осигурање, управљање ризиком и економским капиталом,
- адекватне обуке за нове супервизорске одговорности,
- усресређености на процес супервизије у смислу материјалних ставки у оквиру интерног модела,
- ефикасне координације и поделе посла између супервизорске одговорности и процеса одобравања критеријума конзистентности у пословању мултинационалних друштава за осигурање.

И на крају, уколико сагледавамо **перспективу корисника полиса**, морамо нагласити:

- заштиту власника полиса – у смислу бољег процеса управљања ризиком, анализе осетљивости, поштовања транспарентности и уважавања специфичности делатности осигурања;

- подржавање већег степена иновативности и креирања нових производа – што подразумева већи степен конкуренције, боље управљање трошковима и хармонизацију прописа унутар Европске Уније;
- обезбеђивање више ефективне заштите – у смислу оптималне алокације капитала и холистичког приступа захтевима за солвентношћу осигуравача.





МАРКЕТИНГ ОСИГУРАЊА

Маркетинг представља научну дисциплину која се бави проблемима пословања и задржавања клијената предузећа или друштва за осигурање, а обично се обавља путем елемената 4 П-е (према првим словима енглеског назива речи, а означавају производ, цену, дистрибуцију/продајне канале и промоцију). Маркетинг једноставно представља начин продаје производа и услуга.

Сврха постојања потребе за маркетингом произилази из потребе произвођача/продаваца да понуде своје производе и услуге потенцијалним корисницима, потрошачима/клијентима. Код већине аутора који се баве изучавањем маркетинга искристалисао се став да је то у ствари процес размене између произвођача /продаваца и купаца /клијената.

Маркетинг у савременом светлу пословања представља пословни **концепт**, односно пословну филозофију или став према бизнису зато што произвођачи/продавци производа и услуга мора да нађу пут до клијената/купаца ради успешног остварења пословног резултата. Усавршавањем вештине маркетинг концепције они успевају да пласирају производе и услуге у циљу задовољења различитих потреба купаца.

1. Дефиниција маркетинга

Предузеће у оквиру пословног концепта увек настоји да планира ефикасну пословну активност која као коначан резултат треба да покаже остварену добит и добру позицију на тржишту. То су основни разлози да оно поставља циљеве који му омогућавају да ефикасном пословном активношћу остварује добру и успешну реализацију на тржишту. Маркетинг је базиран на врло једноставној идеји која има огроман утицај на то како да се води пословање/бизнис. Најбољи начин да се буде успешна компанија или предузетник јесте да се познају *потребе купаца* и најбољи могући начин како ће да се задовоље, а нарочито боље него што то чине *конкуренти*. Кључни фактор успеха лежи у задовољењу потреба купаца квалитетније и ефикасније од конкуренције. На основу оваквог приступа маркетинг активности су окренуте ка *купцу/клијенту* у намери да се испуне његова очекивања и уједно задовоље његове потребе.

Веома често поистовећује се маркетинг са рекламом и продајом. Ово није исправан став. Реклама и продаја представљају само елементе маркетинга. Маркетинг активности представљају један од саставних елемената вођења пословања. Од средине двадесетог века верује се да је за успех у пословању маркетинг важан фактор. Зато је битно да свако ко намерава да оствари успешан посао мора да буде сигуран да потпуно разуме и зна шта је маркетинг и како да га примени.

Реч маркетинг је англосаксонског порекла, састављена је од речи *маркеџ* што значи трг, пијаца, тржиште и суфикса *ing* којим се у енглеском језику означава радња која траје дужи времена (*continuous tense*). Ова реч је раније превођена са изразом тржишност али углавном је прихваћено да се користи реч у изворном англосаксонском облику. Из тог разлога на сваком говорном подручју увек се појашњава сам појам јер у домаћим језицима не постоји само једна одговарајућа реч.

Један од најзначајнијих аутора ове области, Филип Котлер, дефинисао је маркетинг као „сваку људску активност која је усмерена на олакшање и подстицање размене”. У тој дефиницији се не говори о пословној активности, него о људској активности, а она може да се одвија свуда где постоји било која активност у окружењу предузећа, осигуравајућем друштву, банци, школи, позоришту, музеју и слично.

Израда пословне стратегије обухвата и израду маркетинг стратегије. *Маркеџинг стратегија* сматра се најзначајниом активношћу код сваког лансирања новог производа када треба да дамо оперативне одговоре на класична питања маркетинга о новом производу. Она треба да дефинише основна питања која су у вези са одабиром врсте производа/услуга, ценом, начином промоције и прихватљивим каналима дистрибуције.

Суштина маркетинга је одвијање економског процеса који повезује производњу и потрошњу, омогућајући да производи и услуге иду ка потрошачима, а информације о потребама потрошача ка произвођачима. Никада не треба почети са продајом производа/услуга пре него купци упознају производ/услугу и препознају користи које могу имати од истих.

Важно је да пре почетка продаје купци упознају све карактеристике производа/услуге, да знају које су користи и да ли им могу учинити живот лакшим и једноставнијим или интересантнијим него што је то било раније.

Представљање или промоција могу да се спроведу путем две стратегије: **промоције** (нпр. реклама – циљ је да што више људи сазна за производ/услугу) и **личне продаје** (циљ је да се пронађу они који могу бити озбиљно заинтересовани за производ/услугу и да им се у директном контакту прода производ).

По правилу обе стратегије је потребно користити. За продају производа/услуга осигурања није довољна само једна стратегија. У ту сврху потребан је добро испланиран маркетинг план. Маркетинг план је најважнији део бизнис плана. Садржи информације о купцима и конкурентима, циљевима и начинима њиховог остварења (стратегијама).

Маркетинг треба обавезно да да одговоре на следећа питања:

1. Ко су купци?
2. Како ће изгледати производ / услуга?
3. Колика ће бити цена производа/ услуге?
4. Како ћете га промовисати и продавати?
5. Како ћете га дистрибуирати до клијената/купаца?
6. Колико све то кошта?

Друштво за осигурање мора да има посебан организациони део који се бави овом активношћу у коме су професионално ангажовани стручњаци из ове области. Њихова професионална активност обухвата процес управљања разним техникама и вештинама у доменима истраживања тржишта, продаје, дистрибуције производа, дефинисања политике цена, развоја новог производа, промоције, рекламирања и односа с јавношћу.

Одлучивање и спровођење одлуке у вези с продајом на тржишту посматран са становишта маркетинга назива се *маркетиншким менаџментом*, односно управљање маркетингом.

Дефиниција маркетиншког менаџмента (*Boyd и Walker*) даје основне одреднице суштине маркетинга и његовог процеса. Према њој маркетиншки менаџмент је процес реализовања, планирања, примене, усклађивања и надзирања програма који укључују замисао, утврђивање цена, промоцију и дистрибуцију производа, услуга и идеја створених да бисмо постигли и одржали корисне размене с циљним тржиштима, а с намером да остваримо циљеве предузећа. Вредност маркетинга, његова валоризација као научне дисциплине не би могла да се квалитетно обавља ако не би анализирали маркетинг у функцији пословне стратегије. Будући да маркетинг не може бити сам себи сврха, он мора бити везан за предузеће/друштво за осигурање, његову мисију у друштвеној заједници и његове циљеве.

Управљање друштвом за осигурање и доношење квалитетних пословних одлука претпоставља врло широк комплекс активности. Повезивање и координирање тих делатности у сталним пословним кретањима и променама ипак је везано уз једну изузетно важну активност, а то је доношење одлуке. *Peter Drucker* је можда и најбоље дефинисао крајњи циљ, односно сврху одлучивања одговорних руководилаца у да су то „финални производи менаџмента одлуке и акције”.

Свакој пословној активности мора да претходи пословна одлука. У склопу руковођења друштвом нас првенствено интересује значење тих одлука. Неке од тих одлука су оперативне природе и немају дубљих утицаја на судбину друштва за осигурање/предузећа.

Да би могле да се донесу ефикасне пословне одлуке и мере неопходно је претходно сачинити одговарајућу анализу која треба да послужи као подлога за доношење одговарајућих пословних одлука. У ту сврху користе се маркетинг информациони системи.

Маркетинг информациони систем представља скуп поступака и метода за планско прикупљање, анализирање и представљање информација потребних при доношењу маркетинг одлука.

Маркетиншке управљачке одлуке се доносе на основу маркетиншких информација. Маркетиншка информација може бити студија производа, студија алтернативних канала дистрибуције, студија о тржишним кретањима или одређени податак о повећању/снижењу цена производа (или обима производње/услуга) конкурентске фирме. Извори тих информација су разни.

Продаја производа/услуга представља активан посао који захтева велики број информација и у ту сврху неопходно је вршити стална *испитуивања тржишта*. Појам истраживање објашњава се као систематско, детаљно и релативно дуже настојање да се открију и утврде чињенице у вези са неким проблемом или проблемима, као и законима и принципима који се односе на њих. АМА (*American Marketing Association*) користећи ову дефиницију указала је да истраживање маркетинга подразумева „систематско прикупљање, регистровање и анализирање података о проблемима везаним за маркетинг робу и услугу”, као и да „такво истраживање могу да предузму било независне агенције, било посебне фирме, односно њихови агенти, све са циљем да се разреши одређени маркетинг проблеми”.

Филип Котлер даје следећу дефиницију: „Истраживање маркетинга је систематско планирање, прикупљање, анализа и извештавање о подацима и налазима релевантним за специфичну маркетинг ситуацију с којом се сусреће компанија.”

Посебну пажњу заслужују ставови Ричарда Крипса, који је предмет истраживања маркетинга покушао да утврди на основу праксе предузећа САД. Да би дошао до података, студирао је истраживачке програме 195 америчких предузећа.

Том приликом утврдио је да оно чиме се предузећа у својим истраживањима маркетинга баве може груписати у четири основне групе на следећи начин:

- Прва, истраживање производа и услуга
- Друга, истраживање тржишта
- Трећа, истраживање продајних метода и политике
- Четврта, истраживање економске пропаганде.

