MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 59

ISSN 2353-8880

STYCZEŃ 2015

Wydawca

Rzecznik Ubezpieczonych

Al. Jerozolimskie 87

02-001 Warszawa

Redakcja

Redaktor naczelna: Aleksandra Wiktorow

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Urszula Borowiecka

(C)2015 Rzecznik Ubezpieczonych. Wszelkie prawa zastrzeżone

SPIS TREŚCI MU 59

1. Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.
2. Prawa i obowiązki poszkodowanego w toku postępowania likwidacyjnego – część 1
3. Dzwoni poszkodowany do Rzecznika Ubezpieczonych…
4. Obrona przed egzekucją opartą na niedoręczonym nakazie zapłaty
5. Pełnomocnictwo w postępowaniu odszkodowawczym
6. Projekt wytycznych KNF w sprawie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych
7. Utrata wartości handlowej pojazdu
8. Zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem
9. Opłaty likwidacyjne w umowach ubezpieczenia na życie powiązanych z UFK w świetle orzecznictwa SOKiK – część 3
10. Podział i dziedziczenie środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu emerytalnego
11. Kalendarium

Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.

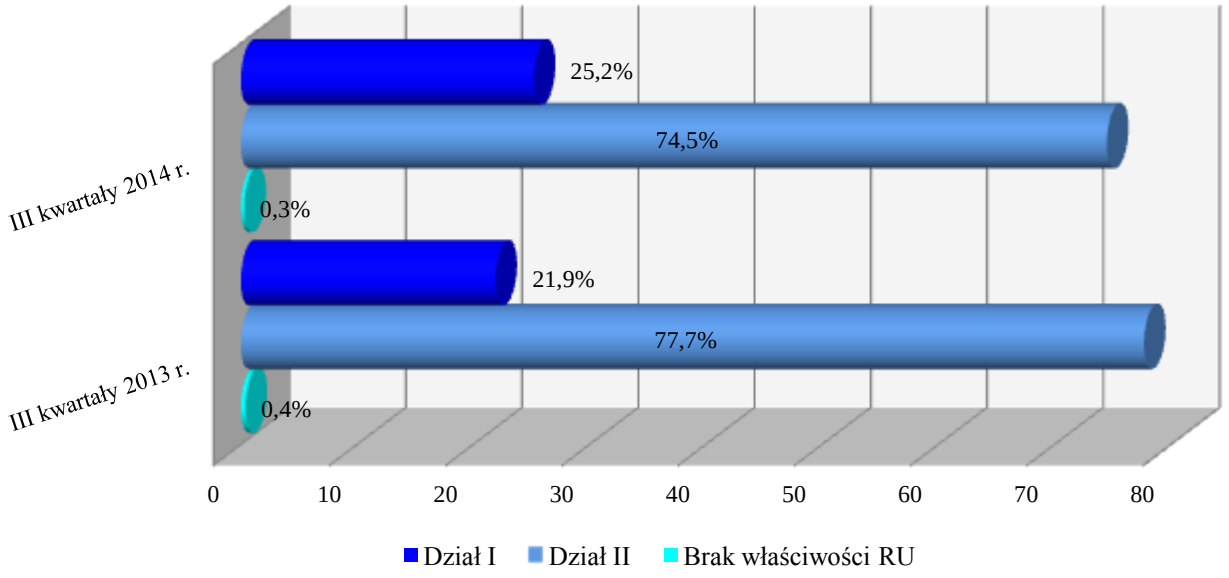
W okresie III kwartałów 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał 11 556 pisemnych skarg zgłaszanych w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych (Tabela nr 1, Wykres nr 1). Dla porównania w okresie III kwartałów 2013 r. odnotowano 12 551 skarg – co oznacza, iż nastąpił spadek o 7,9%. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych nie oznacza to jednak, iż sytuacja na rynku ubezpieczeniowym uległa poprawie. Analizując pisemne skargi kierowane do Biura Rzecznika w indywidualnych sprawach nadal można zaobserwować pewne patologie występujące na rynku ubezpieczeniowym. Oznacza to, iż skala nierespektowania prawa przez część podmiotów rynku ubezpieczeniowego względem poszkodowanych jest nadal znacząca. Dodatkowo, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, spadek liczby pisemnych skarg wynika w szczególności ze spadku liczby kolizji i wypadków drogowych oraz spadku liczby zawieranych umów ubezpieczeń autocasco.

Pomimo spadku liczby otrzymanych spraw w przedstawianym okresie sprawozdawczym zaobserwowano jednocześnie wzrost zainteresowania innymi bezpośrednimi formami kontaktów z Biurem Rzecznika Ubezpieczonych (poradnictwo telefoniczne, kontakt za pośrednictwem portalu społecznościowego Facebook).

Tabela nr 1
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.

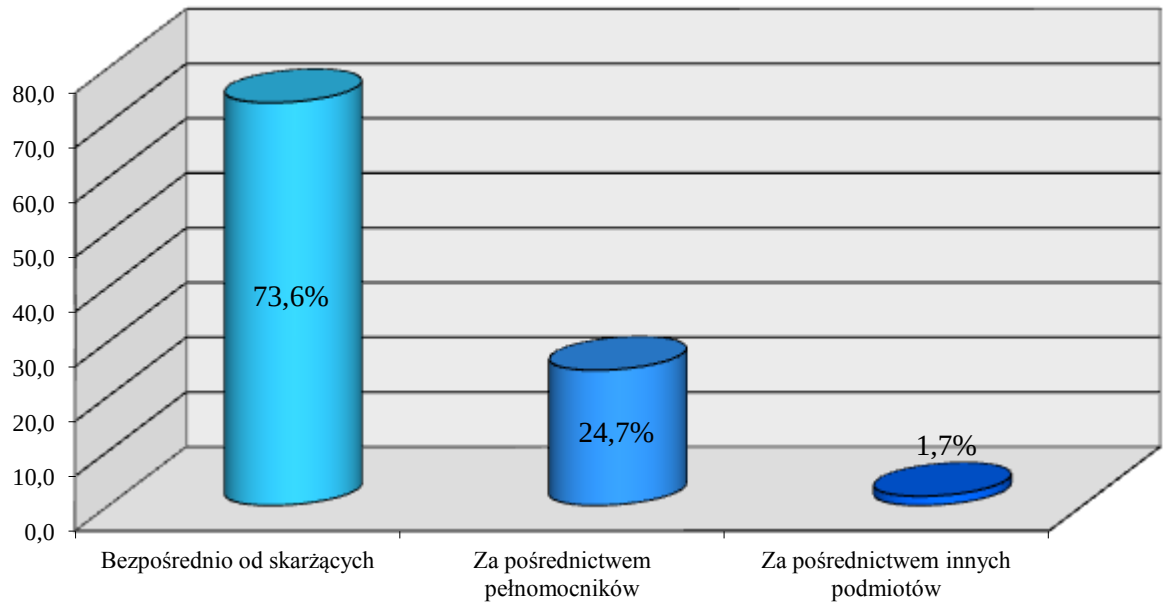
Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I - Ubezpieczenia na życie	2912	25,2
2.	Dział II - Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	8605	74,5
3.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	39	0,3
4.	**Ogółem**	**11 556**	**100**

Wykres nr 1
Podział ryzyka według działów w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r. w porównaniu do III kwartałów 2013 r.



Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych napływały zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia – 8501 spraw (73,6%), jak też za pośrednictwem pełnomocników i innych podmiotów – 3055 spraw (26,4%) (Wykres nr 2).

Wykres nr 2
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.



Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 5746 skarg, co stanowiło 49,7% ogółu spraw. Dla porównania, w okresie III kwartałów 2013 r. liczba ta wynosiła 6376 (50,8%). Oznacza to, iż nastąpił spadek udziału grupy skarg dotyczącej problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych o 1,1%.

W okresie III kwartałów 2014 r. odnotowano wpływ 4621 skarg odnoszących się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Procentowy udział tych spraw uległ nieznacznemu zmniejszeniu w stosunku do analogicznego okresu minionego roku (0,5%).

Najczęściej zgłaszane zastrzeżenia dotyczyły uzyskania pełnej rekompensaty za wynajem pojazdu zastępczego oraz sposobu likwidacji szkody, poprzez nieuprawnione kwalifikowanie jej jako szkody całkowitej. Skarżący wskazywali, iż ubezpieczyciele często zaniżają wartość pojazdu w stanie sprzed szkody, a zawyżają wartość wraku/pozostałości, nie udzielając jednocześnie pomocy w ich zbyciu za ustaloną przez zakład ubezpieczeń cenę. Zgłaszane problemy dotyczyły również m.in. prawa osoby poszkodowanej do decydowania o wyborze części stosowanych do naprawy pojazdu, zasadności stosowania przez ubezpieczycieli amortyzacji części, problematyki wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, kosztów związanych z holowaniem i parkowaniem pojazdu, żądania przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu oraz obniżania przez zakład ubezpieczeń stawek za roboczogodziny.

Liczna grupa spraw dotyczyła oceny stanu faktycznego, którego Rzecznik Ubezpieczonych nie ma możliwości ustalenia.

Natomiast w odniesieniu do szkód na osobie najczęściej pojawiały się zarzuty dotyczące ustalania na zbyt niskim poziomie świadczeń odszkodowawczych, dochodzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC sprawcy szkody – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu, zbyt niskiej kwoty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz zaniżenia stosownego odszkodowania w przypadku znacznego pogorszenia sytuacji życiowej po śmierci osoby najbliższej.

Pomimo spadku liczby spraw odnoszących się do ubezpieczeń autocasco (o 1,45% w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku) – w okresie III kwartałów 2014 r. nadal zajmowały one wysoką pozycję w zakresie liczebności skarg w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych (805 spraw – 7,0%).

Najczęściej podnoszone zarzuty w skargach dotyczyły sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania, zapisów o.w.u. skutkujących całkowitą odmową wypłaty odszkodowania oraz interpretacji przepisów ubezpieczeniowych. Sprawy z tego zakresu odnosiły się także do problemów związanych z likwidacją skutków zdarzenia metodą szkody całkowitej, które

często wynikały z mało starannego i profesjonalnego określenia wartości pojazdu przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i przy likwidacji szkody.

Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych – 69 skarg (0,6%) oraz nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (49 skarg – 0,4%). Łącznie procentowy udział tej grupy skarg w porównaniu do III kwartałów 2013 r. wzrósł o 0,5%.

Kolejne miejsce w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych – z uwagi na liczbę spraw – zajmowały skargi dotyczące roszczeń regresowych zakładów ubezpieczeń – 92 skargi (0,8%) oraz ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 58 skarg (0,5%).

Pozostałe wystąpienia skarżących w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych dotyczyły ubezpieczeń assistance – 26 skarg (0,2%), ubezpieczeń Zielonej Karty – 11 skarg (0,1%), ubezpieczeń szyb samochodowych – 10 skarg (0,1%) oraz ubezpieczeń kosztów naprawy pojazdu – 5 skarg (Tabela nr 2).

Tabela nr 2
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.

Tematyka skarg	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	**2912**	**25,2**
Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	16	0,1
Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.:	2896	25,1
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	1160	10,0
- Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	1110	9,6
- Ubezpieczenia na życie	603	5,2
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	6	0,1
- Ubezpieczenia rentowe	5	0,0
- Brak danych	12	0,1
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	**8605**	**74,5**
Ubezpieczenia komunikacyjne:	5746	49,7
- OC	4621	40,0
- AC	805	7,0
- NNW kierowcy i pasażerów	58	0,5
- Assistance	26	0,2
- Zielona Karta	11	0,1
- Ubezpieczenia szyb samochodowych	10	0,1
- Ubezpieczenia kosztów naprawy pojazdu	5	0,0
- Regres (dot. szkód komunikacyjnych)	92	0,8
- UFG (dot. likwidacji szkód)	69	0,6
- UFG (kary i regres)	49	0,4

Ubezpieczenia OC (pozostałe): - OC przedsiębiorcy - OC w życiu prywatnym - OC wykonywanego zawodu - OC przewoźnika	1161 998 99 40 24	10,0 8,6 0,9 0,3 0,2
Ubezpieczenia mienia: - Ubezpieczenia mienia osób fizycznych - Ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw - Assistance - Ubezpieczenia cargo mienie w transporcie	567 456 101 7 3	4,9 3,9 0,9 0,1 0,0
Ubezpieczenia NNW: - Ubezpieczenia NNW - Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	279 213 66	2,4 1,8 0,6
Ubezpieczenia rolne: - OC rolników - Obowiązkowe ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego - Ubezpieczenia upraw - Ubezpieczenia mienia w gospodarstwach rolnych - Ubezpieczenia maszyn rolniczych - Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwach rolnych - UFG (dot. likwidacji szkód) - UFG (kary i regres)	196 90 76 15 6 3 2 2 2	1,7 0,8 0,7 0,1 0,1 0,0 0,0 0,0 0,0
Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowo zakupionego sprzętu	165	1,4
Ubezpieczenia turystyczne: - Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą - Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży - Ubezpieczenia bagażu - Assistance	101 63 18 15 5	0,9 0,5 0,2 0,1 0,0
Ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych: - Ubezpieczenia kredytu - Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	75 71 4	0,6 0,6 0,0
Ubezpieczenia ryzyk finansowych	22	0,2
Gwarancje ubezpieczeniowe	14	0,1
Regresy (dot. pozostałych szkód)	11	0,1
Ubezpieczenia ochrony prawnej	8	0,1
Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego	7	0,1
Ubezpieczenia zdrowotne	6	0,1
Ubezpieczenia maszyn budowlanych	6	0,1
Assistance (dot. pozostałych ubezpieczeń)	3	0,0
Ubezpieczenia operacji	2	0,0
Casco statków powietrznych i morskich	2	0,0
Ubezpieczenia ryzyk budowlanych	1	0,0
Ubezpieczenia krótkoterminowych należności eksportowych	1	0,0
Brak danych	232	2,0
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	**39**	**0,3**
Ogółem	**11 556**	**100**

W omawianej grupie ubezpieczeń znacząca liczba skarg odnosiła się do składek ubezpieczeniowych – 778 skarg (6,7%) (Tabela nr 3), co wskazuje na spadek o 0,4% – w odniesieniu do III kwartałów 2013 r.

Ubezpieczający skarżyli się przede wszystkim na: występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych; wezwanie do zapłaty przez zakład ubezpieczeń składek powstałych na skutek ponownej kalkulacji, jak również przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę; problemy z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w następstwie zbycia pojazdu; wysokość składek, w tym na konstrukcję taryf składek.

W okresie III kwartałów 2014 r. – w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego odnotowano nieznaczny spadek o 0,1% skarg związanych z tzw. podwójnym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (w okresie III kwartałów 2013 r. – 2,8%, w okresie III kwartałów 2014 r. – 2,7%).

W przedstawianym okresie sprawozdawczym na drugim miejscu, pod względem liczebności znajdowały się skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 2912 spraw, co stanowiło 25,2% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które w tym okresie wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych. W porównaniu do III kwartałów 2013 r. w tej grupie spraw nastąpił wzrost o 3,3% (Wykres nr 1).

