

VRHOVNI SUD, u veću sastavljenom od sudija: Jelene Krivokapić, predsednik veća, Gylten Sylejmani i Beshir Islami, članovi veća, u pravnoj stvari tužioca S. K. iz sela ... e Ulet koga zastupa Rr. R., advokat iz Lipljana, protiv tužene Kompanija Osiguranja „I.“ u ..., koju zastupa A. K., advokat iz ..., radi naknade štete, odlučujući po reviziji tužene izjavljene protiv presude Apelacionog suda Kosova Ac.br.3739/16 od 13.02.2019.godine, u sednici veća održanoj dana 02.06.2020.godine, doneo je

P R E S U D U

ODBIJA SE, kao neosnovana, revizija tužene izjavljene protiv presude Apelacionog suda Kosova Ac.br.3739/16 od 13.02.2019.godine.

O b r a z l o ž e n j e

Presudom Osnovnog suda u Prištini C.br.195/11 od 12.05.2016.godine, usvoen je tužbeni zahtev tužioca pa je obavezana tužena da tužiocu naknadi troškove lečenja koje je imao lečeći se u bolnici u Švedskoj, u iznosu od 12.664,11€ sa kamatom koju banke na Kosovu obračunavaju na sredstva bez posebne namene na godinu dana, počev od 12.05.2016.godine pa sve do konačne isplate, kao i troškove postupka u iznosu od 744,80€, sve u roku od 15 dana od dana prijema presude.

Po žalbi tužene odlučivao je Apelacioni sud Kosova koji je svojom presudom Ac.br.3739/16 od 13.02.2019.godine, odbio istu, potvrđujući prvostepenu presudu.

Protiv pravnosnažne, drugostepene presude tužna je izjavila reviziju zbog pogrešne primene materijalnog prava, predlažući da se ista usvoji tako što će Vrhovni sud preinačiti nižestepene presude i odbiti tužbeni zahtev ili ih ukinuti i predmet vratiti prvostepenom sudu na ponovno suđenje.

Ispitujući pobijanu presudu u smislu člana 215 Zakona o parničnom postupku (u daljem tekstu ZPP), Vrhovni sud je našao da je revizija neosnovana.

Iz spisa predmeta proizilazi da je tužilac sa tuženom, dana 13.09.2010.godine, zaključio ugovor o zdravstvenom osiguranju br.polise 053797 za period od 16.09.2010.do 15.09.2011.godine do 24,00h. U tom vremenskom periodu, tužilac je sa odobrenom turističkom vizom, bio u poseti bratu u Švedskoj.Tamo se iznenada razboleo zbog čega je hitno je prebačen u bolnicu gde je lečen u periodu od 24.09.2010 do 29.09.2010.godine. Troškovi lečenja iznose 12.664,11€. Kako mu tužena nije htela nadoknaditi ove troškove, iako je bio osiguran kod iste, sa obrazloženjem da je bio dužan, prethodno, da se obrati „C. A.“, koja po navodima tužene, određuje uslove pod kojima se isplaćuju ovakvi troškovi, tužilac je dana 27.01.2011.godine podneo tužbu sudu radi naplate troškova bolničkog lečenja u Švedskoj. Tužilac je naveo da je ugovor koji je potpisao sa tuženom formularni, da su u njemu unapred određeni svi uslovi, da je on isti potpisao i da nije bio obavezan da se obraća nikom drugom osim tuženoj, da suma osiguranja iznosi 30.000€ i da pokriva navedene troškove lečenja.

Nema bitnih povreda odredaba parničnog postupka iz člana 182 Zakona o parničnom postupku, na koje Vrhovni sud pazi po službenoj dužnosti.

Nije osnovan revizijski navod da je tužilac bio dužan da se prethodno obrati „Coris Assistance“ i da zbog toga što to nije učinio, njemu ne pripada naknada troškova lečenja. Naime, na poleđini polise osiguranja, stoji da osiguranik može zatražiti pomoć od „C. A.“, čija je kancelarija dostupna 24 sata u celom svetu, da se osiguranik može obratiti najbližoj kancelariji koja se nalazi u Sloveniji i da će u tom slučaju dobiti smernice kako da ostvari prava iz osiguranja. ASISTENTSKE KUĆE kao što je „C. A.e“, odnosno kompanija sa kojom je osiguravač ugovorio pružanje usluga u slučaju nastupanja nekog od osiguranih rizika, čini tim lica sastavljen od lekara, tehničara i operatora i drugih lica koji po nalogu osiguravača pružaju

usluge osiguraniku, 24 časa dnevno, u periodu važenja zaključenog ugovora o osiguranju. Nigde nije predviđeno da stoji obaveza osiguranika, da se mora prethodno javiti „C. A.“, te da je to uslov da ostvari svoja prava po osnovu osiguranja koje je zaključio sa tuženom, što znači da je pomoć navedene kompanije naznačena kao povoljnost koja je na raspolaganju osiguraniku a ne kao obaveza bez koje on ne bi mogao ostvariti svoja prava po osnovu osiguranja. Pravilno su zaključili nižestepeni sudovi da je tužena dužna isplatiti tužiocu troškove lečenja koje je imao u Švedskoj, obzirom da je po polisi bio zdravstveno osiguran na sumu od 30.000€ i da ona pokriva njegove troškove lečenja. Maksimalna obaveza osiguravača je iznos ugovorene osigurane sume. Ukoliko nastupi osigurani slučaj osiguravač je u obavezi da osiguraniku odnosno korisniku osiguranja naknadi sve nužne i opravdane troškove nastale kao posledica neodložno sprovedenog lečenja, iznenadne bolesti i nesrećnog slučaja.

Međutim pravni osnov tužiočevog potraživanja nije naknada štete u smislu člana 154, 155 i 185 Zakona o obligacionim odnosima (Sl.list SFRJ 29/78, 39/85) pa je pogrešno pozivanje nižestepениh sudova na navedene članove Zakona, već se pravni osnov nalazi u ugovoru o osiguranju I to u članu 897 ovog Zakona koji propisuje: „Ugovorom o osiguranju obavezuje se ugovarač osiguranja da plati određeni iznos organizaciji za osiguranje (osiguravač), a organizacija se obavezuje da, ako se desi događaj koji predstavlja osigurani slučaj, isplati osiguraniku ili nekom trećem licu naknadu, odnosno ugovorenu svotu ili učini nešto drugo“, a sve u vezi sa članom 898 ZOO koji definiše pojam „osigurani slučaj“, članom 902 koji se odnosi na listu pokrića i članom 942 ZOO koji propisuje: „U ugovorima o osiguranju lica (osiguranje života i osiguranje od nesrećnog slučaja) visina osigurane svote, koju je osiguravač dužan isplatiti kad nastupi osigurani slučaj, utvrđuje se u polisi prema sporazumu ugovornih strana“.

Sud je cenio i ostale navode iz revizije ali oni nisu bili od uticaja na donošenje drugačije odluke.

Sa iznetih razloga Vrhovni sud je odlučio kao u izreci presude u smislu člana 222 Zakona o parničnom postupku.

Rev.br.251/2019 od 02.06.2020. godine

Predsednik veća-sudija

Jelena Krivokapić