При спровођењу стратегије маркетинга осим продавца и клијента укључена је и трећа страна *конкуренија*. Приликом доношења пословне одлуке води се рачуна о купцима али такође и о конкурентима. Познавање конкурената је веома корисно. Уважавање квалитета и добрих страна конкурената увек може да нам послужи као добар пут да откријемо и њихове слабости. Основно правило треба да буде да се од конкуренције увек нешто научи. Наравно увек је неопходно да се утврди и процени сопствена позиција, односно, пословна снага на тржишту. У ту сврху користи се *SWOT* анализа. То значи да у оквиру укупне анализе посматрамо наше јаке стране (*S - strengths*) и слабости (*W - weaknesses*), наше шансе (*O - opportunities*) и претње или ризике из окружења (*T - threats*).

На тај начин постајемо свесни у чему се разликујемо од конкуренције и шта је потребно да се уради у циљу јачања наше ефикасности. Ова анализа може да нам покаже које су то другачије сопствене (јаке стране), на чему треба додатно да се ради (слабости), а посебно на шта да је потребно усмерити сопствену стратегију (шансе), као и које су то претње о чему треба да се води рачуна (ризици). Крајњи циљ је увиђање сопствених недостатака и предности, а све у циљу задовољења потреба купаца.

Да би се задовољиле потребе купаца на најбољи могући начин и много квалитетније од конкурената, потребно је да се сазна што више о тржишту где се продају наши производи /услуге:

- Какве су мотиви, жеље и захтеви купаца?
- Које су главне карактеристике типичног купца наших производа?
- Које продајне канале ћемо користити?
- Колика је величина тржишта? Да ли ће се у наредном периоду оно повећавати или смањивати?
- Каква је структура нашег тржишта? Да ли оно може да се подели на више препознатљивих хомогених сегмената, мушкарци или жене и сл.?

2. Концепција маркетинга услуга и специфичности услуга осигурања

Услуге представљају специфичну врсту производа из разлога што немају потребу за складиштењем, транспортом, нити било какав други облик физичке дистрибуције. У највећем броју случајева производи услуга се директно продају на линији произвођача/продаваца и купца/клијената. Међутим, у појединим случајевима када су у питању посебни сектори привреде, као што је делатност осигурања, потребно је да се користе услуге, нпр. агената продаје да би се омогућиле продаје већег обухвата/обима.

На тржишту које карактерише јака конкуренција врло је важно да производ има неку јединствену карактеристику према којој купац лако може да препозна неку вредност за себе која задовољава његову потребу.

У савременим условима, у трећем миленијуму, тржиште осигурања доживело је велику трансформацију. Она је делом настала као одговор на ново настале економске проблеме, а делом као природни континуитет увођења савремених информатичких технологија. Пословна филозофија друштва за осигурање/предузећа се потпуно променила у виду пословних промена, „реинжињеринга”, а промене се огледају и у постављању нових организационих модела предузећа. Овај модел заснива се на три битна елемента:

- Окренутост ка **ПОТРОШАЧУ**
- Повећаној **КОНКУРЕНЦИЈИ**
- Убрзању **ПРОМЕНА**.

Метод реинжињеринга обично обухвата активности пет учесника:

- **Лидер.** Ова улога је намењена по правилу председнику или генералном директору, који обавља ауторизацију процеса реинжењеринга у друштву за осигурање/компанији. Он мотивише запослене да активно учествују у креирању визије новог процеса уз објашњење разлога промена. Такође, ствара околности окружења које подржавају и омогућују брже напредовање запосленима са прихватањем савремених пословних средстава. Све ово остварује кроз једну интензивну пословну комуникацију у друштву/компанији.
- **Одговорни за спровођење процеса.** Они су одабрани да управљају процесом реинжињеринга.
- **Тим реинжињеринга.** Њега сачињавају сарадници из свих пословних процеса који директно врше промене у оквиру компаније, а по правилу не мора да буду запослени у друштву/компанији него могу да буду и стручна лица ван друштва/компаније. Такође, сви заједно обављају консултације са спољним сарадницима који спроводе систем реинжињеринга.
- **Пилот одбор.** Ово тело састављено је од руководиоца које је одабрао лидер и оно се бави надгледањем тока спровођења процеса реинжињеринга.
- **Капитен реинжињеринга.** Он координира свеукупне активности реинжињеринга у друштву/компанији. Његова улога је да помаже, охрабрује и мотивише одговорне у тиму за спровођење. Такође, стара се о потребној инфраструктури и одабиру информатичких технологија ради ефикаснијег спровођења процеса.

У поступку продаје производа и услуга осигурања маркетинг приступ се променио тако да је клијент тај према чијим потребама се креира организација и услуга. Такође, у европском окружењу дошло је до промена у пословној филозофији маркетинга и према ставу директора за маркетинг, *Pierre-Yves Durand*, једног од највећих европских осигурања AXA „маркетинг будућности спроводиће се на најбољи начин уз усклађивање потреба и уважавања сва три ентитета који чине институције, дистрибуција/продајни канали и клијент...”

Процес маркетинга у делатности осигурања мора да се заснива на основним карактеристикама услуга осигурања: да имају одговарајућу цену/премију и да су потребне и корисне купцима. Када се размишља о производу који ће се понудити тржишту, добро је да се размишља да буде стваран на основу захтева купаца. Развој производа односи се на комплетну понуду: не само техничко-технолошке аспекте производа, већ и на начине промоције и дистрибуције/продајне канале.

Специфичност услуга осигурања у односу на остале услуге огледа се у корисности заштите од настанка евентуалних ризика као и разноврсности задовољења неких потреба у циљу побољшања стандарда живота (пензијско, здравствено, путно осигурање...). Оно што их, такође, разликује од других услуга је и потреба друштвене заједнице да спречи настанак губитка материјалне и нематеријалне природе, било у

потпуности било делимично. На име те заштите као цену услуге корисници плаћају премију, а друштва за осигурање су дужна да тим средствима располажу у складу са строгим законском регулативом. Висина премија треба да обезбеди покриће ризика, односно исплату евентулане штете, а да је цена/премија прихватљива за кориснике услуга.

Посебна специфичност делатности осигурања је да бројне опасности којима су изложени осигураници прерасподели на све осигуранике који су закључили осигурање. У случају настанка осигураног догађаја осигурање треба да осигуранику, оштећенику или кориснику осигурања исплати одговарајућу накнаду за претрпљену штету или одговарајућу своту у складу са закљученим уговором о осигурању. За појединца се никад не може тврдити хоће ли и када бити погођен неким штетним догађајем. Наравно, за већи скуп лица настанак одређених штетних догађаја може да се предвиди уз врло велику вероватноћу али у великој маси случајност постаје законитост (дејство закона великих бројева).

3. Квалитет производа услуга осигурања

У пословној политици прва и најзначајнија улога друштава за осигурање је да воде рачуна да приликом пружања услуга клијенти буду задовољни за време трајања међусобних обавеза. Од степена задовољства клијента зависи да ли ће обим продаје остати на истом нивоу или ће се повећати. Друга важна обавеза је да се клијенту пружа увек најбоље креиран квалитет без обзира да ли је услугу купио у време када још није био развијен садашњи бољи ниво. Овакав однос осигураваача и осигураника ствара климу потпуног међусобног поверења, што је са становишта продаје осигураваача значајно. У овом контексту осигураваачи мора да подижу ниво квалитета услуга путем специјализованих обука и тренинга запослених. Саставни део ове обавезе је квалитетна услуга на високо *пословно етичком* принципу. Успешност политике квалитета у коначном исходу увек се мери на основу три показатеља:

- степеном задовољства клијената
- повећањем продуктивности
- смањењем трошкова.

Усавршавање система квалитета друштава за осигурање претежно се спроводи у три етапе:

- Прва етапа обухвата прописивање стандарда пословне процедуре, која тачно дефинише ток и редослед закључења и реализацију пословних аранжмана.
- Друга етапа укључује професионални тренинг са акцентом на развијању компетентног и љубазног односа са клијентима, запосленим по хоризонталној и вертикалној линији.
- Трећа етапа се односи на развијање позитивне конкуренције у погледу пружања услуга, клијентима у оквиру локалног и регионалног нивоа (и шире).

Проблематика политике квалитета дуго је била потискивана из пословног делокруга финансијских институција, банака и осигурања, за разлику од сектора индустријске производње. Постепено са развојем нових информатичких технологија када је велика група услуга стандардизована наметнула се потреба и стандарда квалитета. Нове технологије омогућиле су клијентима да могу да упоређују исте или сличне врсте производа и услуга које нуде друштва за осигурање. Осигуравачима је у склопу маркетинга било потребно да изграде однос пословног поверења и оданости у циљу привлачења, клијената. Најбоља реклама друштву за осигурање су задовољни клијенти пословном политиком осигуравача.

Тако су поједине осигуравајућа друштва у многим европским земљама понудиле посебне програме клијентима (осигураницима) у виду малих награда, поклона ако остваре одређен бонус. Обично осигураници/клијенти на крају године добију каталог са производима које могу да преузму ако су испуњени одређени услови.

”Филозофија управљања односима са клијентима (Customer Relationship Management - CRM) је питање одржавања духа повезаности са клијентима, чак и када нисте у стању да се рукујете са свима.” (E.Peelen)

У питању је свеобухватни приступ за стварање, одржавање и ширење односа, начин размишљања и начин пословања у односима са клијентом (осигураником). CRM је питање података, али је крајњи циљ знање. Подаци, као такви представљају чињенице, односно, квалитет података се сматра активом, која мора генерисати принос и за друштво за осигурање и за осигураника. Изазов је комбиновати информације које генеришу различити извори.

Са техничке тачке гледишта, квалитет података представља електронски документи (фајл) у бази података. За клијента (осигураника), подаци су оно што су вољни да вам пруже. Према томе, трошење нешто више новца на квалитет података значи хардвер и софтвер (информатичке подршке) који могу да комбинују операције у оквиру друштва за осигурање и теме размаћане са клијентом (осигураником или уговорачем осигурања) или прибављене екстерним путем.

CRM је питање организовања података. Изградња базе података је процес корак по корак. Пре тога је важно одлучити да ли друштво за осигурање креира сопствену апликацију или користи готово софтверско решење (outsourcing). Циљ добијања релевантних података о клијенту (осигуранику) је да се побољша величина и квалитет базе; утврди прецизно шта понудити добро дефинисаним сегментима; одредити одговарајуће ресурсе по фазама развоја односа; истражити карактеристике за контакт и у крајњој инстанци, развијати програм односа лојалности. Одлука о томе које податке треба прибавити била би резултат иделаног профила клијента. Профил треба да буде основа на којој ће друштво за осигурање применити своју политику односа и сходно томе CRM.