W ramach tych skarg wyróżniamy umowy zawarte przed 1989 r. przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń a realizowane obecnie przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. (tzw. stary portfel), których problematyka wiąże się ze zbyt niską kwotą ustalonego świadczenia z tytułu ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci (tzw. ubezpieczenia posagowe) lub ubezpieczenia renty odroczonej. W niniejszej grupie skarg w okresie III kwartałów 2014 r. takich spraw odnotowano 16 (0,1%).

Drugi rodzaj umów z zakresu skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 r. – łącznie takich skarg odnotowano 2896 (25,1%). Najliczniejsza grupa spraw z omawianego zakresu dotyczyła ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych będących uzupełnieniem ubezpieczeń na życie – 1160 spraw (10,0%). Wysoka pozycja w tej grupie skarg dotyczyła ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – 1110 spraw (9,6%). Kolejne miejsce zajęły skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – 603 sprawy (5,2%), ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci – 6 spraw (0,1%) oraz ubezpieczeń rentowych – 5 spraw.

W ostatnich latach odnotowujemy znaczną tendencję wzrostową w grupie skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w szczególności oferowanych kanałem bankowym i przez pośredników finansowych produktów *de facto* inwestycyjnych, obarczonych znacznym stopniem ryzyka

inwestycyjnego, lecz opakowanych w terminową umowę ubezpieczenia na życie – które mimo swej specyfiki sprzedaje się osobom, do których nie są adresowane. Znaczny stopień skomplikowania tego rodzaju produktów powoduje również, że konsument mniej zorientowany (na ogół starszy wiekiem), nie jest w stanie dostrzec jakiej natury produkt nabył, często lokując w ten ryzykowny sposób oszczędności życia, a następnie czuje się oszukany, gdy na skutek różnych zdarzeń losowych dochodzi do rozwiązania umowy przed terminem w niej przewidzianym, co skutkuje z reguły utratą znacznej części wpłaconych składek w postaci wysokiej, mającej charakter kary finansowej, opłaty likwidacyjnej. W omawianym okresie sprawozdawczym w tej grupie skarg odnotowano wzrost o 2,2% w stosunku do III kwartałów 2013 r. Dla porównania, liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym w okresie III kwartałów 2013 r. wynosiła 926 (7,4%), natomiast w okresie III kwartałów 2014 r. – 1110 (9,6%).

Spory w grupie spraw ubezpieczeń działu I dotyczyły również odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieściło się w granicach ochrony gwarantowanej umową (np. nie wystąpił nieszczęśliwy wypadek wg definicji określonej w o.w.u.) lub z powodu zatajenia lub podania przez ubezpieczonego nieprawdziwych bądź niepełnych informacji o stanie jego zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Pozostałe zarzuty podnoszone pod adresem zakładów ubezpieczeń odnosiły się m.in. do: wysokości świadczenia – w tym zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu; zbyt niskiej wobec oczekiwań ubezpieczonego bądź całkowitej odmowy wypłaty tzw. wartości wykupu polisy, proponowanej osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy sporów wynikających z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, dotyczących przeważnie niewłaściwej oceny produktu przez ubezpieczających.

Kolejne miejsce w badanym okresie sprawozdawczym, pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia OC – 1161 skarg (10,0%), w tym: OC z tytułu wykonywanej działalności i posiadanego mienia, OC w życiu prywatnym, OC z tytułu wykonywania zawodu oraz OC przewoźnika. Łącznie procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg w stosunku do III kwartałów ubiegłego roku uległ zmniejszeniu o 0,6%.

W skargach tych podnoszone były najczęściej zarzuty dotyczące odmowy wypłaty odszkodowania, motywowanej przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy oraz zbyt niskiej kwoty ustalonego odszkodowania, wynikającej – zdaniem skarżących – z braku staranności w określaniu zakresu szkody, a także ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

Następna grupa skarg w okresie III kwartałów 2014 r. zawierała zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 567 skarg (4,9%). Procentowy udział tych spraw uległ zmniejszeniu w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku o 0,7%. Znaczna liczba tych spraw odnosiła się do nieprawidłowości w działaniach zakładów ubezpieczeń w sprawie likwidacji szkód spowodowanych silnym wiatrem, intensywnymi opadami atmosferycznymi, a także szkód powstałych w okresie zimowym. Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej: brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją zakresu ochrony wynikającej z zawartej umowy, wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia oraz ustalenie przez zakład ubezpieczeń nieadekwatnej do rozmiaru szkody wysokości odszkodowania, co zdaniem skarżących wynikało z braku staranności w określaniu zakresu szkody.

Kolejna grupa skarg dotyczyła ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 279 spraw (2,4%), w tym 66 spraw (0,6%) odnosiło się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej. W porównaniu do III kwartałów 2013 r. – procentowy udział w niniejszej grupie spraw nieznacznie wzrósł o 0,1%.

Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania świadczenia z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń – nie mieści się ono w granicach określonych warunkami umowy ubezpieczenia oraz sporów o wysokość świadczenia – w tym zarzuty dotyczące zaniżenia rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia.

W omawianym okresie sprawozdawczym odnotowano 196 spraw (1,7%) odnoszących się do problematyki ubezpieczeń rolnych. W porównaniu do analogicznego okresu sprawozdawczego minionego roku odnotowano nieznaczny spadek tych spraw o 0,1%. Wśród nich najwięcej skarg dotyczyło umów obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego – 90 spraw (0,8%) – wzrost o 0,1% w stosunku do III kwartałów 2013 r.

Pozostałe wystąpienia skarżących w zakresie ubezpieczeń rolnych dotyczyły: obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 76 skarg (0,7%) – spadek o 0,2% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku; ubezpieczeń upraw – 15 skarg (0,1%) – w porównaniu do III kwartałów 2013 r. procentowy udział tej grupy skarg utrzymał się na tym samym poziomie; ubezpieczeń mienia w gospodarstwach rolnych – 6 skarg, ubezpieczeń maszyn rolniczych – 3 skargi oraz ubezpieczeń zwierząt w gospodarstwach rolnych – 2 skargi.

Podobnie jak w przypadku skarg dotyczących ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych, skargi w tej grupie spraw dotyczyły m.in. nieprawidłowości w działaniach zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do szkód

spowodowanych silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami atmosferycznymi, a także szkód powstałych w okresie zimowym.

Pozostałe 4 skargi z zakresu ubezpieczeń rolnych dotyczyły Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych – 2 skargi oraz nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego i ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 2 skargi.

Kolejną grupę skarg stanowiły ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowo zakupionego sprzętu – 165 spraw (1,4%). W porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego nastąpił wzrost spraw z tego zakresu (o 0,8%). Najczęściej podnoszone zarzuty dotyczyły odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń z uwagi na brak wystąpienia okoliczności objętych ochroną ubezpieczeniową (w szczególności w sytuacji, gdy zaistniałe zdarzenie nie spełniało definicji nieszczęśliwego wypadku zawartej w o.w.u.).

Pozostałe grupy skarg nie przekroczyły 1% ogółu spraw, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym okresie sprawozdawczym (szczegółowe dane przedstawia Tabela nr 2).

Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W okresie III kwartałów 2014 r., podobnie jak w minionych latach, zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w poniższych grupach (Tabela nr 3):

- oddalenie roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 4538 skarg (39,2%). W porównaniu do III kwartałów 2013 r. liczba skarg w tym zakresie wzrosła o 0,9%;
- spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 3559 skarg (30,8%). W tej grupie skarg w porównaniu do III kwartałów ubiegłego roku odnotowano spadek o 0,2%;
- sposób kształtowania taryf składek oraz zawartych w nich systemów zniżek i zwyżek (bonus/malus) zarówno w ubezpieczeniach obowiązkowych jak i dobrowolnych; rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek; wezwania do zapłaty przez zakład ubezpieczeń składek powstałych na skutek ponownej kalkulacji, występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jak również przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę oraz dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie w szczególności z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwrot zainwestowanych środków pieniężnych, bez

potrącania jakichkolwiek opłat – łącznie 1870 skarg (16,2%). W porównaniu do III kwartałów 2013 r. procentowy udział skarg w tym zakresie wzrósł o 2,2%;

- opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym – 752 skargi (6,5%). W porównaniu do III kwartałów 2013 r. odnotowano spadek o 2,3%.

Tabela nr 3
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I	82	0,7
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	21	0,2
3.	Odmowa wykupu wartości polisy Dział I	9	0,1
4.	Opieszałość w wykupie polisy Dział I	2	0,0
5.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	**4538** 1251 3287	**39,2** 10,8 28,4
6.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	**3559** 347 3212	**30,8** 3,0 27,8
7.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	**752** 58 694	**6,5** 0,5 6,0
8.	**Składki:** **Dział I** - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty, odmowa przejęcia opłacania składek **Dział II** - podwójne ubezpieczenie (dot. OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki (dot. ubezpieczeń komunikacyjnych) - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki (dot. pozostałych ubezpieczeń)	**1870** **1024** **846** 312 466 68	**16,2** **8,9** **7,3** 2,7 4,0 0,6
9.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I Dział II	**18** 11 7	**0,2** 0,1 0,1
10.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I Dział II	**94** 30 64	**0,8** 0,3 0,5
11.	Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I Dział II	**222** 31 191	**1,9** 0,3 1,6
12.	Odmowa wglądu w akta Dział I Dział II	**111** 18 93	**1,0** 0,2 0,8
13.	Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział I Dział II	**8** 7 1	**0,1** 0,1 0,0
14.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I Dział II	**4** 3 1	**0,0** 0,0 0,0
15.	Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I Dział II	**43** 13 30	**0,4** 0,1 0,3
16.	Inne przyczyny skargi Dział I Dział II	**32** 5 27	**0,3** 0,05 0,25
17.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty kar i należności regresowych Dział II	152	1,3

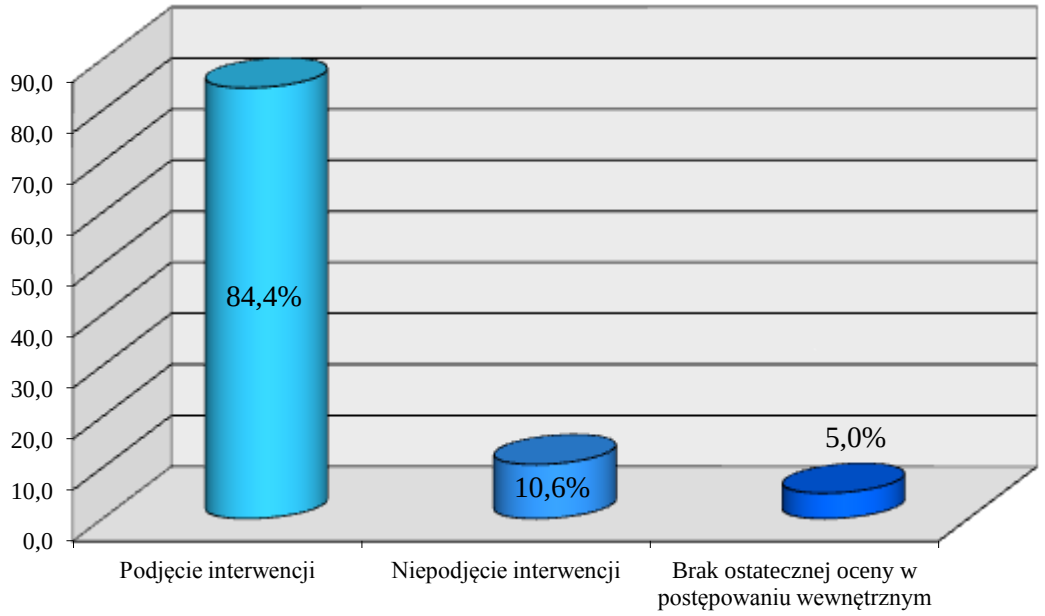
18.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	39	0,3
19.	**Ogółem**	**11 556**	**100**

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji

W okresie III kwartałów 2014 r. w większości spraw kierowanych do urzędu tj. w 9752 sprawach (84,4%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (Wykres nr 3). Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg wzrósł o 1,7% w stosunku do III kwartałów ubiegłego roku sprawozdawczego. Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub interes osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Rzecznik Ubezpieczonych odmówił podjęcia interwencji w 1227 przypadkach, co stanowiło 10,6% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (w porównaniu do III kwartałów 2013 r. nastąpił spadek o 0,5%). Podstawową przyczyną niepodjęcia interwencji było kierowanie do Rzecznika spraw jako do kolejnego adresata („do wiadomości"), gdyż ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą. Znaczna grupa spraw wymagała uzupełnienia o dodatkowe informacje, bez których dalsze badanie jej było niemożliwe. Nie podejmowano również interwencji w sprawach, w których stwierdzono, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na naruszenia prawa bądź interesów osób, które Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje. Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji zaliczono również przypadki braku właściwości Rzecznika Ubezpieczonych, wycofania skargi przez skarżącego, sprawy w których toczy się postępowanie przed sądem, zapadły już wyroki sądowe lub zawarto ugodę z zakładem ubezpieczeń, która zawierała zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń.

Wobec 5,0% skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r., nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym. Dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

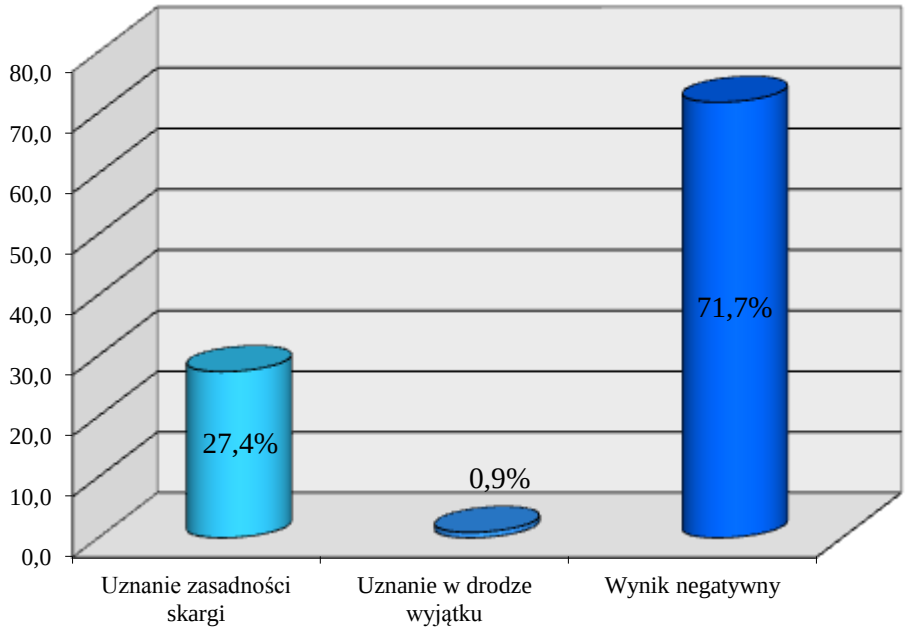
Wykres nr 3
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r.