Развој CRM стратегије није лак задатак. Имају базу података за клијенте (осигуранике) није исто као и имају CRM стратегију. „Речник је дивна база података, али речник не може уместио Вас да напише писмо.“ (E.Peelen)

Можемо закључити да управљање односима са клијентима подразумева синергетски однос маркетинга и сектора информационих технологија у циљу успостављања успешне дугорочне пословне сарадње са клијентом (осигураником) и остварења позитивног финансијског резултата друштва за осигурање.

Маркетинг и улога информатизације. Савремени маркетинг је до краја прожет променама које носи информатизација друштва. Развој информационе технологије и њено прожимање с маркетингом има три основне карактеристике:

1. Знатно се поправила могућност управљања информацијама: иако број информација расте у средиште интересовања не долази потрошачка група, већ клијент појединац.
2. Информација постаје цена и преноси се директно клијенту појединцу.
3. Комуникација између информационог система и појединца постала је лична и интерактивна тако да клијент/осигураник може директно да да повратну информацију маркетиншким информационим програмираним системима. Све већи део послова у маркетингу ће аутоматски обављати техника, док ће други мањи, али важнији део остати строго у подручју људске креативности. Спретни корисници информационих технологија остварују значајне конкурентске предности.

Истраживање маркетинга, прикупљање и обрада информација постаје брже, а квалитет резултата се знатно побољшао, смањили су се трошкови и скратило се време процеса истраживања. Постоји много комерцијалних *on line* база података које олакшавају некад истраживања. Истраживање се померило од прикупљања података ка анализи, то јест од стварања информација ка стварању **стратешког знања**.

Маркетинг све више развија креативност захваљујући обради информација, а што се види у креирању стратегије маркетинга нарочито при изради дугорочних тржишних планова. Маркетиншки истраживачи захваљујући савременим информационим технологијама могу самостално да прикупљају и анализирају информације.

Технике контактирања и прикупљања података. Само испитивање тржишних учесника може се обавити личним контактом анкетара и испитаника. Анкетар поставља питања и одговоре уноси у анкетни упитник. Може се испитивати само један испитаник или група њих истовремено. Испитивање личним контактом (лицем-у-лице) може се обавити на разним местима: у кући испитаника, на улици, на радном месту или на унапред договореном месту.

Телефонско испитивање је једноставније и знатно јефтиније од личног контакта. Код овог модела анкетар може да појасни нека питања испитанику.

Осим директног контакта за успешну реализацију истраживачког пројекта веома је важно да се класификују и систематизују добијени подаци. На пример, ако нам се указала потреба да испитамо наш постојећи програм услуга са становишта мотивације наших клијената/купаца онда ћемо спровести анкету и након груписања одговора можемо да сазнамо који су то мотиви. На основу тих резултата можемо да нудимо наше мало модификоване програме прилагођене добијеним резултатима.

У нашем примеру дато је једно истраживање спроведено у Француској где је у првој фази извршена подела домаћинстава са и без деце (Табела 1). У другој фази извршена је подела према старосној доби и добијени су драгоцени подаци.

Анкета је постављена са питањем да се наведу мотиви коришћења услуга осигурања. Другим речима, зашто сте купили животно осигурање?

Из наведених одговора видимо да су мотиви слични, а тичу се заштите материјалне природе у циљу обезбеђења бољег квалитета живота.

Прикупљање примарних података знатно је скупље, али су зато подаци много сврсисходнији за коришћење. Постоје два начина прикупљања примарних података:

- а) испитивање и
- б) посматрање.

Најчешћи метод прикупљања примарних података је метод испитивања, а оно се најчешће обавља упитником. Упитником се покушавају сазнати ставови клијента/потрошача, њихове навике, мишљења,... Упитници садрже бројна разноврсна питања, на која испитаник одговара. Питања у упитницима морају бити јасна и разумљива како би испитаник што лакше и јасније одговарао на њих, а ни у којем случају не смеју испитаника наводити на (нама) пожељне одговоре.

Контакти са испитаником могу бити директни, преко анкетара који поставља питања али контакт може бити и путем телефона. У неким случајевима контакт са клијентом/потрошачем се може остварити и дописивањем, што је ипак ређе коришћена метода.

Питања у упитнику треба да саставља стручна особа, која при томе треба да води рачуна о подацима потребним за успешну реализацију конкретног истраживачког задатка, о начину комуникације са испитаником (личним контактом, телефонски или дописивањем). На крају долази последња фаза, одабир начина на који ће да се врши обрада података (електронски или ручно).

Табела 1. Сегментација клијенаца за осигурање живота према два критеријума (број деце и доба старости) - Принципи мотивације сваког сегмента

Домаћинство					
Без деце			Са децом		
Од 20 до 40 година	Од 40 до 60 година	Од 60 год. +	Од 20 до 40 година	Од 40 до 60 година	Од 60 год. +
*Заштита заједништва	*Додатни приход за пензију	*Додатна заштита заједништва	*Заштита за децу у будућности: -приход -школовање -стан.	*Додатни приход за пензију	*Додатна заштита заједништва
*Додатна гаранција у случају важних куповина	*Фискални разлог	*Гаранција у случају инвалидитета	*Додатна гаранција у случају важних куповина	*Заштита деце (за осигурање завршетка школовања..)	*Гаранција у случају инвалидитета
*Гаранција у случају инвалидитета	*Гаранција у случају инвалидитета	*Гаранција код смртог случаја	*Фискални разлог(у функцији прихода и професион.)	*Фискални разлог	*Посебна заштита (болест деце)
*Фискални разлог(у функцији прихода и професион.)	*Заштита од родитељске зависности	*Гаранција у случају независности	*Гаранција лична у случају инвалидитета	*Посебна заштита (у случају дуже болести деце, сиромаштва родитеља..)	*Гаранција код смртог случаја
				*Гаранција у случају инвалидитета и независности	*Гаранција у случају независности
					*Заштита малог детета од оба родитеља

Студија рађена у Француској

Садржај упитника. Питања у упитнику могу бити отвореног типа, када испитаник одговара сопственим речима и затворена, када се испитанику даје могућност да изабере један или више од понуђених одговора.

Упитник се обично креира тако да се из њега могу видети подаци о институцији која спроводи истраживање, подаци о социолошким и социоекономским обележјима испитаника и подаци који чине садржину информација што се скупљају од испитаника. Подаци о институцији треба да укажу за кога се испитивање врши. Ови подаци обично се уносе у заглавље упитника.

Подаци о социолошким и социоекономским обележјима испитаника чине други део упитника. Ови подаци треба да покажу од кога су сакупљани, а из њих сазнајемо структуру испитаника. Подаци представљају искључиво чињенице, а њих попуњава анкетар и они нам показују вредност репрезентативности узорка.

Подаци из треће групе питања су најважнији део за истраживачки пројекат. Овој групи питања се мора посветити највећа пажња. Најпожељније је да ту групу питања саставља тим стручњака.

Питања морају бити јасна и разумљива. Много су боља кратка и концизна питања, него дуга и збуњујућа. Питања у упитнику морају да имају логички след, како би испитаник могао континуелно да прати ток анкете.

Потребно је избегавати нејасне понуђене одговоре у анкети.

ПРИМЕР КУПОВИНЕ ПОЛИСЕ ОСИГУРАЊА

Ако радимо истраживање о куповини полисе аутомобилске одговорности, и поставимо питање: „Купујете ли нпр. полису од друштва за осигурање „А“ зато што су вам други осигуравачи скупи?”, а као одговоре дамо опције да или не. При одговору не за једног испитаника то може да значи да не купује од осигурања „А“, али ни понуде других осигуравача му нису скупе, а за другог може да значи да купује од „А“, али му ни други осигуравачи нису скупи. И одговор „да“ може имати различито значење за различите испитанике.

Да бисмо избегли ове случајеве, потребно је да се концизно одреде питања. Већ при самом састављању питања потребно је размотрити све могуће комбинације одговора.

По свом изгледу образац упитника треба да привлачи, а не да одбија пажњу испитаника. Технички треба да буде потпуно прегледан, а то је посебно важно за електронску обраду података. Текст мора бити прикладно уређен. Слова којима се ради упитник мора да буду таква да се брзо и лако читају. Текст треба да буде прегледан, питања истакнута, а на страницама не треба да буде много текста. Потребно је да се употребљавају разумљиве и познате речи и изрази.

Узорак испитаника је такође потребно унапред одредити. То намеће питање ко може и треба да уђе у узорак испитаника. Што је испитивана маса већа, већа је и репрезентативност узорка. Међутим, број испитаника ограничен је многим факторима, а најважнији су трошкови истраживања. Два су начина одабира узорка:

1. принципом случајног узорка
2. принципом намерног избора

Принцип случајног узорка даје могућност свакој јединици масе да буде изабрана у узорак. Такав начин одабира испитаника прикладан је када је маса прилично хомогена.

Под **намерним узорком** подразумевамо избор јединица која ће ући у узорак по претходно утврђеном принципу. Дакле, јединице које ће ући у испитивање бирају се намерно, а не случајно. У неким случајевим само намеран узорак може да обезбеди податке релевантне за решавање конкретног истраживачког задатка. Често се прикупљање података врши применом принципа намерног узорка, одређене циљне групе.

Дакле, узорци се могу одредити по репрезентативности, начину избора и сл., а основно питање је како доћи до испитаника и кога испитивати. Постоје разни начини: можемо бирати испитанике из бирачких спискова, из телефонског именика, случајне пролазнике, из базе података социјалног осигурања, евиденције власника аутомобила итд. Сваки начин има предности и недостатке. Ако нпр. желимо испитати коришћење услуга осигурања можемо да направимо упитник испред неке путничке агенције, у фризерском салону, да зауставимо на улици појединца или групу и сл. Међутим, у том случају нећемо да добијемо праву, реалну, слику јер смо испитивали само одређену групу која или користи или не користи те услуге. *На пример, боље је ако желимо да испитивамо квалитет услуге осигурања од аутоодговорности да пронађемо појединце или групу испитаника која је имали искуство у комплетној реализацији те врсте услуге, тражимо циљну групу узорка, а не случајан узорак.*

Анализа информација. Следећи корак у процесу истраживања маркетинга је да се из података извуку одговарајући закључци. Истраживач табелира податке, како би се добила боља прегледност, а тиме лакше уочила обележја појаве која се истражује. Истраживач треба да сажме податке како би што лакше уочио њихове најзначајније карактеристике, с обзиром на циљеве истраживања. Након тога, потребно је да уочи односе између појединих група података, како би могао да одреди степен повезаности појава, да би после тога уследила презентација резултата.

Презентација резултата. Приликом презентације резултата проблем се у целини мора сагледати и на тај начин резултати истраживања презентовати. Начин интерпретирања пре свега зависи од стручности истраживача, стеченог искуства, као и навика истраживача. Истраживач не би смео да нагомила велики број нумеричких података и мноштво статистичких метода.

Наручилац, друштво за осигурање, за свој менаџмент треба да добије податке који су једноставни за разумевање. Менаџмент не треба да се изгуби у несистематичном нагомилавању информација. Интерпретација мора да се заснива првенствено на јасно изнетој презентацији разумљивих података.

Подаци прикупљени током истраживања требало би да потврде или да одбаце тезу.

ПРИЛОГ 2

А: Продајни процес услуга осигурања

Посао продаје услуга осигурања има своје специфичности које потичу од саме природе услуга осигурања. Што заправо нуди осигурање? За одређену премију, осигурање штити осигураника од потенцијално знатно веће штете за коју осигуравач преузима ризик. Стога и креирање нових производа мора бити у складу са животном реалношћу, јер осигурање прати живот, конкретну активност људи, економије, држава. Једноставним речником речено понуда би требала да прати тражњу. Друштво за осигурање може да оствари своје главне стратешке циљеве само уз мотивисане запослене, уз помоћ њиховог знања, способности и радне успешности. Колико је сектор продаје битан у друштвима за осигурање/компанијама говори податак да се ова служба води под бројем један. Од продаје све почиње, на продаји све завршава, полиса је увек у центру пословања. У време економско-финансијске кризе куповна моћ грађана је смањена, купује се само најнужније, а осигурава само оно што се мора. Продаја различитих врста услуга/производа осигурања захтева осим познавања самог производа и добре вештине продаје. У овом делу приказаћемо систем продајног процеса у 7 корака које је добро применити у овом послу.

Као продавац потребно је да се продаја обави у седам корака. То би били следећи кораци:

1. Проспекција
2. Предприступ
3. Приступ
4. Презентација
5. Превазићи приговоре
6. Закључивање продаје
7. Испраћај продаје и *post*-продаја

1.Проспекција. Израз је позајмљен из геологије. У редовном радном процесу геолози се крећу по терену и врше испитивање, проспекцију, састава руде. На пример ако траже руду злата у реци мора да испирају шљунак док им не засија тражени метал. У нашем случају *потенцијални купац* (*prospect.eng*) нам је потребан да га пронађемо и понудимо нашу услугу/производ. У овој фази као продавци настојимо да презентујемо нашу услугу на начин који може тог потенцијалног купца да претвори у стварног купца. Тада примењујемо квалификациони тест у виду три питања:

1. Да ли има потребу коју ће задовољити куповином наше услуге/производа?
2. Да ли има финансијске могућности да купи нашу услугу и да ли има ауторитет да донесе одлуку о куповини?
3. Да ли је особа отворена према контакту из наше компаније?

Кад добијемо сва три потврдна одговора онда сматрамо да је наш *можда кућац* потенцијални купац. Проверу овог квалификационог теста можемо да обавимо личним разговором, телефоном, путем упитника или електронском поштом. Разговор у вези са продајом настављамо даље кроз следећи корак једино ако смо добили квалификованог потенцијалног купца. Овај сегмент је изузетно важан код продаје појединих врста животног осигурања, ради повећања обима продаје нама су потребни стално нови клијенти/купци.

Извори нових кућаца траже се на неколико начина: препорука, продаја на „слепо“, промоција, е-маркетинг, и телефонска проспекција.

Препорука је систем задовољног клијента када препоручује нашу услугу. Она може бити из самог друштва за осигурање од стране запослених или од неког спољног корисника који је задовољан нашом услугом.

Продаја на „слепо“ или „ћуцањ у мрак“ (Cold Calling)

Продаја осигурања стана је најчешћи начин продаје на слепо, од врата до врата, који је коришћен до појаве интернет продаје. Тако да практично ширењем нових технологија, е маркетинга, интернета овај метод је постао релативно застарео. Када говоримо о тржишту осигурања у Србији крајем 2011. онда је сигурно да становништво које располаже са недовољном финансијском платежношћу неће бити у стању да дâ позитиван одговор и постане наш потенцијални клијент. Крајњи учинак овог облика може да буде са лошим резултатом, да су трошкови ангажовања агената за продају већи од прикупљене премије.

Промоција

Друштва за осигурање у Србији не користе често овај облик проналаска нових купаца. Облици промоције могу да се одвијају на неколико начина и то, као: лична продаја, привредна пропаганда, односи са јавношћу и публицитет.

Поједина осигурања користе промоцију тако да ако на пример купимо њихово путно осигурање онда добијамо бесплатно осигурање стана за време док смо на путовању, ван места становања. Том приликом дајемо наше податке (*data base* клијената), а када се вратимо са путовања након одређеног времена добијамо поруку путем мобилног телефона или електронске поште са понудом да дођемо и осигурамо наш стан за целогодишњи период. Ми смо сад у њиховој бази података и маркетинг сектор ће нас уколико не прихватимо одмах понуду за осигурање стана с времена на време подсећати какве све погодности као њихов клијент можемо да имамо.

Умреженост

Умреженост (*networking*) је мрежа широког круга свих наших пријатеља, познаника, рођака, чланова *fitness* клуба које можемо да обавестимо о интересантним и према нашој процени корисним куповинама услуга осигурања. То су све потенцијални купци од којих можда неки нису ни размишљали о куповини неког осигурања. Људи претежно купују само оно осигурање које је обавезно. Међутим, има

многих корисних других осигурања као што је добровољно здравствено, рентно осигурање и слично. Такође, одређене контакт мреже на интернету све више освајају становништво и постају доминантне комуникације између појединаца (*Facebook, My space, Linked in* и слично).

Телефонска пројекција

Овај облик се препоручује као модела за проналажење *можда купца* помоћу телефона. Развијени облик је телемаркетинг. Када се уђе једном у базу података онда професионални телемаркетари труде се да сазнају кад нам је рођендан, да ли можда нисмо пропустили да купимо производ одличног квалитета. Осигуравајућа друштва у Србији могла би више да користе овај облик продаје јер тако улазе у стан сваког гледаоца потенцијалног купца. Уколико нам нуди услугу осигурања која нас штити од ризика поплаве, пожара у стану и слично већина грађана ће да размисли. Процедурално контакти ће се даље остваривати или путем телефона или лично.

2. Пред-приступ. Пред-приступ представља детаљну припрему пре него што уговоримо пословни састанак са потенцијалним купцем. Уколико је реч о предузећу треба да се обавестимо о свим битним детаљима као што су како послују, каква су искуства других у раду са њима. На састанак мора да се дође потпуно припремљен почевши од проспекта/брошуре и ако је потребно повести и колегу специјалисту стручњака на пример о процени грађевинских објекта (грађевинског инжењера) ако уговоримо осигурање имовине. На пословни састанак важно је да се дође прикладно обучен на начин да уливамо поверење потенцијалном купцу јер он нама даје новац за услугу коју му продајемо.

Ово је фаза комплетне припреме за састанак.

3. Приступ. Приступна фаза траје кратко, односно до доласка на место састанка са потенцијалним клијентом. Ово је фаза пре почетак разговора што значи (а) *да дођемо на време*, чиме показујемо поштовање потенцијалног клијента, (б) *да добро истражимо* место где смо дошли и покушамо да наслутимо која су интересовања нашег потенцијалног клијента, (в) *да оставимо добар први утисак* јер можда другог неће бити.

Осигураницима треба да се пружи што квалитетнија услуга. Потребно је да изградимо дугорочан партнерски однос. Тај однос не подразумева само квалитетну полису за фер цену, него и коректно решавање одштетних захтева као и међусобно поштовање и поверење. Осигураник мора да осетити да је у средишту наше пажње, сигуран да смо у сваком тренутку отворени за његове потребе.

4. Презентација. Када се упознамо, представимо након поздрављања и кратког упита која су клијентова интересовања почећемо презентацију. Пре отпочињања објаснићемо да може да нас заустави и прекине у излагању ако му нешто није јасно или треба да се додатно објасни. Презентација се износи на начин да јасно исказује следеће: *циљ посете, предлог, презентирање решења и начин коришћења средстава* презентације (компјутер, ручно писање или друго).

Запосленима у друштву за осигурање је добро организовати едукацију унутар компаније јер најбоље може да вас подучити старији и искусни колега. Такође, добро је да одређен број запослених одлази и на разне стручне и специјалистичке семинаре.

5. Превазићи приговоре (Примедбе). Потенцијални купац може током презентације да искаже неке сумње или да даје неке предлоге. У том случају морамо да имамо стрпљења и правимо разлику између стварних и лажних примедби, јер можда клијент још није сигуран да ли уопште да купи нашу услугу. У следећој табели имамо неке типичне ситуације:

Табела 2. Методи за превазилажење примедби

Метод	Опис	Корисно када
ДИРЕКТАН ОДГОВОР	Дајте директан одговор тачно на купчево питање	Купац осећа да је изложен ризику
ПОРЕЂЕЊЕ СА КОНКУРЕНЦИЈОМ	Упоредите ваш производ са конкурентским и укажите на предности и користи (<i>benefit</i>)	Купац има негативан став или не познаје довољно продавца или компанију и осећа јак ниво ризика
ПОРЕЂЕЊЕ ИЛИ КОНТРАСТ	Продавац умањује примедбу тако што је пореди са нечим што је потпуно прихватљиво	Купац има негативан став или не познаје довољно продавца или компанију
КОМПЕНЗАЦИЈА	Продавац прихвата купчеву примедбу, али укаже на предности које компензирају ту примедбу	Купац је веома осетљив (лако повредив) или има велики его
ОДГОВОРИТЕ НА ПРИМЕДБУ ПИТАЊЕМ	Продавац умањује примедбу тако што поставља питање везано за примедбу	Купац не жели да открије своја осећања према производу

Евидентно је да морамо имати претходно разрађен сценарио са симулираним примедбама и припремити одговоре за те случајеве. Основно правило је да морамо бити спремни на брз и кратак одговор.