W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r. łącznie w odniesieniu do 2015 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 28,3% wszystkich spraw zakończonych, w tym 64 sprawy zostały uznane w drodze wyjątku (0,9%). W porównaniu do III kwartałów 2013 r. skuteczność interwencji (efektywność) Rzecznika Ubezpieczonych uległa zmniejszeniu o 6,4%. Dokonując oceny wyniku interwencji Rzecznika, pomimo spadku w stosunku do III kwartałów ubiegłego roku, należy stwierdzić, iż jest on nadal wysoki. Szczególnie w sytuacji, gdy interwencje Rzecznika Ubezpieczonych mają zasadniczo charakter mediacyjny oraz, że Rzecznik nie prowadzi odrębnego badania stanu faktycznego, który stanowi podstawową przyczynę coraz liczniejszej grupy skarg. Dodatkowo, w ocenie Rzecznika skuteczność interwencji uległa zmniejszeniu z powodu zaostrzenia polityki finansowej niektórych podmiotów rynku ubezpieczeniowego polegającej na maksymalnym ograniczaniu wysokości odszkodowań i świadczeń poprzez permanentne nierespektowanie przepisów prawa ubezpieczeniowego oraz ugruntowanej linii orzecznictwa.

W okresie III kwartałów 2014 r. 5115 spraw zostało zakończonych wynikiem negatywnym, co stanowiło 71,7% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych zakończył postępowanie interwencyjne (Wykres nr 4).

Wykres nr 4
Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych zakończonych w okresie III kwartałów 2014 r.



Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń

W omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 2912 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I, co stanowiło 25,2% wszystkich spraw. W porównaniu do III kwartałów ubiegłego roku sprawozdawczego, w którym wpłynęło 2745 skarg (21,9%), nastąpił wzrost o 3,3%.

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 2856 wystąpień. W 34 przypadkach sprawy odnosiły się do funkcjonowania zagranicznych podmiotów, w 15 sprawach brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga oraz 7 spraw dotyczyło Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce (Tabela nr 4).

W okresie III kwartałów 2014 r. odnotowano łącznie 8605 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II, co stanowiło 74,5% wszystkich spraw. W porównaniu do analogicznego okresu ubiegłego roku w którym wpłynęło 9750 skarg (77,7%), nastąpił procentowy ich spadek o 3,2%.

Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II wpłynęło 7466 skarg. W odniesieniu do 55 wniosków skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II będącego podmiotem skargi; 851 spraw odnosiło się do działalności Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce; 122 skargi dotyczyły Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego; 52 skargi odnotowano na działalność zagranicznych zakładów ubezpieczeń; w 58 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń jako reprezentantów do spraw roszczeń na terenie Polski nie będących zakładami ubezpieczeń oraz 1 sprawa dotyczyła działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Tabela nr 5).
W pozostałych 39 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych (Tabela nr 1, Wykres nr 1).

Tabela nr 4
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.06.2014 r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu I w % (stan na 30.06.2014 r.)*
1.	AEGON TU na Życie S.A.	58	1,992	3,400
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	184	6,319	2,511
3.	AVIVA TU na Życie S.A.	54	1,854	6,756
4.	AXA ŻYCIE TU S.A.	103	3,537	4,423
5.	BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group	24	0,824	5,224
6.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	4	0,137	1,591
7.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	19	0,652	0,953
8.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	57	1,957	1,801
9.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	10	0,343	0,193
10.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	83	2,850	4,975
11.	TU na Życie Europa S.A.	298	10,234	3,765
12.	Generali Życie TU S.A.	133	4,567	3,150
13.	ING TU na Życie S.A.	53	1,820	5,028
14.	TU INTER – ŻYCIE Polska S.A.	2	0,069	0,032
15.	MACIF Życie TUW	1	0,034	0,057

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu I w % (stan na 30.06.2014 r.)*
16.	METLIFE TUnŻiR S.A. (poprzednia nazwa PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.)	60	2,060	7,224
17.	Open Life TU Życie S.A.	387	13,290	8,515
18.	PKO ŻYCIE TU S.A. (poprzednia nazwa Nordea Polska TU na Życie S.A.)	56	1,923	2,644
19.	Polisa – Życie TU S.A. Vienna Insurance Group	47	1,614	0,868
20.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	7	0,240	0,698
21.	PZU Życie S.A. ➢ Ub. zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel) ➢ Ub. na życie zawarte po 1989 r.	1019 16 1003	34,993 0,549 34,444	29,399
22.	TUW Rejent - Life	1	0,034	0,049
23.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	6	0,206	0,176
24.	Skandia Życie TU S.A.	43	1,477	1,552
25.	TU SKOK Życie S.A.	15	0,515	0,333
26.	UNIQA TU na Życie S.A.	23	0,790	0,832
27.	TUnŻ WARTA S.A. (W dniu 30.12.2013 r. nastąpiło połączenie HDI-GERLING Życie TU S.A. z TUnŻ WARTA S.A. pod nazwą TUnŻ WARTA S.A. – spółką przejmującą jest HDI-GERLING Życie TU S.A.)	109	3,743	3,850
28.	SOGECAP S.A. Oddział w Polsce	6	0,206	-
29.	CALI Europe S.A. Oddział w Polsce	1	0,034	-
30.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	34	1,168	-

** Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I, za: Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 2/2014, www.knf.gov.pl.*

Tabela nr 5
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 30.06.2014 r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg		% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 30.06.2014 r.)*
		Liczba skarg (ogółem)	Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne)		
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	365	237	4,242	6,680
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	99	80	1,150	1,279
3.	AXA TUiR S.A.	26	3	0,302	0,855
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	100	93	1,162	0,914
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	91	79	1,058	0,741
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	27	-	0,314	0,836
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	341	208	3,963	4,154
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	5	-	0,058	0,068
9.	STU Ergo Hestia S.A.	676	423	7,856	10,605
10.	TU Euler Hermes S.A.	4	-	0,046	1,331
11.	TU Europa S.A.	45	6	0,523	2,771
12.	Generali TU S.A.	467	327	5,427	3,453
13.	Gothaer TU S.A.	212	148	2,464	2,058
14.	TU INTER Polska S.A.	23	-	0,267	0,463

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg		% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 30.06.2014 r.)*
		Liczba skarg (ogółem)	Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne)		
15.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	583	277	6,775	4,080
16.	KUKE S.A.	-	-	-	0,178
17.	Link 4 TU S.A.	185	172	2,150	1,506
18.	MTU Moje TU S.A.	328	310	3,812	2,185
19.	TUiR Partner S.A.	1	-	0,012	0,010
20.	PTR S.A.	-	-	-	0,754
21.	PZU S.A.	2040	1346	23,707	31,856
22.	Signal Iduna Polska TU S.A.	40	-	0,465	0,220
23.	UNIQA TU S.A.	349	176	4,056	4,235
24.	TUiR WARTA S.A.	971	625	11,284	13,561
25.	TU ZDROWIE S.A.	5	-	0,058	0,112
26.	Concordia Polska TUW	38	18	0,442	0,908
27.	TUW Cuprum	1	-	0,012	0,524
28.	Pocztowe TUW	42	33	0,488	0,331
29.	TUW SKOK	49	-	0,569	0,520
30.	TUW TUW	206	140	2,394	1,795
31.	TUW TUZ	147	75	1,708	1,017

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg		% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 30.06.2014 r.)*
		Liczba skarg (ogółem)	Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne)		
32.	**Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:**	**851**	**766**	**9,889**	-
	- Ceska Pojistovna S.A. Oddział w Polsce (PROAMA)	374	366	4,346	
	- Avanssur S.A. Oddział w Polsce (AXA Direct)	272	260	3,161	
	- Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Direct)	136	131	1,581	
	- AIG Europe Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce	20	5	0,232	
	- Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	14	-	0,163	
	- Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	10	1	0,116	
	- AGA International S.A. Oddział w Polsce	10	-	0,116	
	- ACE European Group Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce	7	-	0,081	
	- Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce	4	1	0,046	
	- BTA Insurance Company SE Oddział w Polsce	2	2	0,023	
	- SOGECAP S.A. Oddział w Polsce	1	-	0,012	
	- AEGON Ubezpieczenia Majątkowe, Oddział Zakładu Hungary Composite Insurance Ltd. Oddział w Polsce	1	-	0,012	
33.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	52	13	0,604	-
34.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	58	58	0,674	-

** Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II, za: Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 2/2014, www.knf.gov.pl.*

Mateusz Kościelniak

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Prawa i obowiązki poszkodowanego w toku postępowania likwidacyjnego – część 1

Definicja postępowania likwidacyjnego

Mianem postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez ubezpieczyciela można określić zespół czynności faktycznych i prawnych podejmowanych w celu ustalenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy, okoliczności faktycznych zdarzenia, odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciela oraz wypłaty odszkodowań należnych osobie poszkodowanej. Postępowanie likwidacyjne podlega oczywiście regulacji ustawowej przewidzianej w przepisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 950).

Przepisy określające z kolei miernik staranności ubezpieczyciela w toku prowadzonego postępowania likwidacyjnego to art. 355 § 2 k.c., który statuuje stopień należytej staranności dłużnika przy wykonywaniu zobowiązania, oraz art. 354 § 1 k.c., który stanowi, że dłużnik powinien wykonywać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. Warto przytoczyć w tym miejscu orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 13 sierpnia 2014 r. (sygn. akt I ACa 233/14), gdzie wskazano, że każdemu zakładowi ubezpieczeń, jako profesjonaliście mającemu odpowiednie doświadczenie w swojej branży, dysponującemu fachową obsługą oraz łatwiejszym dostępem do opinii rzeczoznawców i innych specjalistów w danej dziedzinie, stawia się wymóg przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego starannie i bez nieuzasadnionej zwłoki oraz z uwzględnieniem interesu wierzyciela.

Również w art. 17 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 672 z późn. zm.) wprowadzono zasadę prowadzenia działalności gospodarczej na zasadach uczciwej konkurencji oraz poszanowania dobrych obyczajów i słusznych interesów konsumentów. Norma ta oznacza, iż ubezpieczyciel przeprowadzający postępowanie likwidacyjne powinien mieć na uwadze standardy etyczne,

moralne oraz szeroko pojęty interes prawny i majątkowy osób poszkodowanych. Jak wskazuje się w judykaturze, dobre obyczaje to pozaprawne normy postępowania, którymi winni kierować się przedsiębiorcy; ich treści nie da się wyrazić w sposób wyczerpujący, gdyż kształtowane są przez ludzkie postawy warunkowane przyjmowanymi wartościami moralnymi, celami ekonomicznymi oraz praktykami życia gospodarczego, a także podlegają one zmianom wraz ze zmiennymi ideologiami politycznymi, społeczno-gospodarczymi i moralnymi (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 13 lutego 2008 r., sygn. akt V ACa 256/07, LEX nr 519350).

Omawiając rolę i funkcję postępowania likwidacyjnego, należy w sposób szczególny podkreślić zasady i zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jak wskazuje się w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1354/12, LEX nr 1313322) odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny – ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca. Nie oznacza to jednak, że między zakresem odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego sprawcy a odpowiedzialnością ubezpieczyciela można postawić znak równości. Odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy musi mieścić się w granicach ochrony udzielanej przez ubezpieczyciela, a poza tym musi wystąpić wypadek ubezpieczeniowy, czyli zdarzenie, które strony w umowie ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność ubezpieczyciela. Zakres ochrony ubezpieczeniowej wyznacza przewidziana w umowie suma gwarancyjna, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z chwilą wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego poszkodowanemu przysługuje roszczenie prawno-ubezpieczeniowe skierowane bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi, które w doktrynie kwalifikowane jest jako specyficzna figura prawna niepodlegająca zaliczeniu do tradycyjnej konstrukcji roszczenia deliktowego czy kontraktowego (*actio directa*). Do relacji ubezpieczyciel–poszkodowany mają zastosowanie zarówno przepisy prawa ubezpieczeń, jak i przepisy prawa cywilnego dotyczące obowiązku naprawienia szkody. Poszkodowany zajmuje na gruncie tych zasad szczególną pozycję prawną, ponieważ przysługują mu dwa odrębne roszczenia**.** Zachodzi między nimi ścisła współzależność polegająca na tym, że oba roszczenia istnieją obok siebie dopóty, dopóki jedno z nich nie zostanie zaspokojone. Poszkodowany nie może uzyskać dwóch odszkodowań, a o tym, w jaki sposób i w jakiej kolejności nastąpi realizacja przysługującego mu odszkodowania, decyduje on sam, kierując żądanie naprawienia szkody albo przeciwko

ubezpieczonemu, albo ubezpieczycielowi, albo przeciwko obu nim równocześnie. W razie pozwania obu wymienionych podmiotów nie ma podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności sprawcy szkody i ubezpieczyciela. W sytuacji, w której dwaj dłużnicy na podstawie różnych stosunków prawnych łączących ich z wierzycielem mają spełnić na jego rzecz to samo świadczenie, może być wykorzystana konstrukcja odpowiedzialności *in solidum*.

Powyższe normy wyznaczają standardy oraz reguły należytego i profesjonalnego przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w zakresie likwidacji szkód. Standardy te powinny obowiązywać szczególnie w relacjach między ubezpieczycielem a podmiotami zgłaszającymi roszczenia odszkodowawcze.

Cechy postępowania likwidacyjnego

Postępowanie likwidacyjne wyróżnia się pewnymi specyficznymi cechami odróżniającymi je w sposób istotny od procedur: administracyjnej, karnej czy cywilnej , które są wyczerpująco określone w regulacjach kodeksowych.

Po pierwsze, najważniejszą cechą wpływająca na zakres uprawnień uczestników postępowania likwidacyjnego jest brak równości stron postępowania. Nie powinno budzić wątpliwości, że pozycja korporacyjnego ubezpieczyciela i poszkodowanego (w przeważającej liczbie skarg kierowanych do Rzecznik Ubezpieczonych poszkodowani to osoby fizyczne, które nie posiadają odpowiedniej wiedzy prawniczej) w toku likwidacji szkody są nierównoważne. W praktyce poszkodowany jest w stanie w pewnym zakresie współpracować z zakładem ubezpieczeń (np. przedstawić określone dokumenty), nie ma on natomiast żadnych wiążących i skutecznych instrumentów prawnych, które pozwoliłyby mu wpłynąć na stanowisko ubezpieczyciela. Poszkodowany nie ma realnego wpływu na zakres ustaleń faktycznych w przedmiocie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości szkody. Ubezpieczyciel sam decyduje o tym, jakie dokumenty będą niezbędne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, jakie dokumenty należy uznać za wiarygodne bądź niewiarygodne. Ubezpieczyciel więc w sposób jednostronny dokonuje większości ustaleń faktycznych i prawnych w toku postępowania likwidacyjnego.

Po drugie, brak jest przepisów prawnych, które regulowałyby zasady i warunki postępowania likwidacyjnego albo wyraźnie normowałyby ścieżkę odwoławczą bądź reklamacyjną. Po analizie przepisów określających zasady prowadzonego postępowania

likwidacyjnego nasuwa się wniosek o ewidentnym braku precyzyjnych i wyraźnych norm przewidujących tryb i określających zasady wniesienia odwołania (reklamacji) przez poszkodowanego, który nie zgadza się z ustaleniami ubezpieczyciela. Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują żadnej procedury oraz nie określają warunków i terminów złożenia odwołania bądź reklamacji od stanowiska ubezpieczyciela. Jedyna regulacja w tym zakresie zamieszona jest w *Zasadach Dobrych Praktyk* przyjętych i opracowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń w 2009 r. W pkt 9 przedmiotowego uregulowania wskazano, że: „Zakłady ubezpieczeń skargi na swoją działalność rozpoznają bez zbędnej zwłoki, rzetelnie i w dobrej wierze, odpowiadając na stawiane im zarzuty. Zakłady ubezpieczeń zmierzają do tego, by termin udzielenia odpowiedzi na skargę nie był dłuższy niż jeden miesiąc". Jednakże powyższy dokument ma charakter *soft law*, a w związku z tym jego moc prawna jest ograniczona do roli niewiążącego zalecenia czy instrukcji; dokument taki nie stanowi w żadnej mierze źródła powszechnie obowiązującego prawa. Nie budzi wątpliwości, że poszkodowani na masową skalę kierują do ubezpieczycieli dokumenty w postaci wezwań do zapłaty lub odwołań, jednakże brak jest przepisów regulujących tryb i zasady rozpatrywania tych środków odwoławczych przez ubezpieczycieli w ramach postępowania o charakterze wewnątrzzakładowym.

Po trzecie, w toku postępowania likwidacyjnego odmiennie kształtuje się ciężar dowodu oraz postępowanie to ma charakter niesporny. Ogólna zasada dotycząca ciężaru dowodzenia na gruncie sporów cywilnoprawnych wyrażona jest w treści art. 6 k.c. Przepis ten mówi, że ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Natomiast jak wskazuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego postępowanie likwidacyjne nie jest z założenia postępowaniem spornym, w jakim mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c. Poszkodowany ma niewielkie obowiązki proceduralne, do których należy – oprócz wystąpienia z wnioskiem – przede wszystkim udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego, natomiast zasadniczy ciężar postępowania spoczywa na zakładzie ubezpieczeń. Wymogi postępowania likwidacyjnego w zakresie ciężaru dowodu odbiegają od wymogów dowodowych procesu cywilnego. Zakład ubezpieczeń powinien natomiast udowodnić fakty, które wpływają na wyłączenie bądź ograniczenie jego odpowiedzialności, jak również fakt naruszenia obowiązków przez osobę zgłaszającą roszczenie, co uzasadniałoby odmowę lub zmniejszenie świadczenia (por. M. Surdek, M. Przywara, *Podstawowe zasady postępowania*

likwidacyjnego, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z 19 sierpnia 2011 r.). Oznacza to, iż główny ciężar dowodowy w zakresie ustalenia odpowiedzialności, wysokości szkody i okoliczności zdarzenia leży po stronie ubezpieczyciela. Również wszelkie okoliczności wpływające na zmniejszenie bądź odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczyciel powinien udowodnić i przedstawić osobie zgłaszającej roszczenie.

Po czwarte, należy mieć na uwadze, że ubezpieczyciel jest dłużnikiem, od którego wymagana jest należyta, zawodowa staranność, a także profesjonalnym podmiotem zaufania publicznego. Oznacza to, iż ubezpieczyciele powinni w zakresie obsługi roszczeń odszkodowawczych spełniać dodatkowe, ponadnormatywne kryteria oraz kierować się wysokim poziomem jakości świadczonych usług. Wymóg staranności w zakresie realizacji obowiązków wynikających z prowadzonego postępowania likwidacyjnego powinien być dla ubezpieczycieli podwyższony i oceniany z uwzględnieniem zawodowego charakteru tej działalności (art. 355 § 2 k.c.). Prowadzona przez ubezpieczycieli działalność ma charakter masowy. Obecność ubezpieczycieli w środkach masowego przekazu powinna skłaniać zakłady ubezpieczeń do dbałości o jakość w sferze likwidacji szkód oraz o wizerunek przedsiębiorcy profesjonalisty.

Zgłoszenie szkody

Zgłoszenie szkody jest czynnością, której co do zasady dokonuje samodzielnie osoba poszkodowana. Oczywiście szkodę może zgłosić również osoba trzecia, np. pełnomocnik, który został należycie umocowany w treści dokumentu pełnomocnictwa. Jeżeli chodzi o samo zgłoszenie szkody, to może mieć ono formę telefoniczną, elektroniczną bądź pisemną. Przepisy prawa nie regulują w sposób wiążący sposobu dokonania tej czynności. Nie określają również, w jakiej formie powinno toczyć się postępowanie likwidacyjne. Przykładowo brak jest przepisu, który stanowiłby, iż postępowanie likwidacyjne winno toczyć się w formie pisemnej lub też ustnej. Dlatego też należy przyjąć, iż strony postępowania likwidacyjnego powinny ustalić między sobą, w jakiej formie będą przesyłane wzajemnie oświadczenia w toku prowadzonego postępowania. Strony powinny zatem same określić sposób kontaktu w toku likwidacji szkody. Ustawodawca nie nakłada na strony postępowania likwidacyjnego żadnego przymusu co do formy prowadzonej likwidacji. W praktyce postępowania likwidacyjne prowadzone są w trybie „mieszanym”, tzn. część oświadczeń wysyłanych jest pomiędzy stronami w drodze elektronicznej (np. udzielenie dodatkowych informacji,

wyjaśnień przez poszkodowanego lub udzielenie informacji o stanie sprawy), a część w postaci pisemnej (np. odwołanie lub stanowisko ubezpieczyciela). Niejednokrotnie wymiana informacji i ustaleń następuje w drodze telefonicznej (np. ustalenie terminu i miejsca oględzin z likwidatorem zakładu ubezpieczeń).

Warto również zwrócić uwagę na to, jaką treść powinno zawierać oświadczenie o zgłoszeniu szkody. W praktyce zakłady ubezpieczeń umieszczają na swoich stronach internetowych gotowe formularze, które osoba zgłaszająca powinna pobrać i wypełnić, jeżeli wyraża wolę zgłoszenia szkody w tej formie. Zgłaszając szkodę, należy podać wszelkie niezbędne dane, o które zapytuje zakład ubezpieczeń. Dane te dotyczą m.in. identyfikacji osoby zgłaszającej szkodę (imię, nazwisko, adres zamieszkania, płeć, wiek, PESEL), rodzaju szkody, daty powstania szkody, numeru polisy, z której szkoda jest zgłaszana, miejsca powstania szkody i numeru rachunku bankowego, na który świadczenie powinno zostać wypłacone. W zgłoszeniu podawany jest również krótki opis szkody. Również tutaj brak jest regulacji ustawowej mówiącej o jakichkolwiek wymogach formalnych czy merytorycznych dotyczących oświadczenia zgłoszenia szkody. Wymogi te są regulowane wewnętrznymi procedurami danego zakładu ubezpieczeń.

W zgłoszeniu szkody poszkodowany może również wskazać roszczenia, których spełnienia domaga się od zakładu ubezpieczeń. W takim przypadku można wskazać wysokość poszczególnych roszczeń oraz załączyć już na tym etapie dokumentację potwierdzającą zasadność i wysokość zgłaszanych roszczeń. W praktyce najczęściej zgłoszenie szkody wraz z żądaniami wypłaty sprecyzowanych kwot pieniężnych następuje podczas zgłoszenia szkody osobowej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej danego podmiotu. W takich sytuacjach katalog roszczeń poszkodowanego może być szeroki, a wysokość i rodzaj roszczeń odszkodowawczych są powiązane z okolicznościami faktycznymi danej sprawy.

Zgłoszenie szkody inicjuje zatem postępowanie likwidacyjne. Jest to pierwsza czynność podejmowana przez zgłaszającego, która obliguje ubezpieczyciela do podjęcia dalszych działań celem ustalenia istotnych okoliczności faktycznych decydujących o odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości roszczeń. Z punktu widzenia prawa cywilnego zgłoszenie szkody jest jednostronnym oświadczeniem woli. Należałoby również zastanowić się, czy oświadczenie to jest czynnością wyłącznie faktyczną, tj. nierodzącą skutków prawnych (ma charakter wyłącznie faktyczny i nie oddziałuje w sferze prawnej), czy też czynnością prawną, tj. taką, której podjęcie wywołuje określony skutek prawny. Należy

przychylić się do stanowiska, że zgłoszenie szkody jest czynnością prawną, bowiem wywołuje ono skutek prawny w postaci powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku wszczęcia postępowania likwidacyjnego. A więc dokonanie takiego oświadczenia rozpoczyna proces likwidacji szkody. Po przyjęciu zgłoszenia zakład ubezpieczeń powinien zarejestrować szkodę w swoim systemie (co jest czynnością o charakterze *stricte* faktycznym i technicznym) oraz podjąć dalsze działania o charakterze czynności prawnych, tj. przeanalizować treść zgłoszenia oraz wystąpić do zgłaszającego z prośbą o przedstawienie dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.

Z uwagi na obszerność poruszanej tematyki artykuł został podzielony na części. W kolejnych częściach niniejszego opracowania zostaną przedstawione zagadnienia związane z ciężarem dowodu w postępowaniu likwidacyjnym, dopuszczalnością żądania przez ubezpieczyciela dostarczenia dokumentacji przez zgłaszającego roszczenia, zasadami rozliczenia szkody, terminami prowadzonego postępowania, zakresem współdziałania dłużnika z wierzycielem, a także z kwestiami rozpatrywania sporów z ubezpieczycielem na etapie postępowania przedsądowego oraz instrumentami prawnymi przysługującymi poszkodowanemu.

Cezary Orłowski

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Dzwoni poszkodowany do Rzecznika Ubezpieczonych…

Na koniec kolejnego dnia pracy doszedłem do pewnej refleksji, która skłoniła mnie do napisania poniższego tekstu – ku rozwadze (szczególnie) ubezpieczycieli oraz wszystkich, którym zależy na dobrym wizerunku rynku ubezpieczeń. Postanowiłem zatem podzielić się z Wami pewną historią, która przydarzyła mi się w trakcie zwykłego dnia pracy w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych. Jest to relacja z życia wzięta – obrazująca głupotę, brak myślenia oraz bezduszne wykonywanie założeń proceduralnych sformułowanych i realizowanych w firmie ubezpieczeniowej.

Otóż kiedy akurat miałem dyżur telefoniczny w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, zadzwonił pewien miły Pan, którego personaliów z przyczyn oczywistych nie wyjawię. Pan ów miał problem z ubezpieczycielem.

Problem dotyczył tematu, którym Rzecznik żywo się interesuje, mianowicie najmu pojazdu zastępczego i kosztów z tym związanych. Otóż miły Pan w grudniu 2013 r. miał szkodę komunikacyjną. Jak twierdził, była to prosta kolizja, bez ofiar w ludziach, szkoda zaś powstała tylko w mieniu. Okazała się jednak na tyle poważna, że ubezpieczyciel (nazwy niestety nie pamiętam; cóż, pamięć czasami zawodzi...) orzekł szkodę całkowitą.

Pojazd rzeczywiście był wiekowy, więc nawet niewielkie bum skutkowało nieopłacalnością naprawy i rozliczeniem szkody jako całkowitej. Jednak nie w tym rzecz, choć również i w tej kwestii pojawiły się wątpliwości co do czystości intencji ubezpieczyciela. Zasadnicza część rozmowy dotyczyła czego innego, to jest najmu pojazdu zastępczego, mówiąc precyzyjnie, odmowy zwrotu poniesionych na najem kosztów.

Chronologicznie rzecz ujmując, zaczęło się standardowo – jak w większości historii z ubezpieczycielem w roli głównej – od wymogu wykazania przez poszkodowanego, że nie jest wielbłądem. To znaczy, że pojazd jest mu niezbędny do życia i że nie może się z nim rozstać nawet na chwilę, gdyż będzie miał wysoce negatywne odczucia, świat mu się zawali i nie wiadomo co jeszcze. Poszkodowany grzecznie, z podkulonym ogonem, nie chcąc wdawać się w niepotrzebne utarczki z ubezpieczycielem, postąpił zgodnie ze wskazanym mu sposobem

udokumentowania roszczenia i przedstawił dokumentację medyczną świadczącą, że on i jego ojciec (lat 70) są osobami, którym pojazd jest potrzebny do załatwiania zwykłych spraw życia codziennego, a ponadto jest niezbędny z uwagi na proces leczenia i rehabilitacji ojca. Tata poszkodowanego jest osobą niepełnosprawną z orzeczoną III grupą inwalidzką i wymaga raz w tygodniu przewiezienia na rehabilitację do szpitala. Sam poszkodowany trzy lata temu uległ wypadkowi komunikacyjnemu, w którym doznał szkody na osobie, skutki zaś tej szkody są widoczne po dziś dzień w postaci problemów z chodzeniem. Wydawałoby się zatem, że koszty, które przedstawił poszkodowany, będą z pewnością podlegać refundacji. Nic bardziej mylnego...

Ubezpieczyciel – jak zawsze zachowujący czujność – nie dał się zaskoczyć i naciągnąć na zbędne koszty. Znalazł jakże prosty sposób, który nawiązuje do przysłowia: nie wpuścisz go drzwiami, wejdzie oknem. Niezwykle przebiegły ubezpieczyciel w osobie likwidatora merytorycznego szkody odszukał dane w Ośrodku Informacji UFG dotyczące pojazdów przypisanych poszkodowanemu i... Jest! Eureka! Strzał w dziesiątkę!

Okazało się, że poszkodowany posiada jeszcze jeden pojazd. I nie była to byle jaka informacja! Wręcz przeciwnie – potwierdzona przez sam UFG, w którego to bazie danych figuruje obowiązujące i dotyczące osoby poszkodowanego aktualne ubezpieczenie OC właśnie na ten drugi pojazd. Odnalezione zostały numer rejestracyjny oraz numer polisy. Jedyne, czego nie było, to marki i typu pojazdu. Ale co tam, ważne, że jest drugi pojazd – i basta.

Poszkodowany, zanim wykonał telefon do Rzecznika Ubezpieczonych, otrzymał pięknie napisane pismo, które mi w całej okazałości przeczytał. Cytował m.in. art. 34 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, uchwałę SN III CZP 5/11, na które powoływał się ubezpieczyciel. Uświadomiłem sobie, że być może, skoro poszkodowany miał drugi pojazd, stanowisko zakładu ubezpieczeń jest bez zarzutu. Już miałem to powiedzieć, gdy poszkodowany objaśnił mi – i tu najważniejszy fragment naszej rozmowy – że owszem, jest właścicielem drugiego pojazdu, lecz nie jest to samochód, a MOTOROWER Romet z okresu późnych lat 80. XX wieku. Trudno wyobrazić sobie, by tym pojazdem dowoził zimą schorowanego ojca raz w tygodniu na rehabilitację!