6. Закључење продаје. Закључење продаје је успешно обављена продајна презентација која се завршава чином прихватања куповине наше услуге. Сматра се да је најважнији задатак менаџера продаје да током презентације процене када је

прави тренутак да понуде закључење уговора. Уколико се продаја не закључи након прве продајне презентације не треба да одустајемо већ да упутимо прикладан предлог да се размисли и о настављању контакта за следећи састанак.

7. Испраћај продаје и *post*-продаја (*after marketing*). Испраћај продаје или одрада продаје (*follow up*) је, последњи корак када проверавамо да ли је купац задовољан обављеном куповином наше услуге и када смо успоставили такав однос да смо осигурали дуготрајну сарадњу. Данас више него икада долази до изражаја начин како се руководи продајом. Ту пре свега мислим на руковођење људима унутар подружница, целокупном продајном мрежом и оно што је посебно важно, квалитетан однос с осигураником на дуги рок.

Б: Продаја путем јавног конкурса

У циљу постизања најповољнијих услова (најниже цене, најбољи квалитет робе, радова или услуга, рокова испоруке, услова плаћања могућности кредитирања) купца може, а за неке класе купца **мора** да се траже понуде од продавца кроз процес јавног конкурса. Укратко, купац расписује конкурс, објављује шта му је то потребно, услове набавке, испоруке, плаћања и слично.

Заинтересовани продавци (фирме које поседују тражену робу или услугу) тада се пријављују на конкурс са својом понудом. Купац одређеног дана и сата отвара те запечаћене понуде и према својим критеријумима одабира „победника,” тј. фирму која сада постаје продавац и која ће испоручити тражену робу/услугу.

Шта је то јавни конкурс?

Јавни конкурс је начин обавештавања заинтересованих да нека фирма или организација има потребу за одређеном робом или услугом. Корисници буџетских средстава (влада, министарства, државни органи, државна и друштвена предузећа) су **обвезни** да своје потребе за одређеним производима или услугама траже у процесу јавне набавке. Закон о јавним набавкама Р. Србије дефинише јавну набавку као „прибављање добара и услуга или уступање извођења радова од стране државног органа, организације, установе или других правних лица који се, у смислу овог закона, сматрају наручиоцима, на начин и под условима прописаним тим законом.” Дотичним законом се уређују услови, начин и поступак набавке добара и услуга и уступања извођења радова у случајевима када је наручилац тих набавки државни орган, организација, установа или друго правно лице одређено овим законом; одређује начин евидентирања уговора и других података о јавним набавкама, као и начин заштите права понуђача; образује Управа за јавне набавке, као организација надлежна за обављање стручних послова у области јавних набавки; уређују и друга питања од значаја за јавне набавке. Закон такође предвиђа које јавне набавке не подлежу овом пропису.

Ко расписује јавни конкурс (тендер) и зашто?

Јавни конкурс **морају** расписати корисници буџетских средстава. Јавни конкурс такође **могу** расписати привредни субјекти које желе да дођу до најповољнијег понуђача.

Органи и организације државне управе и јавна и друштвена/државна предузећа су обавезни да користе јавне набавке у своме деловању. Разлози за такву законску обавезу проистичу из начела јавне набавке (види Закон о јавним набавкама Републике Србије):

- Начело економичности и ефикасности употребе јавних средстава;
- Начело обезбеђивања конкуренције међу понуђачима;
- Начело транспарентности употребе јавних средстава;
- Начело једнакости понуђача.

Законодавац жели да оствари:

- Транспарентност процеса (избегавање злоупотреба..., смањења могућности и елиминације корупције);
- Бољи увид у трошење буџетских средстава;
- Повећање конкурентности привредних друштава.

Закон такође прописује које организације подлежу обавези набавке путем тендера. Закон их колективно означава наручиоцем, па у члану 3 наводи:

Наручилац је :

- А. Државни орган, организација, установа, или други директни или индиректни корисник буџетских средстава у смислу закона којим се уређује буџетски систем, као и организација за обавезно социјално осигурање,
- Б. Правно лице основано од стране директног или индиректног корисника буџетских средстава у циљу остварења општег (јавног) интереса, при чему више од половине чланова органа управљања чине представници корисника буџетских средстава или у коме више од половине гласова у органу управљања имају представници корисника буџетских средстава,
- В. Јавно предузеће и предузеће основано од јавног предузећа у којем директни или индиректни корисник буџетских средстава односно други наручилац, у смислу овог закона, поседује више од 50% акција односно удела,
- Г. Други облик предузећа које је преко управљања или на други начин повезано са органима, организацијама односно правним лицима из тачке 1) подтач.(а)-(с) овог члана, тако да на основу такве повезаности:

Заједнички обликују пословну политику и усклађено наступају ради остваривања пословних циљева или,

Орган, организација, односно правно лице из тачке 1) под тач.(а)-(с) овог члана, врши значајан утицај на пословне одлуке, финансирање и пословање предузећа.

Како ћете сазнати да је тендер објављен?

У случају да вам зарада зависи од победа на јавним конкурсима, онда морате развити дисциплину личног праћења јавних гласила као што су: Службени гласник РС, дневни лист Политика и други. На Интернету морате да пратите сајтове који (за чланове, дакле уз надокнаду) објављују текстове актуелних тендера: еКапија (www.ekapija.com), Вибилиа (www.vibilia.co.rs), итд.

Документација

Много је тендерских пријава проглашено „неважећим” и вишенедељни труд тима људи отишао је у пропаст само зато што је нешто недостајало или неки документ није био ажуран или неки датум или рок није био испоштован. Чланови 45 и 46 Закона о јавним набавкама Службени гласник РС бр. 39/02 дефинишу услове за учешће у поступку јавне набавке. Наручилац ће у јавном позиву објавити услове које понуђач мора да испуни да би могао да учествује у поступку.

Право на учешће у поступку има домаће или страно правно или физичко лице.

В: Продаја и организација продајне мреже

Продаја производа осигурања може да се обавља у сопственој режији али и путем овлашћених заступника и посредника у осигурању. Свака земља има одређене специфичности и правним прописима регулише које услове треба да испуне лица која се баве посредничком и заступничком продајом производа осигурања.

У савременим условима пословања корисници финансијских услуга преферирају ка коришћењу куповине ових услуга путем савремених информатичких система. Ове погодности се огледају у рационалнијем коришћењу сопственог времена, тако да на пример куповина може да се обави и у времену када је завршен радни дан и без физичког одласка на место продаје услуге.

Основне услуге/производи осигурања су животно и не-животно осигурање.

У првом делу изложене су појединачно све врсте осигурања, као посебно услуга реосигурања. Начин продаје ових услуга се разликује битно, а он зависи од економске способности правних лица и финансијске индивидуалних лица.

Основна економска улога осигураваача је да апсорбује, групише и подели ризике. Заштита од ризика важна је нарочито код правних лица. Процес производње мора да буде осигуран од самог почетка производње до оног крајњег, транспорта и продаје у трговачкој мрежи. Ова врста осигурања се убрја у *услуге/производе не-животних осигурања*. Осигураници не-животних осигурања не могу да наплате финансијски ништа што није покривено уговором о осигурању за разлику од производа осталих врста финансијских институција. Погодности које има корисник осигурања су једино те да може да надокнади штету у целини или делимично која му се догодила, а да би могао да доведе физичку имовину у стање пре настанка штете, али не бољу него што је била.

Осигуравачи такође настоје да осигураницима обезбеде различите облике услуга које ће да спрече евентуалну појаву губитка или умање значај штете, али су они генерално организовани да прикупе све ризике незгода. Основна сврха животног осигурања је да се обезбеђење од ризика оствари путем прикупљања и продаје *производа животног осигурања*, чиме се доприноси повећању пословне способности у циљу доброг управљања овим средствима. Као што је обављање штедње код депозитних финансијских институција, они настоје да обезбеде како сигурност тако и принос на штедњу, а на тај начин настоје да обезбеде сигурну штедњу уз сигуран пласман, зато што код оваквог облика осигурања имамо један велики размак између момента наплате премије и евентуалног настанка штете. Ове услуге највише се продају путем независних брокера и њихове широке дистрибутивне мреже, док агенције директно спроводе маркетиншку активност, а брокери обезбеђују алтернативне канале дистрибуције. Такође, једна од значајних карактеристика је да су корисници животног осигурања осетљивији и неповерљивији према новим учесницима на овом тржишту као и променама начина дистрибуције. Показано је да је потребно одређено време да би осигураници прихватили предности интернет дистрибуције из разлога што је било потребно да се продаја препозна, а потом и прихвати са поверењем од стране осигураника.

Према законским прописима у Србији пословима посредовања у осигурању може да обавља друштво које је добило дозволу за посредовање у осигурању од надлежног органа. Такође, законом из ове области је регулисано да послове заступања у осигурању може да обавља само друштво за заступање и физичка лица која су добила дозволу за обављање послова заступања од надлежног органа. Уколико је реч о друштвима која се баве пословима посредовања и заступања закон регулише да она морају да буду основана као акционарска друштва.

Заступници осигурања. Они преузимају обавезу да ће се стрти о свим елементима обавеза који проистичу из закључених уговора осигураника и осигуравајућег друштва. На име тих обавеза наручилац услуге, у овом случају осигуравајуће друштво, обавезује се да ће заступнику да исплати провизију на име обављених услуга (детаљније објашњено у Првом делу - Треће поглавље - III/2 уџбеника).

Посредници осигурања. Посредници у осигурању својим активностима настоје да довођењем у везу осигураника са друштвом за осигурање омогуће закључење уговора о продаји производа осигурања.

Када говоримо о технолошким унапређењима финансијских институција на основу унапређења примене информатичких технологија у области индустрије осигурања, морамо да уочимо да нису подједнако заступљене продаје свих врста услуга осигурања. Најшира примена унапређења продаје у индустрији осигурања обавља се у продаји услуга животног осигурања. За разлику од ове области, продаја имовинског и не-животног осигурања још увек захтева у одређеним сегментима или директну продају или преко посредника (детаљније објашњено у Првом делу - Треће поглавље - III/1 уџбеника).