Przeprosiłem swojego rozmówcę, gdyż nie mogłem się opanować i ostatecznie parsknąłem śmiechem. Następnie rzekłem, że sprawa oczywiście jest poważna, a ja nie miałem prawa tak się zachować i nic mnie nie usprawiedliwia. Niestety, wrażenie było tak

niedorzeczne i zaskakujące, a przy tym śmieszne, że nie mogłem się powstrzymać. Poszkodowany nie był jednak urażony i odrzekł, że podobnie jak ja reaguje każda osoba, której opowiada swoją historię. Nikt nie chce wierzyć jego słowom do czasu, aż pokaże pismo od ubezpieczyciela.

Odpowiedziałem Panu, aby odwołał się do ubezpieczyciela, odpowiednio wysoko adresując odwołanie. Dobrze, by góra wiedziała, co wyprawiają doły. Poszkodowany wspomniał, że napisze także do Rzecznika Ubezpieczonych, jako że sprawa wymaga interwencji z uwagi na niedorzeczność postępowania ubezpieczyciela.

Morał? Przede wszystkim uznałem, że przedstawione mi zdarzenie zasługuje na uwagę, tak by cała ta historia była przestrogą dla ubezpieczycieli, którzy poszukują za wszelką cenę podstaw do odmowy zapłaty odszkodowania. Moim zdaniem w tej sprawie, jak i w wielu innych, zabrakło ludzkiego podejścia do zagadnienia kompensaty szkody. Najwyższy czas tę sytuację naprawić! W przeciwnym razie dojdzie do zaprzepaszczenia idei ubezpieczeń i za chwilę, poza aspektem ubezpieczeń obowiązkowych, nikt w tym kraju nie będzie chciał się ubezpieczać, nie mówiąc już o nadszarpniętym zaufaniu czy też negatywnym wizerunku ubezpieczycieli.

Tomasz Młynarski, radca prawny, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Obrona przed egzekucją opartą na niedoręczonym nakazie zapłaty

W niniejszym artykule postaram się odpowiedzieć na pytanie, co ma zrobić osoba, która dowiedziała się o wszczęciu przeciwko niej egzekucji komorniczej (to zaś w praktyce wiąże się najczęściej z zajęciem środków na rachunku bankowym albo części wynagrodzenia), choć nie była wcześniej informowana o toczącym się przeciwko niej postępowaniu sądowym.

Nakaz zapłaty

Wskazany problem dotyczy między innymi osób, od których zakłady ubezpieczeń dochodzą roszczeń obejmujących zazwyczaj żądanie zapłaty składki ubezpieczeniowej. Roszczącymi mogą też być firmy windykacyjne i fundusze sekurytyzacyjne, które nabyły tego typu wierzytelności i dzięki temu weszły w prawa podmiotu, który scedował na nie swoje własne uprawnienia. W takich przypadkach mamy na ogół do czynienia z sytuacją, w której powód wystąpił do sądu o wydanie przeciwko pozwanemu nakazu zapłaty, jednak wskazał błędny lub nieaktualny adres jego zamieszkania.

W razie spełnienia przez powoda określonych wymogów sąd – bez przeprowadzania rozprawy – wydaje nakaz zapłaty (przy czym czynności takiej może dokonać referendarz), w którym nakazuje pozwanemu, żeby w ciągu dwóch tygodni od doręczenia nakazu zaspokoił dochodzone roszczenie w całości wraz z kosztami albo w tym terminie wniósł do sądu sprzeciw (jeśli nakaz został wydany w postępowaniu upominawczym lub elektronicznym postępowaniu upominawczym) bądź zarzuty (jeśli nakaz został wydany w postępowaniu nakazowym). Pozwanemu doręcza się nakaz zapłaty wraz z pozwem i pouczeniem o sposobie wniesienia sprzeciwu (zarzutów) oraz o skutkach niezaskarżenia nakazu. Jeżeli pozew wniesiono na urzędowym formularzu, wniesienie sprzeciwu wymaga również zachowania tej formy.

W normalnej sytuacji, gdy nakaz taki zostaje skutecznie doręczony pozwanemu, ma on możliwość sprzeciwić mu się w ciągu dwóch tygodni (liczy się data stempla pocztowego) w całości lub w części, należy jednak wskazać sądowi konkretne zarzuty oraz okoliczności faktyczne i dowody, które świadczą na korzyść pozwanego. Jeżeli zatem dana osoba

dysponuje dowodami, że dług został spłacony, albo też twierdzi, że w ogóle nie istnieje bądź też jest przedawniony (http://rzu.gov.pl/czesto-zadawane-pytania/ubezpieczenia-komunikacyjne-odpowiedzialnosci-cywilnej-oc-szkoda-majatkowa-na-mieniu/Co_to_jest_przedawnienie_roszczen_i_jak_dlugo_biegnie_jego_okres_przy_umowie_ubezpieczenia_OC_posiadaczy_pojazdow_mechan__20282) (czyli – co do zasady – minęły trzy lata od jego wymagalności, zob. art. 819 § 1, względnie art. 118 *in fine* kodeksu cywilnego), powinna w tym terminie skierować do sądu pismo w sposób zgodny z otrzymanym pouczeniem. W razie prawidłowego wniesienia sprzeciwu (zarzutów) nakaz zapłaty traci moc, a sąd wyznacza rozprawę i bada sprawę w normalnym trybie.

Jeżeli natomiast pozwany nie kwestionuje zasadności skierowanego do niego roszczenia, powinien wówczas dokonać na rzecz powoda zapłaty kwot objętych nakazem. W przeciwnym razie, po uprawomocnieniu się nakazu, powód będzie mógł żądać od komornika wyegzekwowania określonej kwoty, powiększonej dodatkowo o koszty postępowania egzekucyjnego. Całość należności należy zatem zapłacić powodowi, a nie sądowi, który wydał nakaz zapłaty. Jeżeli potrzebnych do tego danych (takich jak numer rachunku bankowego) nie ma w załączonych do nakazu dokumentach, trzeba samodzielnie je ustalić, weryfikując je np. w oddziale zakładu ubezpieczeń lub na jego stronie internetowej.

W tym miejscu zaznaczyć trzeba, iż w postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada, zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę ma obowiązek zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi, o ile ten o to wnioskował. Do kosztów tych należy przede wszystkim opłata sądowa wnoszona wraz z pozwem oraz wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego reprezentującego stronę wygrywającą, ewentualnie również inne udokumentowane koszty i wydatki (np. kwota 17 zł wynikająca z obowiązkowej opłaty skarbowej od dokumentu pełnomocnictwa).

Podwójne awizo i jego skutki

Poważne komplikacje powoduje jednak sytuacja, w której pozwanemu faktycznie nie został doręczony nakaz zapłaty, a jednocześnie sąd ma podstawy prawne do uznania doręczenia za skuteczne, co daje możliwość uznania wydanego nakazu za prawomocny i wszczęcia na tej podstawie postępowania egzekucyjnego. Może się bowiem zdarzyć, że przesyłka sądowa – w związku z tym, iż doręczyciel nie zastał adresata w mieszkaniu – zostanie zgodnie z przepisami doręczona dorosłemu domownikowi, a jeśli go nie było – administracji domu, dozorcy domu lub sołtysowi, a osoba ta nie przekaże listu adresatowi. Nieodebranie przesyłki, mimo jej dwukrotnego awizowania, może też wynikać z przyczyn

niezależnych, np. pobytu w szpitalu. Należy wówczas pamiętać, że **jeżeli pozwany nie wniósł sprzeciwu (zarzutów) w terminie bez swojej winy, sąd na jego wniosek termin ten przywróci**. Pismo z wnioskiem o przywrócenie terminu wnosi się do sądu, w którym czynność miała być dokonana, w ciągu tygodnia od czasu ustania przyczyny uchybienia terminu. W piśmie tym należy uprawdopodobnić okoliczności uzasadniające wniosek. Równocześnie z wnioskiem strona powinna dokonać właściwej czynności procesowej. Zgłoszenie wniosku o przywrócenie terminu nie wstrzymuje wykonania orzeczenia. Sąd może jednak, stosownie do okoliczności, wstrzymać wykonanie orzeczenia.

W ostatnich latach niemalże plagą stały się przypadki, w których nakaz zapłaty był kierowany na adres, pod którym pozwany już nie zamieszkiwał czy wręcz nigdy nie mieszkał. Wiąże się to z przepisem kodeksu postępowania cywilnego, zgodnie z którym **jeśli adresata nie ma w mieszkaniu, a przesyłki nie udało się wręczyć innej uprawnionej osobie, dokonuje się jej awizowania**. Adresat może więc odebrać pismo w urzędzie pocztowym w ciągu siedmiu dni, a jeśli tego nie uczyni, procedura awizowania jest ponawiana. Nieodebranie pisma powtórnie awizowanego powoduje, iż sąd uznaje datę, w której upłynął termin do odbioru pisma, za datę jego doręczenia. W ten sposób powód może uzyskać możliwość rozpoczęcia egzekucji należności opisanej w nakazie zapłaty, mimo iż pozwany – jeśli nakaz został wysłany na zły adres – nie miał szans na zapoznanie się z nim i złożenie w terminie sprzeciwu.

Aby zapobiec celowemu wykorzystywaniu opisanego mechanizmu przez nieuczciwych przedsiębiorców, **z początkiem 2014 r. dokonano znaczących zmian w elektronicznym postępowaniu upominawczym**. Od tego momentu pozwy składane w tym trybie muszą zawierać numer PESEL lub NIP pozwanego, a sąd może skazać na grzywnę powoda lub jego pełnomocnika, którzy w złej wierze lub wskutek niezachowania należytej staranności nieprawidłowo oznaczyli te dane. W pozwie oznaczyć należy również datę wymagalności roszczenia, bowiem **obecnie w elektronicznym postępowaniu upominawczym mogą być dochodzone tylko te roszczenia, które stały się wymagalne w okresie trzech lat przed dniem wniesienia pozwu**. Powyższe powinno znacząco ograniczyć przypadki wskazywania nieprawidłowych adresów pozwanych, co najczęściej miało zresztą miejsce w sytuacji dochodzenia roszczeń przedawnionych (http://www.rzu.gov.pl/sprawy-biezace/Dochodzenie_przedawnionych_wierzytelnosci__windykacja___1723).

Zażalenie na postanowienie o nadaniu klauzuli wykonalności nakazowi zapłaty

Jeżeli mimo to w sprawie **wydany został nakaz zapłaty, a sąd przesłał go na adres niebędący aktualnym miejscem zamieszkania pozwanego, wówczas istnieją podstawy, by uznać, że nakaz ten, mimo niewniesienia w terminie sprzeciwu, nie uprawomocnił się**. Gdy ktoś o sprawie dowiaduje się w związku z prowadzoną już egzekucją komorniczą, w pierwszej kolejności powinien ustalić, na podstawie jakiego tytułu wykonawczego działa komornik. W piśmie, które komornik kieruje do dłużnika w momencie wszczęcia postępowania, znajdują się podstawowe informacje dotyczące tytułu wykonawczego, a także załączany jest jego odpis. Jeśli takie pismo do danej osoby nie dotarło, a o egzekucji dowiedziała się ona np. od pracodawcy czy w banku, powinna pilnie skontaktować się z komornikiem, w celu uzyskania informacji na temat rodzaju tytułu wykonawczego (nakaz, wyrok zaoczny itd.), daty jego wydania i sygnatury sprawy, sądu wydającego orzeczenie, a także daty wydania postanowienia o nadaniu temu tytułowi klauzuli wykonalności. **Na żądanie dłużnika komornik powinien okazać mu tytuł wykonawczy w oryginale**. W razie potrzeby można też skontaktować się z danym sądem i uzyskać podstawowe informacje na temat wydanego w tej sprawie orzeczenia.

W oparciu o zdobyte informacje należy podjąć decyzję w sprawie obrony przed egzekucją. Dłużnik ma na to siedem dni. W takim przypadku należy **złożyć (listem poleconym lub osobiście) zażalenie** na postanowienie sądu o nadaniu klauzuli wykonalności nakazowi zapłaty (a jeśli postanowienie to zostało wydane przez referendarza sądowego, prawidłową formą będzie skarga na orzeczenie referendarza). Zażalenie należy skierować do sądu, który wydał nakaz zapłaty, wskazując na postanowienie podlegające zaskarżeniu oraz sygnaturę, pod którą nakaz został wydany. W uzasadnieniu zażalenia należy wskazać na okoliczności i dowody potwierdzające, że pozwany mieszkał pod innym adresem, niż wskazywał to powód. Dowodami mogą być np. zaświadczenie o zameldowaniu, kopia dowodu osobistego, kopia umowy najmu mieszkania, rachunki za dostawę mediów czy wreszcie zeznania świadka. Należy ponadto podnieść, że dochowany został siedmiodniowy termin na złożenie zażalenia. Ponadto trzeba się zwrócić do sądu o ponowne doręczenie nakazu zapłaty, tym razem na właściwy adres.

Opłata od takiego zażalenia wynosi 30 zł i wnosi się ją na rachunek sądu właściwego w sprawie. Gdy sąd uwzględni zażalenie (skargę), wówczas uchyli postanowienie o nadaniu klauzuli wykonalności i ponownie wyśle nakaz zapłaty wraz z pozwem. Po ich otrzymaniu pozwany ma czternaście dni na dokonanie oceny, czy powództwo jest zasadne. Jeśli uzna, że nie, wówczas powinien w tym terminie wnieść sprzeciw od nakazu zapłaty, kierując się przy tym otrzymanym pouczeniem. Jeśli zajdzie potrzeba wniesienia sprzeciwu od nakazu zapłaty,

można posiłkować się wzorami opublikowanymi na naszej stronie internetowej (wzór sprzeciwu od nakazu zapłaty składki - brak odpowiedzialności w związku ze zbyciem pojazdu, wzór sprzeciwu od nakazu zapłaty przedawnionej składki). Natomiast pusty formularz do wydrukowania i uzupełnienia znajduje się na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości (http://rzu.gov.pl/files/wzory_58.rtf).

Jeśli sąd uwzględni sprzeciw, wówczas nakaz zapłaty utraci moc. Należy poinformować o tym komornika, wnosząc jednocześnie, by umorzył egzekucję i obciążył jej kosztami wierzyciela. Chcąc zaś wcześniej spowodować zawieszenie tego postępowania, należy skierować do sądu **wniosek o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że nakaz zapłaty (wyrok zaoczny) został uznany za doręczony na oznaczony adres w trybie zastępczym**, czyli przez awizowanie. Komornik zawiesi na wniosek dłużnika postępowanie, jeżeli dłużnik przedstawi mu powyższe zaświadczenie, że nakaz zapłaty został doręczony na inny adres niż miejsce zamieszkania dłużnika ustalone w postępowaniu egzekucyjnym. Zawieszenie postępowania egzekucyjnego nie wyłącza jednak możliwości podejmowania przez komornika czynności mających na celu wykonanie w przyszłości tytułu wykonawczego, nie wyłączając zajęcia majątku dłużnika.

Zachęcam ponadto do zapoznania się z artykułem mojego autorstwa opublikowanym w poprzednim numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” (http://mu.rzu.gov.pl/58/art-2.html), w którym omówiłem kwestie reprezentacji strony przed sądem, możliwości skorzystania z bezpłatnej pomocy prawnej oraz ciężaru dowodu w postępowaniu cywilnym.

Ewa Kiziewicz

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Pełnomocnictwo w postępowaniu odszkodowawczym

Zgodnie z ogólną zasadą składania oświadczeń woli – o ile ustawa nie przewiduje odrębnych uregulowań – może być ono złożone w każdej formie. W konsekwencji, ta sama zasada dotyczy także pełnomocnictw. Zgodnie z art. 99 k.c., jeżeli do ważności czynności prawnej potrzebna jest forma szczególna (np. zwykła forma pisemna, akt notarialny, forma pisemna z poświadczeniem podpisu, forma pisemna z poświadczeniem daty), pełnomocnictwo do dokonania tej czynności powinno być udzielone w tej samej formie, przy czym rygor nieważności czynności prawnej musi wynikać z przepisów. Przepisy regulujące kwestie ubezpieczeń nie przewidują rygoru nieważności dla oświadczeń, które nie zostały złożone w formie szczególnej, co oznacza, że pełnomocnictwo także nie musi przybierać takiej formy. Co więcej, w przypadku podjęcia czynności związanych z postępowaniem likwidacyjnym prowadzonym przez zakład ubezpieczeń, zachowanie formy pisemnej czy innych form szczególnych nie jest w ogóle wymagane.

W postępowaniu likwidacyjnym oświadczenia można zatem składać także w formie ustnej, choć wówczas nie można wykluczyć problemów natury dowodowej. W odniesieniu do oświadczeń składanych przez ubezpieczonego ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych w kilku przypadkach przewiduje jednak wymóg pisemności, wyjątki te jednak nie dotyczą procesu likwidacji szkody. W zakresie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązek pisemności wprowadza art. 28 ust. 1 (wypowiedzenie umowy w celu uniknięcia zawarcia kolejnej umowy), art. 28a ust. 1 (wypowiedzenie w przypadku podwójnego ubezpieczenia), art. 29 ust. 3 (niezarejestrowanie pojazdu w ciągu 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia), art. 31 ust. 1 (wypowiedzenie umowy w przypadku przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu), art. 31 ust. 4 (wypowiedzenie przez właściciela pojazdu umowy zawartej przez posiadacza pojazdu niebędącego jego właścicielem, po przeniesieniu na właściciela posiadania pojazdu) oraz art. 32 ust. 1 (poinformowanie zakładu ubezpieczeń o fakcie zbycia pojazdu i danych nabywcy). Analogiczne regulacje zostały wprowadzone w odniesieniu do ubezpieczenia OC rolnika oraz ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego. Jednakże złożenie

powyższych oświadczeń w innej formie niż na piśmie nie skutkuje nieważnością tych oświadczeń

Nie licząc wymogu pisemności wspomnianych wyżej oświadczeń woli, zarówno kodeks cywilny w zakresie dotyczącym ubezpieczeń, jak i przepisy ustaw ubezpieczeniowych nie nakładają na poszkodowanych obowiązku zachowania jakiejkolwiek formy szczególnej oświadczeń składanych w toku likwidacji szkody. Dotyczy to również pełnomocnictw, na mocy których składają oświadczenia woli pełnomocnicy poszkodowanych. Wymóg zachowania formy pisemnej pełnomocnictwa pod rygorem nieważności istnieje jedynie w przypadku pełnomocnictwa ogólnego, tj. upoważniającego pełnomocnika do podjęcia wszelkich czynności w zakresie zwykłego zarządu. Jednakże w przypadku postępowania likwidacyjnego pełnomocnictwo najczęściej obejmuje czynności prawne związane wyłącznie z procesem likwidacji szkody, zatem nie jest wymagane zachowanie formy pisemnej tego pełnomocnictwa. Przedkładane w procesie likwidacji szkody pełnomocnictwo jest zazwyczaj pełnomocnictwem rodzajowym, które określa rodzaj oraz przedmiot czynności prawnych objętych umocowaniem, lub też pełnomocnictwem szczególnym, tj. obejmującym umocowanie do dokonania konkretnych czynności, oznaczonych także co do ich liczby. Dodać należy, iż zakres udzielonego pełnomocnictwa zależy jedynie od mocodawcy, jako że nie jest to pełnomocnictwo procesowe, którego zakres określa art. 91 k.p.c.

Zauważyć trzeba także, iż zgodnie z art. art. 101 i 102 k.c., co do zasady udzielone pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane i wówczas pełnomocnik jest zobowiązany zwrócić mocodawcy dokument pełnomocnictwa. Do tego jednak momentu pełnomocnictwo jest ważne i wywołuje skutki prawne. W związku z powyższym okazanie dokumentu pełnomocnictwa oznacza, iż pełnomocnictwo to nie zostało cofnięte, a jego zakres nie został zmieniony. W świetle powyższych regulacji prawnych wątpliwości budzi stanowisko niektórych zakładów ubezpieczeń, zgodnie z którym udzielone przez poszkodowanego upoważnienie do podejmowania czynności w toku postępowania likwidacyjnego, w tym do odbioru świadczenia, jest ważne jedynie wówczas, gdy zostanie sporządzone przez osobę uprawnioną do odszkodowania w obecności pracownika zakładu ubezpieczeń bądź też zostanie potwierdzone notarialnie lub w inny urzędowy sposób. Żaden przepis prawa nie ustanawia takiego obowiązku dla ważności udzielonego pełnomocnictwa, co ma szczególne znaczenie w przypadku pełnomocnictw udzielanych reprezentantom zawodów prawniczych.

Oceniając stopień wiarygodności pełnomocnictwa, którym posługuje się radca prawny lub adwokat warto zauważyć, iż zgodnie z art. 89 § 1 k.p.c., w przypadku sporządzenia odpisu pełnomocnictwa adwokat i radca prawny mogą sami uwierzytelniać te odpisy, co wskazuje na szczególny charakter zawodów prawniczych w kontekście wiarygodności dokumentu wykorzystywanego przez reprezentantów tych zawodów. Mowa tu oczywiście o odpisach dokumentów sporządzonych w formie innej, niż notarialna. Odpis notarialny bowiem – jako sporządzony przez notariusza – z istoty swej nie wymaga żadnego dodatkowego poświadczenia.

Zawody prawnicze są zawodami zaufania publicznego i osoby je wykonujące z istoty swej muszą mieć szerokie uprawnienia, podlegając przy tym odpowiedzialności dyscyplinarnej przewidzianej w przepisach korporacyjnych dotyczących tych zawodów. Warto również nadmienić, iż także art. 129 § 3 k.p.c. wskazuje na wagę czynności dokonanej przez przedstawiciela zawodu prawniczego. Stanowi on bowiem, iż zawarte w odpisie dokumentu poświadczenie przez adwokata lub radcę prawnego zgodności z oryginałem tego dokumentu ma charakter dokumentu urzędowego. Zgodnie zaś z art. 244 k.p.c., dokumenty urzędowe stanowią dowód tego, co zostało w nich zaświadczone. Jeśli sąd w postępowaniu cywilnym uznaje pełnomocnictwo udzielone przez poszkodowanego radcy prawnemu lub adwokatowi, nie wymagając dodatkowego potwierdzenia tego dokumentu, jak również wobec faktu, iż sam radca prawny lub adwokat ma uprawnienie do poświadczenia odpisu dokumentu, którym się posługuje, rodzi się pytanie o przyczynę kwestionowania przez zakłady ubezpieczeń wiarygodności tych dokumentów – czego nie czyni nawet sąd pomimo nieporównywalnie większej wagi prowadzonego przezeń postępowania.

Dlatego też, w opinii Rzecznika, stawiane przez zakłady ubezpieczeń żądanie uwierzytelnienia przez samych poszkodowanych – bądź potwierdzenia w inny sposób – pełnomocnictw udzielanych adwokatom i radcom prawnym jest niezrozumiałe i nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach. Przeciwnie, wobec niekwestionowanych szerokich uprawnień procesowych przedstawicieli zawodów prawniczych, a więc uprawnień do podejmowania działań w niezwykle istotnym i zazwyczaj skomplikowanym postępowaniu cywilnym, kwestionowanie przez zakłady ubezpieczeń pełnomocnictw uprawniających adwokatów lub radców prawnych do uczestniczenia w postępowaniu likwidacyjnym należy oceniać w kategoriach działań utrudniających sprawne zakończenie tego postępowania. Oba te zawody są zawodami zaufania publicznego, którym nadano szerokie uprawnienia

procesowe i nie ma podstaw, by kwestionować wiarygodność działań pozaprocesowych podejmowanych przez reprezentantów tych zawodów.

Często nie są także honorowane pełnomocnictwa w zwykłej formie pisemnej udzielone przez poszkodowanych podmiotom trudniącym się zawodowo uzyskiwaniem odszkodowań, tzw. kancelariom odszkodowawczym. Argumentacja zakładów ubezpieczeń w postaci leżącego po ich stronie obowiązku należytego wykonania zobowiązania, który to obowiązek uzasadnia – zdaniem ubezpieczycieli – żądanie notarialnego potwierdzenia pełnomocnictwa lub sporządzenia pełnomocnictwa w siedzibie zakładu ubezpieczeń, jest niewystarczająca, a kwestionowanie pełnomocnictwa okazanego przez profesjonalny podmiot uczestniczący w postępowaniu likwidacyjnym w imieniu poszkodowanego wydaje się być zbyt daleko posuniętą ostrożnością - tym bardziej, że kancelarie odszkodowawcze działające na danym terenie są już zazwyczaj zakładom ubezpieczeń znane z wcześniejszych postępowań. Nadto, w przypadku jakichkolwiek wątpliwości zakłady ubezpieczeń mają możliwość skontaktowania się w dowolny sposób z poszkodowanym i uzyskania potwierdzenia udzielonego pełnomocnictwa bez żądania dostarczenia pełnomocnictwa w formie szczególnej lub sporządzenia go w siedzibie zakładu ubezpieczeń. Z informacji posiadanych przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika, że niektóre zakłady ubezpieczeń takie działania podejmują.

Wątpliwości zatem budzi stanowisko tych zakładów ubezpieczeń, które uznają pełnomocnictwo jedynie wówczas, gdy zostanie sporządzone przez osobę uprawnioną do odszkodowania w obecności pracownika zakładu ubezpieczeń bądź też gdy pełnomocnictwo to zostanie potwierdzone notarialnie. Żaden bowiem przepis prawa nie uzależnia ważności udzielonego pełnomocnictwa od spełnienia jednego z tych warunków, co oznacza, iż z formalnego punktu widzenia zakład ubezpieczeń nie powinien stawiać tego rodzaju wymogów. Na marginesie dodać należy, iż stawiany przez towarzystwa warunek osobistego stawiennictwa osoby poszkodowanej w zakładzie ubezpieczeń w celu sporządzenia pełnomocnictwa nie będzie mógł być spełniony w przypadku osoby, która z jakichkolwiek przyczyn nie jest w stanie osobiście skontaktować się z zakładem ubezpieczeń, aby w obecności pracownika zakładu ubezpieczeń złożyć podpis na dokumencie pełnomocnictwa. Także sporządzenie pełnomocnictwa w formie notarialnej nierzadko wiąże się po stronie poszkodowanego z trudnościami natury technicznej, a także z koniecznością poniesienia przez niego znacznych kosztów. Konsekwencją zaś niespełnienia warunków stawianych przez

zakład ubezpieczeń będzie zaniechanie przez ubezpieczyciela prowadzenia postępowania likwidacyjnego, co oznacza niewykonanie zaciągniętego przez zakład ubezpieczeń zobowiązania.

Warto także pamiętać, iż zgodnie z regulacją art. 106 k.c., pełnomocnik może ustanawiać substytutów, tj. dalszych pełnomocników, jednak możliwość taka istnieje jedynie wówczas, gdy wynika to z treści pełnomocnictwa, z ustawy lub ze stosunku prawnego będącego podstawą pełnomocnictwa.

Bartłomiej Chmielowiec

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Projekt wytycznych KNF w sprawie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych

Cel wydania wytycznych

Komisja Nadzoru Finansowego jako organ nadzoru nad działalnością zakładów ubezpieczeń, w piśmie z dnia 9 lipca 2014 roku (znak: DIU/078/25/31/2014) skierowała do konsultacji publicznych projekt *Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych* (dalej: *Wytyczne...*), wskazując, iż jednym z powodów ich opracowania były nieprawidłowości sygnalizowane przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Jak stwierdza się w przedmiotowym dokumencie, celem wydania *Wytycznych...* jest realizacja zadań nadzorczych nad rynkiem finansowym określonych w art. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1149 z późn. zm.), takich jak: zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa i zaufania do rynku, a także zapewnienie ochrony interesów jego uczestników oraz podejmowanie działań służących prawidłowemu funkcjonowaniu rynku finansowego.

Wytyczne mają na celu wskazanie oczekiwań nadzorczych dotyczących ostrożnego i stabilnego zarządzania obszarem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym ryzykiem związanym z tym obszarem. Ryzyko to KNF określa jako niepewność związaną z prawidłowym i efektywnym prowadzeniem postępowania likwidacyjnego przez zakłady ubezpieczeń. Wiąże się ono przede wszystkim z ryzykiem operacyjnym i ryzykiem utraty reputacji. W ocenie bowiem organu nadzoru nieprawidłowości w procesie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych narażają zakład ubezpieczeń na konkretne straty finansowe związane z koniecznością poniesienia kosztów obsługi prawnej sporu oraz – w razie przegranej – z koniecznością zapłaty kosztów sądowych i zastępstwa procesowego, jak również odsetek za opóźnienie.

Przedmiotowe *Wytyczne...* wyrażają punkt widzenia organu nadzoru oraz oczekiwania nadzorcze co do rozwiązania aktualnie najistotniejszych z punktu widzenia KNF

kwestii w zakresie likwidacji szkód z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenia autocasco, a także ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenia *assistance*. W ocenie organu nadzoru nieprawidłowości w likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych mają istotny wpływ na postrzeganie całego rynku ubezpieczeń. Nie sposób także nie zauważyć współzależności pomiędzy trudnościami w uzyskaniu świadczenia z ubezpieczenia komunikacyjnego a niechęcią do korzystania z ubezpieczeń w przyszłości.

W ocenie KNF konieczność zajęcia stanowiska przez organ nadzoru w sprawie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych wynika z nieprawidłowości stwierdzonych w toku nadzoru oraz sygnalizowanych przez inne instytucje rynku ubezpieczeń, w tym przez Rzecznika Ubezpieczonych. Nieprawidłowości te dotyczą w szczególności:

a) nieterminowego wypłacania świadczeń;
b) wypłacania świadczeń z uchybieniem zasady pełnego odszkodowania;
c) uchybień w wypełnianiu obowiązków informacyjnych w toku likwidacji szkód;
d) wadliwej organizacji procesu likwidacji szkód, w szczególności jego niedostatecznej transparentności;
e) niejasnych, niepełnych, nieaktualnych procedur wewnętrznych zakładów ubezpieczeń regulujących postępowanie likwidacyjne;
f) niedostatecznej kontroli wewnętrznej w procesie likwidacji szkód;
g) niedostatecznego nadzoru i kontroli zakładów ubezpieczeń nad podmiotami zewnętrznymi wykonującymi na rzecz tych zakładów czynności z zakresu likwidacji szkód;
h) niedostatecznego nadzoru i kontroli organów zakładu ubezpieczeń nad procesem likwidacji szkód.