Г: Електронска продаја услуга осигурања

Последњих година уводи се интегрисана информатичка технологија као повољна могућност за широку примену у продаји осигурања. Интернет са интегрисаним информатичким технологијама представља продају производа и услуга са свим потребним подацима за различите врсте осигурања на радном делу екрана, као на једном шалтеру. У земљама са високим степеном развоја ове врсте технологије постоје посебни системи ове врсте као што су *Insureexplorer*. Ови системи развијени су тако да имају способност да интегрисањем података сниже одређене трошкове (програми обезбеђују сажимање постојећих података на хоризонталном нивоу и клијент може да упореди све понуде исте врсте осигурања које жели да купи).

Очекује се да ће даљи развој ићи у правцу пројектовања вертикалних интегрисаних система добијања података. Највећи проблем њиховом развоју представља потреба за одговарајућом заштитом података (постоје злоупотребе електронске мреже).

Појава интернета као дистрибутивног канала, односно једне врсте посредника, наметнула је потребу за потпуним коришћењем овог дистрибутивног канала. Развој информатичке технологије допринео је да полако нестаје вид посредника који физички обрађују понуде и комуницирају на линији између продавца и купца. Управо из ових разлога многи традиционални посреднички канали су у потпуности елиминисани, а на тај начин и та врста трошкова је другачије распоређена у оквиру цене производа. Можемо слободно да закључимо да је поступак унапређења дистрибутивних канала увођењем интернета довео до смањења трошкова у вези са дистрибуцијом. То је као коначан резултат повољно се одразило на ефикасност дистрибутивних канала. Другим речима, добили смо много бржи и ефикаснији начин формирања поруџбине и продаје производа и услуга с једне стране, а ниже цене и ефикасније пружање услуга с друге стране.

Постоје различите врсте електронског облика продаје и комуникације са купцима. Један од њих је електронска пошта или *e-mail*. У савременим условима за пријем *e-mail-a* могу да се користе и други мобилни уређаји осим рачунара као што су: *WAP* који изгледа као обичан текст, нема слика, ограничен величином екрана, а има добар пријем; *MMS* који омогућује пренос слике, аудио и видео записа и дигиталних докумената и пријем *e-mail* путем телевизора.

Коришћење *e-mail-a* може да буде корисно и да помогне у повећању ефикасности дистрибуције наших производа/услуга осигурања. Примењујући електронско пословање за систем маркетинга и канал дистрибуције стварамо прво предност над конкуренцијом, а друго можемо да освојимо и *поптенцијалне клијенте/кућце*. На овај начин можемо да побољшамо и односе са *постојећим клијентима/кућцима*, а уједно и стварамо нову слику о нашем пословном угледу на тржишту. Затим ова врста комуникације може да активира и могуће *клијенте/кућце*. Наравно, поставља се питање да ли ћемо да уводимо савремено пословање или не. Уколико не прихватимо све нове технике комуникације заостаћемо са развојем, а на овај начин намећемо нашу марку на тржишту. Побољшавајући положај на тржишту уједно и поспешујемо пословање са постојећим клијентима.

Техника коришћења електронске интернет комуникације захтева од нас да се поштују и сва правила у смислу етички пословног, као и психолошког односа према клијентима/купцима. Поруке треба слати оним клијентима од којих већ имамао сагласност и налазе се у нашој бази података јер ко нам лично није дао дозволу не треба га узнемиравати. Можемо да остваримо контра ефекат. *E-mail*-ом треба да шаљемо само један део материјала као што су обавештење о новом производу/услугу, *newsletters*, анкете и испитивање јавног мњења, посебне понуде, новости на *web site*-у и слично.

Свакако, да ће даља будућност продаје производа и услуга осигурања зависити од величине зараде како осигураваача тако и осигураника и јасне прегледности екрана са понудама осигураваача. Успех примене нових информатичких технологија зависиће од људског фактора запослених у делатности осигурања, односно способности да наметну и убеде купце за другачијим начином куповине. Највећи проблем променама као и у осталим секторима привреде представљају „устаљене навике и застареле идеје” (*O. Wade*).

Шта ће се догодити са постојећим услугама/производима осигурања? Примена нових информатичких технологија омогућава бројне предности као што смо већ рекли како у домену продаје, тако и у домену формирања цена и изради прогноза пословања. На основу досадашњих података најзначајнија примена обавља се продајом полиса осигурања од аутомобилске одговорности, око 55% укупних продаја овог осигурања продато је интернетом. Осим унапређења пословања друштва за осигурање излажу се новој врсти ризика од кога мора да се штите, а односи се на крађу електронских база података.

Д: Банко осигурање

Банко осигурање је данас веома распрострањен облик продаје производа и услуга осигурања, а нарочито животног осигурања.

Користи које има банка од ове врсте посла су:

- Банкарски систем има добру географско-регионалну распрострањеност, тако да је приступ клијентима добро обезбеђен
- Овакав географско разута систем банака омогућава пословање са нижим дистрибутивним трошковима
- Обезбеђена је широка лепеза услуга ради задовољења потреба клијената
- Смањује се ризик у погледу адекватности капитала
- Повећава се искоришћеност инфраструктуре и ресурса

Користи које друштва за осигурања имају од ове врсте посла су:

- Повећање разноврсности канала дистрибуције
- Повећање обима пословања и бољу географско-територијалну заступљеност
- Директне користи од већ формиране базе података клијената банака
- Смањење трошкова пословања посредника, користе се канали банака

Користи које клијенти имају од ове врсте посла су:

- Могућност да се различите финансијске услуге обаве на једном месту
- Нижи трошкови друштава за осигурање утичу на смањење нивоа премије
- Једноставнији и бржи приступ коришћења услуге осигурања
- Поверење у банкарски систем, а тиме услуга осигурања
- Могућност аутоматског и благовременог плаћања и обнављања уговора о осигурању.





ПРВИ ДЕО ОСНОВИ ОСИГУРАЊА

1. Бабић И., Накнада штете у виду новчане ренте, *Ревииа за право осигурања*, бр. 3 - 4/2002
2. Бабић И., Одговорност услед терористичких аката, јавних демонстрација или манифестација, *Право- теорија и пракса*, бр. 5 - 6/2003.
3. Bach/Moser, *Private Krankenversicherung, MB/KK- und MB/KT- Kommentar*, Минхен, 2002.
4. Бараћ И., Надзор и контрола друштава за осигурање, Зборник радова „Сусрећии осигуравача и реосигуравача”, Сарајево, 2002.
5. Beckmann/Matusche-Beckmann, *VersicherungsRechts Handbuch*, München 2004.
6. Bigot J. i други, *Traité de droit des assurances*, Tome 1. „Enterprises et organismes d'assurance”, Париз, 1996.
7. Bigot J. / Lange, D., *Traité de droit des Assurances*, Tome 2, „La distribution de l'assurance”, Париз, 1999.
8. Bigot J. и други, *Traité de droit des Assurances*, Tome 3, „Le contrat d'assurance”, Париз, 2002.
9. Bigot-Gonçaves M., *Les assurances de groupe*, Марсеј, 2009.
10. Bonnard J., *Droit des assurances*, Париз 2009.
11. Bout R., *Le droit des assurances*, Париз 1981.
12. Claeys E., *L'assurance obligatoire de la responsabilité des accidents d'automobile*, Париз, 1962.
13. Caudron J., *Assurance-maladie: la privatisation programée*, Париз 2005.
14. CEA, *Les droits du contrat d'assurance en Europe*, Брисел, 2004.
15. *Code des assurances*, Париз, 2007.
16. Colinvaux R., *The Law of Insurance*, London, 1979.
17. Ђурковић М., „Уговор о животном осигурању”, *Свијет осигурања*, бр. 1, 1998.
18. Ђурковић М., *Уговор о осигурању животиа*, Загреб, 2005.
19. Ђурковић М., *Уговори о обвезном осигурању у цесіовном промелу*, Загреб 1989.
20. Ђурковић М., *Међународна кариа осигурања моћорноз возила*, Загреб, 1990.
21. Ђурковић М., Луи А., *Нови сусіав зелене карије осигурања*, Загреб, 2003.
22. Чоловић В., *Међународно осигурање аутоодзговорносіи*, Београд, 2007.
23. Dörner H., *Allgemeine Versicherungsbedingungen*, Минхен , 2002.

24. Ehrenzweig A., *Deutsches (Österreichisches) Versicherungs-Vertragsrecht*, Беч 1952.
25. Ehrenzweig A., *Internationales Versicherungsrecht*, Карлсруе, 1955.
26. Eichler H., *Versicherungsrecht*, Карлсруе, 1972.
27. Fahr U. / Kaulbach D., *Versicherungsaufsichtsgesetz*, Минхен, 2003.
28. Feyock H. i drugi, *Kraftfahrtversicherung*, Kommentar, Минхен, 2002.
29. Filthaut W., *Haftpflichtgesetz*, 6. Минхен, 2003.
30. Fotaine M., *Essai sur la nature juridique de l'assurance credit*, Брисел 1966.
31. Fontaine M., La reforme de l'assurance contre les accidnts de travail en Belgique et la distinction entre assurance de choses et assurances de personnes, *Etudes offertes a Andre Besson*, Париз 1976.
32. Geratewohl H. i drugi, *Reinsurance – Principle and Practice*, Карлсруе, 1980.
33. Gordon C. A., Dickson M., *Introduction to insurance*, Кембриџ, 1984.
34. Groutel H. i drugi, *Traité du contrat d'assurance terrestre*, Париз, 2008.
35. Grubmann M., *Versicherungsvertragsgesetz*, Беч 2002.
36. Hauser P., „Veränderungen in der internen revision und kontrolle und ind der versicherungswirtschaft in ihrer wechselwirkung“, „European Focus“ of the serbian insurance legal system with particular view of the law of insurance contract, Association for Insurance law of Serbia, Palić 2008.
37. Heinz K., *Versicherungsaufsichtsrecht*, Беч–Њујорк, 1971.
38. Hermann E., *Versicherungsrecht*, Крлсруе, 1972.
39. Howe J., *Insurance of Life*, London, 1989.
40. Иванчевић К., „Заштита потрошача кроз законске одредбе које се односе на уговор о осигурању“, „Евројски њуј“ права осигурања Србије посебно уговора о осигурању, Палић 2008.
41. Ивањко Ш., „Савремени приступи посредовању у осигурању“, *Осигурање у свету новој законодавства*, Удружење за право осигурања, Палић 2005.
42. Ивошевић Б., *Транспортино осигурање*, Београд, 2009.
43. Јакаша Б., *Право осигурања*, Загреб, 1972.
44. Kočović J., Šulejić P., *Osiguranje*, Београд 2002.
45. Kraus H., *Versicherungsaufsichtsrecht*, Беч, 1971
46. Lambert-Faivre Y., *Droit des assurances*, Париз, 2005.
47. Le Court B., *Assurance-vie, mode d'emploi*, Париз 2002.
48. Levie G., *Droit Européen des Assurances*, Брисел, 1992.
49. Lowry J. Rawlings, *Insurance Law*, Оксфорд 2005.
50. Маровић Б. и други, *Основи осигурања и реосигурања*, Београд, 2009.
51. Маровић Б., Р. Пурић, *Осигурање*, Подгорица, 2010.
52. Матијевић Б., „Правни посао реосигурања“, *Свијет осигурања*, бр. 6, 2002.
53. Maurer A., *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, Берн 1995,
54. Metzler M. „Versicherung und internationale Schadenregulierung in Rahmen des Council of Bureaux“, *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift*, 62/1994.
55. Мркшић Д., Петровић З., *Право осигурања*, Београд 2004.
56. Николић Н., *Уговор о осигурању*, Државни осигуравајући фонд, Београд, 1975.
57. Огњановић С., „Појам моторног возила из члана 51 ЗСОИЛ-а“, *Право осигурања у транзицији*, Удружење за право осигурања, Палић 2003.
58. Огњановић С., *Осигурање од одговорности за штете причињене моторним возилом*, Београд 2003.