Ponadto Komisja Nadzoru Finansowego wskazuje w *Wytycznych...*, że zakłady ubezpieczeń – jako instytucje zaufania publicznego – powinny prowadzić działalność z poszanowaniem przepisów prawa i z zachowaniem najwyższej staranności. W tym kontekście szczególne zaniepokojenie organu nadzoru budzi praktyka likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych niezgodnie z przepisami prawa i opartym na nich orzecznictwem Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, w szczególności sposobu ustalenia odszkodowania z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych. W ocenie organu nadzoru jest to tym bardziej niepokojące, iż zakłady ubezpieczeń zatrudniają wysoko wykwalifikowane

kadry, natomiast zaobserwowane nieprawidłowości w procesie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych wynikają z nieznajomości bądź niestosowania podstawowych reguł prawa odszkodowawczego. W opinii KNF należy zatem przykładać szczególną wagę do zapewnienia profesjonalizmu i przestrzegania standardów etyki zawodowej pracowników zakładów ubezpieczeń zajmujących się likwidacją szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych – od najniższego szczebla aż do osób wchodzących w skład ich organów.

Zdaniem organu nadzoru nie może stanowić usprawiedliwienia dla niepełnego respektowania zasad odpowiedzialności odszkodowawczej przez zakłady ubezpieczeń niedoszacowanie składki ubezpieczeniowej, bowiem zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciel powinien zatem kalkulować składkę w taki sposób, by zapewnić uprawnionemu otrzymanie pełnego odszkodowania.

Jak wskazuje KNF, *Wytyczne...* powinny być również stosowane przez główne oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń, a także zagraniczne zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych, na zasadach określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Treść *Wytycznych...*

Projekt przygotowany przez Urząd Komisji Nadzoru Finansowego zawiera 21 głównych wytycznych, które podzielone zostały na następujące obszary:

a) organizacja, zarządzanie, nadzór i kontrola nad procesem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych;
b) sposób prowadzenia postępowania likwidacyjnego;
c) sposób ustalania wysokości świadczenia.

W pierwszym obszarze zawarto 9 wytycznych ogólnych, wskazujących na konieczność m.in. posiadania przez zakłady ubezpieczeń odpowiednich struktur organizacyjnych i zapewnienia efektywnego zarządzania obszarem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, posiadania i zapewnienia funkcjonowania procedur określających sposób prowadzenia postępowania likwidacyjnego, wdrożenia efektywnego systemu kontroli wewnętrznej w obszarze likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, zapewnienia

funkcjonowania systemu informacji zarządczej dotyczącej procesu likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych dostosowanego do skali prowadzonej działalności, zapewnienia sprawnej likwidacji szkód również przez podmioty zewnętrze (outsourcing), a także opracowania i przyjęcia systemu wynagradzania likwidatorów zapewniającego efektywny przebieg procesu likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych.

W drugim obszarze dotyczącym sposobu prowadzenia postępowania likwidacyjnego zostało zawartych 5 ogólnych wytycznych, w których organ nadzoru oczekuje od zakładów ubezpieczeń:

a) prowadzenia postępowania likwidacyjnego w sposób zapewniający spełnienie świadczenia lub podjęcie decyzji o odmowie jego realizacji w terminach wynikających z przepisów prawa i zawartej umowy ubezpieczenia;
b) komunikowania się z osobami uprawnionymi z zachowaniem należytej staranności związanej z zawodowym charakterem prowadzonej działalności gospodarczej;
c) opracowania i przyjęcia procedur określających sposób kontaktowania się pomiędzy likwidatorem a uprawnionym lub osobą zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczającym;
d) gromadzenia dokumentacji szkodowej w toku postępowania likwidacyjnego z zachowaniem należytej staranności związanej z zawodowym charakterem prowadzonej działalności gospodarczej;
e) zapewnienia uprawnionemu pełnej i zrozumiałej informacji o sposobie ustalenia świadczenia.

W ostatnim trzecim obszarze, który wzbudził największe kontrowersje na rynku ubezpieczeniowym, KNF przedstawiła projekt 7 ogólnych wytycznych dotyczących sposobu ustalania wysokości świadczeń. W szczególności pokazują one następujące oczekiwania nadzorcze:

a) w przypadku szkody częściowej odszkodowanie powinno umożliwić uprawnionemu przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę;
b) odszkodowanie wypłacane w ramach umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych powinno być ustalane w oparciu o wartość nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu, co oznacza brak zgody organu nadzoru na dokonywanie *a priori* potrąceń amortyzacyjnych; tylko w przypadku wykazania przez zakład ubezpieczeń, że dokonana naprawa doprowadzi do wzrostu wartości

pojazdu w stosunku do wartości przed zdarzeniem, ubezpieczyciel może dokonać pomniejszenia wartości odszkodowania o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi;

c) w przypadku ustalania wysokości odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wartość części powinna zostać ustalona w wysokości umożliwiającej przywrócenie pojazdu do stanu sprzed szkody;
d) świadczenie z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ustalone metodą kosztorysową powinno być ustalone w oparciu o wartość dostępnych części;
e) zakład ubezpieczeń nie powinien ograniczać uprawnionemu z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych możliwości naprawy pojazdu, gdy nie wystąpiła szkoda całkowita, jak również powinien stosować identyczne kryteria ustalenia wartości odszkodowania niezależnie od faktu, czy wystąpiła szkoda całkowita, czy też częściowa;
f) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego;
g) zakład ubezpieczeń powinien przy ustalaniu świadczenia z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów uwzględniać utratę wartości handlowej pojazdu, jeśli taka utrata nastąpiła.

Wszystkie te wymienione i opisane wyżej ogólne wytyczne zostały doprecyzowane poprzez wskazanie w *Wytycznych...* bardziej szczegółowych zapisów regulujących określony obszar, który jest przedmiotem regulacji przez organ nadzoru.

Uwagi Rzecznika Ubezpieczonych

Obecnie trwają konsultacje KNF z rynkiem ubezpieczeniowym treści przedmiotowych *Wytycznych...*, zaś sam organ nadzoru oczekuje, że wskazane w dokumencie standardy będą zaimplementowane przez podmioty nadzorowane nie później niż do dnia 31 marca 2015 r. Rzecznik Ubezpieczonych również otrzymał projekt *Wytycznych...* celem ich zaopiniowania i przedstawienia stosownych uwag.

W opinii Rzecznika kierunek działań podjętych przez Komisję Nadzoru Finansowego w zakresie rozwiązania problemów związanych w nieprawidłowościami w obszarze likwidacji szkód komunikacyjnych w pełni zasługuje na poparcie, zaś sam projekt *Wytycznych...* należy ocenić bardzo pozytywnie. Dla przykładu projekt wytycznych dotyczących potrąceń

amortyzacyjnych w pełni oddaje istotę wykładni przepisów prawa dokonaną przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11).

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych stały ujemny wynik techniczny z obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przy jednoczesnym spadku wysokości składki oraz wzroście kwot odszkodowań, przekłada się na nieprawidłowości i zaniżanie świadczeń należnych osobom uprawnionym. Skala niezgodnych z prawem działań zakładów ubezpieczeń, przedstawiona w raporcie Rzecznika *Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych*, w pełni uzasadnia podjęcie przez Komisję Nadzoru Finansowego szeroko zakrojonych działań nadzorczych. W opinii Rzecznika respektowanie zapisów *Wytycznych...* przez zakłady ubezpieczeń niewątpliwe powinno zasadniczo wpłynąć na poprawę jakości prowadzonych postępowań likwidacyjnych.

Piotr Budzianowski

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Utrata wartości handlowej pojazdu

Zgodnie z treścią art. 363 § 1 k.c. osoby poszkodowane mają wybór sposobu naprawienia szkody – bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Poszkodowani mogą zatem dochodzić zwrotu kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu lub żądać wypłaty odszkodowania w takiej wysokości, która umożliwi dokonanie profesjonalnej naprawy. Stosowane obecnie technologie naprawy (blacharskie, mechaniczne, lakiernicze), przy zachowaniu reżimu technologicznego producenta pojazdu oraz należytej staranności, umożliwiają techniczne przywrócenie pojazdu do poziomu sprawności i funkcjonalności, jaką posiadał on przed uszkodzeniem.

Pomimo tego doświadczenie i praktyka na rynku motoryzacyjnym wskazują – nie tylko w Polsce, ale również w innych krajach europejskich – iż kupujący, mając do wyboru zakup porównywalnych pojazdów, bezwypadkowych lub powypadkowych, powszechnie wybierają te pierwsze. Podstawą takiego zachowania potencjalnych nabywców jest nie tylko fakt, iż pojazd uczestniczył w kolizji lub wypadku drogowym, lecz także obawa przed występowaniem wad ukrytych w naprawionym pojeździe (wypadkowych i naprawczych), których w większości sytuacji nie sposób wykryć w momencie zakupu. Stan taki co do zasady prowadzi do konieczności obniżenia ceny sprzedaży pojazdu.

Stanowisko Sądu Najwyższego

Sąd Najwyższy po rozpatrzeniu zapytania prawnego przedstawionego przez sąd niższej instancji: „Czy do składników szkody, powstałej na skutek kolizji pojazdów samochodowych, za którą odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej ponosi zakład ubezpieczeń, zalicza się utratę wartości handlowej naprawionego samochodu, spowodowaną stosowaniem przez autoryzowane warsztaty naprawcze technologii nie w pełni pozwalającej na przywrócenie pierwotnego stanu pojazdu, tj. sprzed kolizji?” podjął uchwałę o następującej treści: „Odszkodowanie za uszkodzenie samochodu może obejmować oprócz kosztów jego naprawy także zapłatę sumy

pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie" (uchwała SN z dnia 12 października 2001 r., sygn. akt III CZP 57/01).

Sąd Najwyższy stwierdził m.in., iż w razie wyrządzenia szkody ruchem pojazdu lub w związku z jego ruchem odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym. Sąd starał się odpowiedzieć na pytanie, czy odszkodowanie należne za uszkodzenie samochodu obejmuje oprócz kosztów jego naprawy także zapłatę sumy pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie, przy założeniu, że naprawa była prawidłowa, a zmniejszenie wartości samochodu nastąpiło wskutek jego uszkodzenia.

W uzasadnieniu uchwały Sądu możemy przeczytać m.in., że rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku. Z przepisu art. 361 § 2 k.c. wynika obowiązek pełnej kompensacji szkody. Wartość samochodu po jego naprawie to nic innego jak jego wartość rynkowa. Ponieważ wartość ta w wyniku uszkodzenia, choć później wyeliminowanego, zmalała w stosunku do tej, jaką pojazd ten miałby na rynku, gdyby nie został uszkodzony, to kompensata powinna obejmować nie tylko koszty naprawy, lecz także tę różnicę wartości.

Reasumując, Sąd Najwyższy w wyżej wskazywanej uchwale stwierdził, iż wprawdzie samochód po naprawie odzyskuje sprawność techniczną, jednakże nie uzyskuje takiej wartości handlowej, jaką miał przed wypadkiem (jego cena sprzedażowa po naprawie – na skutek faktu, że jest powypadkowy – maleje). Różnica w tej wartości stanowi różnicę handlową, której w świetle powyższej uchwały mogą domagać się poszkodowani właściciele pojazdów.

Narzędzie do obliczania odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu

W praktyce działalności zakładów ubezpieczeń, niezależnych rzeczoznawców samochodowych oraz biegłych sądowych przy szacowaniu wysokości utraty wartości handlowej pojazdu najczęściej korzysta się z instrumentów technicznych lub też programów komputerowych, które pozwalają na oszacowanie tej utraty na podstawie uśrednionych danych dotyczących cen pojazdów i wzorów matematycznych. Najczęściej w praktyce obrotu stosuje się *Instrukcję określania rynkowego ubytku wartości pojazdów nr 1/2009 z dnia 12 lutego 2009 r. zatwierdzoną w dniu 12 lutego 2009 r. uchwałą Zarządu Głównego do stosowania w Stowarzyszeniu Rzeczoznawców Samochodowych – EKSPERTMOT i w*

Komputerowym Systemie INFO-EKSPERT/SRTSiRD. Od dnia 12 lutego 2009 r., na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych, Stowarzyszenie EKSPERTMOT wprowadziło nowe, bardziej korzystne dla poszkodowanych zasady określania ubytku rynkowej wartości pojazdów.

W *Instrukcji...* wprowadzono m.in. zapisy wskazujące wprost, iż ubytek rynkowej wartości szacuje się dla samochodów osobowych i terenowych, utrzymanych w dobrym stanie technicznym, o okresie eksploatacji do sześciu lat, zaś w stosunku do motocykli o okresie eksploatacji do trzech lat. Zgodnie z *Instrukcją*... ubytek wartości handlowej pojazdu w odniesieniu do samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony szacuje się w okresie ich eksploatacji do czterech lat, zaś w odniesieniu do pojazdów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 ton szacuje się w okresie ich eksploatacji do trzech lat. Przy czym, jak zostało wskazane w przedmiotowej *Instrukcji...*, występowanie ubytku wartości po przekroczeniu tych okresów może mieć miejsce w wyjątkowych przypadkach eksploatacji pojazdu, charakteryzujących się niewielkim przebiegiem i szczególną dbałością o jego stan techniczny.

Warto również zwrócić uwagę, że *Instrukcja...* przewiduje wyjątkowo wypłatę rynkowego ubytku wartości pojazdu w przypadku drugiej kolizji. Jeżeli rozmiar uszkodzeń powstałych w trakcie drugiej kolizji jest znacznie bardziej rozległy niż w wyniku kolizji pierwszej, należy oddzielnie obliczyć utratę wartości handlowej dla każdej z kolizji. Jeżeli wynik obliczeń byłby porównywalny lub niższy dla kolizji drugiej, wtedy ubytek wartości dla drugiej kolizji nie występuje. Jeśli natomiast ubytek dla drugiej kolizji jest większy niż dla pierwszej, to ubytek określony dla kolizji drugiej należy pomniejszyć o wartość ubytku dla kolizji pierwszej. Co ważne, w przypadku braku możliwości pozyskania informacji dotyczących zakresu pierwszej kolizji należy odstąpić od szacowania utraty wartości handlowej dla kolizji drugiej.

Zalecenia organu nadzoru – Komisji Nadzoru Finansowego

W dniu 31 stycznia 2012 r. przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego, Andrzej Jakubiak, kierując się ochroną interesów osób poszkodowanych, jak też dbałością o należyte wykonywanie przez zakłady ubezpieczeń obowiązku naprawienia szkody w pojazdach, wystosował pismo do zakładów ubezpieczeń działu II, oferujących usługi w grupie 10. (ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem

odpowiedzialności przewoźnika) w sprawie przyjęcia przez zakłady ubezpieczeń takich standardów likwidacji szkody, według których przyjęcie zgłoszenia szkody będzie szło w parze z udzieleniem poszkodowanym niezbędnych informacji na temat możliwości uzyskania dodatkowego odszkodowania w związku z utratą wartości handlowej pojazdu.