59. Огњановић С., „Накнада штете на лицима у обавезном осигурању од аутоодговорности”, *Промене у праву осигурања Србије у оквиру европског (ЕУ) развоја права осигурања*, Удружење за право осигурања, Палић 2011.
60. Огризовић Д., *Економика осигурања*, Заједница осигурања имовине и лица Сарајево, Сарајево, 1985.
61. Пак А., „Обавезе уговорача осигурања приликом закључења уговора о осигурању”, „*Европски пут правна осигурања Србије посебно уговора о осигурању*, Удружење за право осигурања Србије, Палић 2008.
62. Пак Ј., „Правна заштита осигураника као потрошача осигурања”, *Привреда и осигурање*, Удружење за право осигурања Србије, Палић 2004.
63. Пак Ј., „Посредници и заступници осигурања у праву ЕУ и српском праву”, *Правна заштитица потрошача услуга осигурања, са посебним освртом на грађанско правну одговорност посредника и заступника осигурања*, Интермех Београд, 2007.
64. Пак Ј., „Право конкуренције у осигурању”, *Усклађивање права Србије са системом осигурања Европске Уније*, Удружење за право осигурања Србије, Палић 2007.
65. Пак Ј., „Осигурање катастрофалних ризика” Финансије/Банкарство/Ревизија/Осигурање, Београд 2006.
66. Пак Ј., *Право осигурања*, Београд, 2011.
67. Палаш А., „Математичка резерва осигурања живота – облик штедње и извор средстава за инвестиције”, *Осигурање и привреда*, бр. 3–4, Загреб, 1960.
68. Pasanisi E., „Considerations sur une question discutee: La subrogation en matiere d'assurance, *Etude offerte a M. Andre Besson*, Париз 1976.
69. Павић Д., *Поморско осигурање*, Цроатиа осигурање, Загреб, 1986.
70. Перовић С. и други, *Коментар закона о облигационим односима*, Београд, 1995.
71. Petersen J., *Versicherungs-Unternehmensrecht*, Минхен, 2003.
72. Petitpierre A., „Les mathématiques et l'assurance vie”, *Revue Suisse d'assurances*, br. 9–10, 1991.
73. Петровић З., *Осигурање животића и сродна осигурања*, ВИЗ, Београд, 2006.
74. Петровић З., Петровић Т., *Осигурање животића*, Београд, 2003.
75. Picard M. / Besson A., *Les assurances terrestres en droit français*, Paris, 1964.
76. Picard M. / Besson A., *Les assurances terrestres en droit français*, Paris, 1965.
77. Поповић Љ., Обрачун накнаде из осигурања код осигурања имовине (цивил и индустрија), *Ревизија за право осигурања*, 3-4/2003.
78. *Приручник за праксу у осигурању и реосигурању*, Нови Сад, 1996.
79. Prölss J. / Martin A., *Versicherungsvertrags-gesetz*, Минхен, 2004.
80. Rohrer K., *Marktforschung und Versicherungsbedart*, Карлсруе, 1976.
81. Сокал В., *Осигурање у користи пређеж*, Београд, 1976.
82. Шулејић П., *Право осигурања*, Београд, 2006.
83. Thourot P. / Fougère F., „L'assurance française en 20 leçons”, Париз, 2006.
84. Toroman M., „Obavezno osiguranje i garantni fondovi”, *Pravni život*, 1996, t. III, br. 11.
85. Трифуновић П., „Круг лица која имају право на накнаду штете због смрти блиског лица и нарочито тешког инвалидитета”, *Осигурање у светлу новог законодавства*, Удружење за право осигурања, Палић 2005.
86. Van Gompel R., *Manuel des assurances sur la vie*, Брисел, 2003.
87. Wenger A., Die schweizerische Lebensversicherung heute, *Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift*, br. 9–10, 1991.

ДРУГИ ДЕО

САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТИ ПОСЛОВАЊА ОСИГУРАЊА

1. Авдаловић, В., Менаџмент управљања ризиком у осигрању, ZENID, Београд, 2000.
2. Alorie, G., Bacheldor, B., 2000. *The Big Squeeze*, InformationWeek, 779: 46-56.
3. Badoc, M. en collaboration avec Élodie Trouillard, 2009, *Réinventer le marketing de la banque et de l'assurance-du sens du client au néomarketing*, Revue banque édition, Paris
4. Барјактаровић, Л., Управљање ризиком, Универзитет Сингидунум, Београд, 2009.
5. Барјактаровић, Л., Јечменица, Д., Управљање ризиком у српским осигуравајућим компанијама, *Сингидунум ревија* 2010 Вол 7/Но 2, Београд, 2010.
6. Bessis, J., Risk management in banking, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 2002.
7. Brealey, R., Myers, S., Marcus, A., Fundamentals of Corporate Finance, Third Edition, McGraw-Hill Prims, New Jersey, 2001.
8. Vaughan, E., Vaughan, T., Основи осигурања – Управљање ризицима, MATE (John Wiley&Sons, Inc.), Загреб, 1995.
9. Vernimmen, P., Corporate Finance – Theory and Practice, John Wiley&Sons, Ltd, Chichester, 2005.
10. Вујовић, Р., Управљање ризицима и осигурање, Универзитет Сингидунум, Београд, 2009.
11. Група аутора, Економски речник – друго измењено и допуњено издање, Универзитет у Београду, Економски факултет, Београд, 2006.
12. Група аутора, Основи осигурања, Универзитет Сингидунум, Београд, 2007.
13. Greuning, H., Брајовић-Братановић, С., Анализа и управљање банковним ризицима, MATE, Загреб, 2006.
14. Голијанин, Д., *Трговински менаџмент*, Универзитет сингидунум, 2009., Београд, преузето уз модификације од William C. Moncrief and Shanon H. Ship, *Sales managment* (Addison-Wesly, 1997)
15. Горчић, Ј., Приручник за управљање ризицима банке према Закону о банкама, ПРОНИКОМ, Београд, 2006.
16. Guerard, J., Schwaptz, E., Quantitative Corporate Finance, Springer, Science + Business media, LLC., New York, 2007.
17. Guidelines on Bank Wide Risk Management, Identification Quantification Aggregation Allocation Monitoring, ICAAP – Internal Capital Adequacy Assessment Process, OeNB&FMAA, Vienna, 2006.
18. Dionne G, *Handbook of Insurance*, Kluwer Academic Publishers (Boston/ Dordrech/ London) Norwell, MassachuseAs, USA.2000.
19. Davidson, F., Managing Risk in Organizations – A Guide for Managers, Jossey Bass, San Francisco, 2003.
20. Damodaran, A., Applied Corporate Finance, Second Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, 2006.
21. Di Clemente, A., Romano, C., A Coupla - Extreme Value Theory Approach for Modelling Operational Risk, Operational Risk Modelling and Analysis, Theory and Practice, Marcelo Cruz, Risk Books, 2004.
22. Dorfman, M., Introduction to risk management and Insurance, 9th edition, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2008.
23. Doherty, N., Integrated risk management – techniques and strategies for managing corporate risk, McGraw Hill, Inc., 2000.

24. Дрљача, Д., Управљачко рачуноводство у функцији управљања ризиком активе и пасиве у дрштву за осигурање, Универзитет Сингидунум, Београд, 2008.
25. Дрљача, Д., Политика управљања ризицима и модели за управљање и извештавање о ризицима друштва за осигурање, Зборник радова Саветовања за израду финансијских извештаја друштва за осигурање у организацији Удружења осигуравача Србије, Зрењанин, 21-22.12.2009.
26. Ђорђевић, С., Солвентност II – Наступајући регулаторни оквир за индустрију осигурања, Економски факултет, Београд, 2010.
27. Извештај о спровођењу интерне контроле и управљању ризиком компаније Дунав осигурање а.д.о. за 2009. годину, Београд, март 2010.
28. Jaffe, R.W., Corporate Finance, Seventh Edition, McGraw Hill Companies, Inc., 2005.
29. Јеремић, Љ., *Истраживање тржишта и продаја осигурања*, Универзитет Сингидунум, Београд, 2010.
30. Јеремић, Љ., *Анализа тржишта осигурања у ЕУ*, Сингидунум ревија, Вол 7/Но 1, Београд, 2010.
31. Јеремић, Љ., Пауновић, М., Компаративна анализа тржишта осигурања у ЕУ, Србији и државама у региону, Сингидунум Ревиија, Вол 8/Но 1, Београд, 2011.
32. J.P.Morgan: Risk Metrics TM – Technical Document, New York, 1997.
33. Jobber D, Fahy J, *Основи маркетинга*, Универзитет Сингидунум, Београд, Дата Статус, 2006.
34. Jorion, P., Value at Risk, The New Benchmark for Managing Financial Risk, New York, McGraw Hill, 2001.
35. Kevin, D., Measuring market risk, New York, JWS, 2002.
36. Kim, S., Kim, S., Global Corporate Finance, sixth edition, Blackwell Publishing, Oxford, 2006.
37. Kotler P, Dubois B., *Marketing Management*, 9e éditon, 1997 Publi-Union Éditions, Paris.
38. Кочовић, Ј., Актуарске основе формирања тарифа у осигурању, Економски факултет, Београд, 2006.
39. Кочовић, Ј., Шулејић, П., Осигурање, Економски факултет, Београд, 2006.
40. Маровић, Б., Осигурање и шпедиција, Глосаријум, Нови Сад, 2001.
41. Меркур – Годишњи извештај о спровођењу система интерних контрола и управљању ризицима за 2008.годину, Београд, април 2009.
42. Марковић, М., Увод у осигурање, Београдска пословна школа, Београд, 2006.
43. Markowitz, H., Portfolio selection: Efficient Diversification of Investments, John Wiley & Sons, New York, 1959.
44. Матић, В., Оперативни ризици, Институт за пословна истраживања МБА, Београд, 2008.
45. Outreville, J., Theory and Practice of Insurance, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/ Boston/ London, 1997.
46. Peterson, C., Lewis, C., Managerial Economics, Fourth Edition, Prentice Hall Inc., New Jersey, 1999.
47. Петровић, З., Петровић, Т., Осигурање живота, Глосаријум, Београд, 2003.
48. Приручник за праксу у осигурању и реосигурању, ДДОР Нови Сад осигурање и реосигурање, Financing Centar, Нови Сад, 1996.
49. Проблеми пословања осигуравајућих компанија у условима кризе, монографија, Институт за осигурање и актуарство, Златибор, 2010.

50. Randy E. Dumm, Robert E. Hoyt, (2002), Insurance Distribution Channels: Markets in Transition
51. Рашета, Ј., Финансијска и актуарска математика, Универзитет Сингидунум, Београд, 2008.
52. Rejda, G., Principles of Risk Management and Insurance, 10th Edition, Addison Wesley, Boston, USA, 2008.
53. Rousseau, J.M.; Blayac, T.; Oulmane, N., *Introduction à la Theorie de l'assurance Dunod*, Paris, 2001.
54. Sandstrom A., *Solvency: Models, Assessment and Regulation*, Chapman&Hall/CRC, 2006.
55. Siciliano, G., Finance for the non-financial manager, McGraw Hill Companies, Inc., New Jersey, 2003.
56. Skipper, H.D., Kwon, W.J., Risk Management and Insurance, Perspectives in Global Economy, Blackwell Publishing, Malden, USA, 2007.
57. Shapiro, A., Balbirer, S., Modern Corporate Finance, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, USA, 2000.
58. Swiss Reinsurance Company, Reinsurance Matters – A manual of the non-life branches, Zurich, 2005.
59. Tiller, J. E. JR., FSA & Tiller, D. F., *FSA: Life, Healt & Annuity Reinsurance*, Third ed. 2005.
60. The professional risk manager's handbook - A comprehensive guide to the current theory and best practice, Edited by Carol Alexander and Elisabeth Sheedy, Introduced by David R.Koenig The official book for the PRM certification / PRIMAPublications / PRIMA Risk managers 2004. *Volume I: Finance theory, financial instruments and markets*
61. The professional risk manager's handbook - A comprehensive guide to the current theory and best practice, Edited by Carol Alexander and Elisabeth Sheedy, Introduced by David R.Koenig The official book for the PRM certification / PRIMAPublications / PRIMA Risk managers 2004. *Volume II: Mathematical foundations of risk measurement*
62. The professional risk manager's handbook - A comprehensive guide to the current theory and best practice, Edited by Carol Alexander and Elisabeth Sheedy, Introduced by David R.Koenig The official book for the PRM certification PRIMAPublications / PRIMA Risk managers 2004. *Volume III: Risk management practices*
63. Трендови у развоју тржишта осигурања, Четврти међународни симпозијум савремених трендова у развоју тржишта осигурања, Економски факултет у Београду и Удружење актуара Србије, Врњачка Бања, 2006.
64. Удружење осигуравача Србије, Зборник радова Саветовање израда финансијских извештаја друштава за осигурање за 2009. годину, Зрењанин, децембар 2009.
65. Fabozzi, F., Peterson, P., Financial management and analysis, second edition, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey, 2003.
66. Hammer M, Champ J, *Le Reengineering. Réinventer l'Entreprise pour une Amélioration Spectaculaire de ses Performances*, Dunod, 2001.
67. Hansell, D.S., Introduction to insurance, second edition, London, 1999.
68. Ханић, Џ. *Истраживање тржишта и маркетинг информациони систем*, пето издање, ЦИДЕФ, Београд, 2006.
69. Хаџић, М., *Банкарство*, Универзитет Сингидунум, Београд, 2009.
70. Цветиновић, М., *Управљање ризицима у финансијском пословању*, Универзитет Сингидунум, Београд, 2008.
71. Crohy, Galai, Mark, The Essentials of Risk Management, 2006.

72. Шекарић, М., Барјактаровић, Л., *Финансијска математика и актуарство са збирком задатака*, Универзитет Сингидунум, Београд, 2012.

Прџоиси

1. Basel Committee on Banking Supervision: Risk management guidelines for derivatives, 1994.
2. Basel Committee on Banking Supervision: An internal model-based approach to market risk capital requirements, 1995.
3. Basel Committee on Banking Supervision: Supervisory framework for the use of backtesting in conjunction with the internal models approach to market risk requirements, 1996.
4. Basel Committee on Banking Supervision: Amendement to the Capital Accord to Incorporate Market Risks, Manuscript, January 1996.
5. Basel Committee on Banking Supervision: Amendement to the Capital Accord to Incorporate Market Risks, Manuscript, Update April 1998.
6. Basel Committee on Banking Supervision: Credit Risk Modelling Current Practices and Applications, Manuscript, April 1999.
7. Basel Committee on Banking Supervision: A New Capital Adequacy Framework, consultative paper, July 1999.
8. Basel Committee on Banking Supervision: Principles for the Management of Credit Risk, September, 2000.
9. Basel Committee on Banking Supervision: Sound Practices for the Management and Supervision of Operational Risk, February 2003.
10. Basel Committee on Banking Supervision: International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards – A revised framework, Bank for International Settlements, June 2004.
11. Директива 2009/138/ Европске комисије од 25.11.2009. године, Сл. лист ЕУ бр. 52.
12. Закон о осигурању Републике Србије, Сл. гласник Републике Србије бр. 55/2004, 70/2004 и исправке 61/2005.
13. Закон о рачуноводству и ревизији, Сл. гласник РС 46/06.
14. Одлука о ограничењима појединачних облика депоновања и улагања средстава техничких резерви и о највишим појединачним депоновањима и улагањима гарантне резерве друштва за осигурање, Сл. гласник РС 35/2008 и 111/2008.
15. Одлука о систему интерних контрола и управљању ризицима у пословању друштва за осигурање, Сл.гласник РС 12/2007 (и 6 пратећих смерница: 1 – транспарентност, 2 – корпоративно управљање, 3 – тржишни ризик, 4 – ALM, 5 – прање новца, 6 – преваре)
16. Одлука о ближим критеријумима и начину обрачунавања резервисаних штета, Сл. гласник РС бр. 86/2007
17. Одлука о ближим критеријумима и начину обрачуна резерви за изравнање ризика, Сл. гласник РС бр. 13/2005 и 23/2006.
18. CARMEL показатељи друштва за осигурање са овкирним упутствима за њихово тумачење (доступни на сајту Народне банке Србије, јануар 2011.)
19. Одлука о начину утврђивања висине маргине солвентности, Сл. гласник РС бр. 31/2005.
20. Одлука о ближим критеријумима и начину обрачуна математичке резерве и резерве за учешће у добити, Сл. гласник РС бр. 7/2010.

21. Одлука о ближим критеријумима и начину обрачуна преносних премија, Сл. гласник РС бр. 19/2005.
22. Одлука о ограничењима поједних облика депоновања и улагања средстава техничких резерви и највишим изно-сима појединих депоновања и улагања гарантне резерве друштва за осигурање, Сл. гласник РС бр. 35/2008 и 111/2009.

Ињернеј линкови

<http://www.bis.org/>

<http://www.nbs.rs/>

<http://ec.europa.eu/>

<http://www.eu.com/>

<http://www.iaisweb.org/>

<http://www.insuranceerm.com/>

<http://www.investordictionary.com/>

<http://www.investopedia.com/>

<http://www.investorwords.com/>

<http://www.life-pensions.com/>

<http://www.lloyds.com/>

<http://www.palgrave-journals.com/>

<http://papers.ssrn.com/>

<http://www.pwc.com/>

<http://www.risknews.net/>

<http://www.risk.net/>

<http://www.swissre.com/>

<http://www.solvency2experts.net/>

<http://www.forexcourse.com/forex-glossary/>

<http://www.fsa.gov.uk/>

<http://www.c-ebis.org/>

<http://www.capgemini.com/>

<http://www.ces.eu/>

<http://www.ceiops.org/>

<http://ch.milliman.com/en/perspective/>

На основу члана 23. став 2. тачка 7. Закона о порезу на додату вредност („Службени гласник РС”, бр. 84/04... и 61/07), Одлуком Сената Универзитета Сингидунум, Београд, број 260/07 од 8. јуна 2007. године, ова књига је одобрена као основни уџбеник на Универзитету.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

368(075.8)

ПАК, Јасна, 1947-

Osnovi osiguranja / Jasna Pak, Ljiljana
Jeremić, Lidija Barjaktarović. - 1. izd. -
Beograd : Univerzitet Singidunum, 2012
(Loznica : Mladost grup). - XI, 278 str. :
ilustr. ; 24 cm

Tiraž 300. - Napomene i bibliografske
reference uz tekst. - Bibliografija: str.
271-278.

ISBN 978-86-7912-404-3

1. Јеремић, Љиљана, 1954- [аутор] 2.
Барјактаровић, Лидија, 1975- [аутор]
а) Осигурање
COBISS.SR-ID 189070092

© 2012.

Сва права задржана. Ниједан део ове публикације не може бити репродукован у било ком виду и путем било ког медија, у деловима или целини без претходне писмене сагласности издавача.