Zdaniem przewodniczącego KNF w praktyce likwidacji szkód poszkodowany, zgłaszając szkodę w pojeździe, nie specyfikuje uszkodzeń ani nie konkretyzuje roszczeń, lecz przedstawia pojazd do oględzin zakładu ubezpieczeń i oczekuje ustalenia odszkodowania w takiej wysokości, która doprowadzi do pełnej rekompensaty szkody. Zakład ubezpieczeń z kolei, przyjmując zgłoszenie szkody, dokonuje ustalenia wielkości uszczerbku oraz wysokości odszkodowania, które szkodę zrekompensuje. Z treści art. 361 § 2 k.c. wynika dla zakładu ubezpieczeń zobowiązanego do naprawienia szkody obowiązek kompensaty tej szkody w pełnej wysokości. Jeśli więc wartość handlowa pojazdu zmalała w stosunku do tej, jaką pojazd ten miałby na rynku, gdyby nie został uszkodzony, to pełna rekompensata powinna obejmować nie tylko koszty naprawy, lecz także tę różnicę wartości. W opinii przewodniczącego KNF powiązanie działalności edukacyjnej KNF na rzecz zwiększenia świadomości prawnej poszkodowanych z odpowiednią współpracą zakładów ubezpieczeń z poszkodowanymi w trakcie postępowania likwidacyjnego istotnie przyczyni się do tego, aby wypłacane odszkodowania jak najpełniej rekompensowały uszczerbek powstały w związku ze szkodą w pojazdach. Informacje o roszczeniu z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, przekazywane poszkodowanym, mogłyby zostać zamieszczone w arkuszu zgłoszenia szkody, na stronach internetowych lub w inny sposób uznany przez zakład ubezpieczeń za właściwy. Dodatkowo organ nadzoru zaproponował wprowadzenie informacji wyjaśniającej cel roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu. W ocenie organu nadzoru opisane wyżej zalecenia mają na celu uzyskanie przez poszkodowanego już na etapie zgłoszenia szkody informacji o istnieniu tego roszczenia, niezależnie od tego, czy będzie on egzekwował to roszczenie, czy też nie.

Jak istotną rolę w pełnej kompensacji szkody odgrywa roszczenie z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, podkreśla fakt, iż organ nadzoru, Komisja Nadzoru Finansowego, w przyjętych w dniu 16 grudnia 2014 r. *Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych*, mających na celu wskazanie oczekiwań nadzorczych w zakresie ostrożnego i stabilnego zarządzania obszarem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym ryzykiem związanym z tym obszarem, zaprezentował wytyczną o

numerze 21, która brzmi: „Zakład ubezpieczeń powinien, przy ustalaniu wysokości świadczenia z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, uwzględniać utratę wartości handlowej pojazdu, w przypadkach, w których utrata taka nastąpiła”.

W szczegółowym opisie tej wytycznej możemy przeczytać, że zakład ubezpieczeń po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia powinien przekazywać uprawnionemu informację o możliwości zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, niezależnie od formy i trybu zgłoszenia roszczenia. Zakład ubezpieczeń powinien – z własnej inicjatywy, kierując się zasadą ostrożnego zarządzania zakładem ubezpieczeń – badać zasadność uwzględnienia w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych ewentualnego zobowiązania zakładu ubezpieczeń z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu powstałej w wyniku uszkodzenia i po uwzględnieniu naprawy pojazdu w związku z zaistniałą szkodą, niezależnie od tego, czy uprawniony zgłosił roszczenie w tym zakresie. Zakład ubezpieczeń, badając zasadność uwzględnienia w kwocie świadczenia utraty wartości handlowej pojazdu, powinien przyjąć zasadę indywidualizacji oceny roszczenia z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.

Aleksander Daszewski

radca prawny, koordynator w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem

W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia w wyniku wypadku oprócz zadośćuczynienia i rent poszkodowani mogą w ramach naprawienia szkody żądać od sprawcy lub jego ubezpieczyciela zwrotu wszelkich wynikłych z tego powodu kosztów. W przypadku bezpośrednio poszkodowanych podstawę prawną zwrotu kosztów związanych z wypadkiem stanowi art. 444 § 1 k.c., który mówi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Ponadto – co się szczególnie podkreśla w zdaniu drugim przepisu – na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Mało kto zdaje sobie jednak sprawę, że katalog potencjalnych powypadkowych kosztów, których zwrotu może domagać się poszkodowany, jest wyjątkowo obszerny, bowiem obejmuje on różnorodne koszty pozostające w związku z wypadkiem – na co wskazuje dyspozycja przepisu art. 444 § 1 k.c. mówiąca o wszelkich kosztach wynikłych w związku z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia.

Aby przybliżyć i uświadomić osobom poszkodowanym i uprawnionym, jakiego rodzaju mogą to być koszty, bazując na doświadczeniach praktycznych i orzecznictwie sądowym, poniżej grupujemy je tematycznie, a tym samym przypominamy zakres potencjalnych kosztów podlegających zwrotowi.

W pierwszej kolejności – o czym wprost wspomina przywołany wyżej przepis – będą to koszty związane z szeroko pojętym leczeniem poszkodowanego, w tym również z jego rehabilitacją. W praktyce będą to w szczególności:

- koszty zakupu leków, preparatów, maści, opatrunków, bandaży itp., których stosowanie ma na celu przywrócenie poszkodowanemu sprawności oraz zmniejszenie dolegliwości powypadkowych;
- koszty oprotezowania, zakupu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, np. wózków inwalidzkich, protez (również tych zaawansowanych technologicznie), kul,

usztywniaczy, łupek, stabilizatorów, gorsetów, kołnierzy ortopedycznych, materacy antyodleżynowych, specjalnych łóżek dla niepełnosprawnych, a czasami także okularów, aparatów słuchowych itp.;

- koszty wizyt w placówkach służby zdrowia (również tych odległych), badań, opinii, a także konsultacji u specjalistów;
- koszty skomplikowanych zabiegów operacyjnych wykonywanych wyłącznie w ośrodkach zagranicznych, których to zabiegów z braku specjalistów lub zaawansowanego technologicznie sprzętu nie wykonuje się w kraju;
- koszty różnorodnych zabiegów rehabilitacyjnych, terapii, masaży, a nawet zajęć gimnastycznych, np. na basenie, mających na celu przywrócenie sprawności i zmniejszenie dolegliwości powypadkowych;
- koszty związane z lepszym odżywianiem poszkodowanego będącego w okresie leczenia i rehabilitacji, mającym na celu przyśpieszenie lub polepszenie procesu przywracania organizmu poszkodowanego do zdrowia, a także poprawę nastroju, nastawienia oraz wiary w powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie.

Kolejną grupą kosztów, o których wspomina przepis w przypadku inwalidztwa, są koszty przygotowania do innego zawodu, czyli w praktyce czesnego i innych opłat związanych z podjęciem nauki, mającej na celu zdobycie nowego wykształcenia, kursami, szkoleniami, zakupem podręczników i innych pomocy naukowych niezbędnych do przygotowania się i zdobycia umiejętności pozwalających na wykonywanie nowego zawodu, uwzględniającego powypadkowy stan zdrowia poszkodowanego.

Następną ważną grupę kosztów występujących w praktyce stanowią szeroko pojęte koszty pomocy i opieki nad poszkodowanym, czyli koszty celowej i uzasadnionej opieki nad poszkodowanym świadczonej przez osoby trzecie oraz członków rodziny w okresie leczenia i rehabilitacji, a także koszty wykonywania określonych prac, np. sprzątania, robienia zakupów, przygotowywania posiłków, pomocy w czynnościach higienicznych, umyciu głowy itp., czasami także koszty profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Istotną w praktyce grupę kosztów stanowią również koszty transportu poszkodowanego i jego bliskich, tj. koszty dojazdów na wizyty lekarskie, konsultacje i zbiegi rehabilitacyjne, przewozu do szpitala, do domu lub w inne uzasadnione potrzebami poszkodowanego miejsca, a także koniecznego transportu najbliższych poszkodowanego w celu odwiedzin i opieki nad poszkodowanym w szpitalu.

W niektórych poważniejszych przypadkach będą to również koszty adaptacji mieszkania stosownie do potrzeb poszkodowanego, takie jak koszty przystosowania pomieszczeń do indywidualnych powypadkowych potrzeb poszkodowanego, tj. przerobienie łazienki i ubikacji – wyposażenie ich w urządzenia pomocowe, bariery, chwytaki, drabinki itp. Niekiedy koszty te będą związane z zamianą mieszkania, np. z położonego na wysokim piętrze bez windy na znajdujące się na parterze, a także z wykonaniem podjazdów, pochylni dla niepełnosprawnych, przystosowaniem innych urządzeń czy zniesieniem barier architektonicznych.

Inne występujące w praktyce koszty dotyczą przerobienia lub wręcz zakupu pojazdu dostosowanego do potrzeb inwalidzkich, umożliwiającego osobie poszkodowanej dalszą pracę czy też kontynuowanie działalności gospodarczej.

Prócz zwrotu poniesionych kosztów związanych z wypadkiem warto również pamiętać – o czym stosunkowo często się zapomina – o możliwości dochodzenia zwrotu utraconych zarobków, będących różnicą pomiędzy zarobkami przed wypadkiem a dochodami osiąganymi w okresie leczenia i rehabilitacji, a także o odszkodowaniu za uszkodzone lub zniszczone w wypadku rzeczy osobiste, jak odzież, obuwie, okulary, telefon, bagaż podręczny, drobna elektronika czy zegarek.

Omawiając zwrot kosztów związanych z wypadkiem, trzeba przypomnieć, iż poza bezpośrednio poszkodowanym zwrotu niektórych kosztów mogą domagać się inne osoby, w praktyce najczęściej członkowie jego rodziny. Chodzi tutaj o koszty leczenia i pogrzebu poszkodowanego. Podstawę prawną roszczenia o zwrot wymienionych kosztów stanowi art. 446 § 1 k.c., który mówi, że jeżeli poszkodowany po wypadku zmarł, zwrotu kosztów leczenia i pogrzebu może domagać się osoba, która je poniosła. Tematyka zakresu zwrotu kosztów pogrzebu została omówiona szerzej w poprzednim numerze Monitora Ubezpieczeniowego, natomiast zakres zwrotu kosztów leczenia jest analogiczny do omówionego na początku niniejszego opracowania.

Trzeba pamiętać, że przy staraniu się o zwrot omówionych wyżej kosztów wyjątkowo istotne są kwestie dowodowe, co oznacza, że osoba domagająca się ich zwrotu co do zasady powinna należycie udokumentować, że faktycznie takie koszty poniosła. Przy dowodzeniu poniesienia wymienionych wyżej kosztów dopuszczalny jest cały katalog środków dowodowych, np. faktury, paragony, rachunki dokumentujące poniesione koszty, umowy potwierdzające wykonanie usług pomocowych i opiekuńczych na rzecz poszkodowanego, a

czasami także oświadczenia w przedmiocie pokrycia kosztów, których nie można wskazać za pomocą dokumentów (np. oświadczenie sąsiada o przewiezieniu poszkodowanego do szpitala lub oświadczenie sąsiadki o świadczonych przez nią usługach pomocowych). Z tych względów sugerujemy możliwie najpełniejsze i szczegółowe dokumentowanie poniesionych wydatków związanych z wypadkiem, aby ułatwić sprawne dochodzenie ich zwrotu. Przy niemożności przedstawienia dowodów na poniesienie kosztów ich zwrot może być – i najczęściej jest – kwestionowany, a tym samym istnieje uzasadniona obawa, że nawet na drodze postępowania sądowego trudne będzie ich pełne odzyskanie.

Paweł Wawszczak

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Opłaty likwidacyjne w umowach ubezpieczenia na życie powiązanych z UFK w świetle orzecznictwa SOKiK – część 3

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 7 października 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1704/09, wyrokiem z dnia 1 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVIII AmC 1941/11 oraz wyrokiem z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3669/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z/s w Warszawie w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniżej:

Rok Polisowy, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna od środków wypłacanych z Subkonta Składek	Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek
1	99%
2	99%
3	80%
4	70%
5	60%
6	50%
7	40%
8	30%
9	20%
10	10%

Postanowienie to w dniu 16 października 2012 r. i w dniu 23 października 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3834. Klauzula ta była oceniana w trzech różnych postępowaniach. W poprzednim artykule omówiony został wyrok SOKiK z dnia 7 października 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1704/09). W niniejszym zostaną przedstawione wyroki SOKiK z dnia 1 września 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1941/11) oraz z dnia 28 czerwca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 3669/10).

1. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 1 września 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1941/11)

W postępowaniu tym powódka wniosła o uznanie za niedozwolone i zakazanie wykorzystywania w obrocie postanowienia o wskazanej treści. Wyrokiem z dnia 25 maja 2010 r. SOKiK uznał to postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Od tego wyroku strony wniosły apelację, w wyniku której Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 marca 2011 r. uchylił zaskarżony wyrok w całości i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Sąd Apelacyjny w Warszawie, dokonując oceny prawnej zakwestionowanego postanowienia, uznał, że opłata likwidacyjna nie ma charakteru odstępnego, i wskazał, że rozpoznając sprawę ponownie, sąd pierwszej instancji winien uwzględnić rzeczywisty charakter opłaty likwidacyjnej oraz rolę, jaką odgrywa ona w ramach stosunku umownego stron.

Rozpoznając sprawę ponownie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, że wzorzec umowny nie zawierał definicji opłaty likwidacyjnej. W o.w.u. znajdował się tylko zapis, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Szczegółowe stawki określał załącznik do o.w.u. Zapis o.w.u. stanowił, że opłata likwidacyjna jest ustalana procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa oraz w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na pozew, a także w toku postępowania strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny, za jakie jej świadczenia pobierana jest opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania utratą spodziewanych korzyści. Zdaniem strony pozwanej z uwagi na fakt, że opłata ta było stosowana czasowo, nie miała ona charakteru kary umownej. Ocenę tę SOKiK podzielił, gdyż we wzorcu brak było zapisu, który wskazywałby na funkcje kompensacyjną opłaty likwidacyjnej.

Nazwa opłaty, jak również zapisy o.w.u. wydawały się wskazywać, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, niebędące świadczeniem głównym, za bliżej nieokreślone czynności pozwanego. W ocenie SOKiK postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego, było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów. Postanowienia umowne wzorca zdaniem SOKiK w sposób nieusprawiedliwiony nakładały na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia, jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanego mu się należało. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy świadczenie jego było ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponował natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń. Tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała zakreślone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1342/11) oddalił apelację pozwanego w zakresie wskazanego postanowienia umownego. Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie w zakwestionowanym postanowieniu ubezpieczyciel przewidział wobec ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż sankcjonowało przejęcie przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy niemal całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarczało tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu ulokowanych środków był w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowiła też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości.

2. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 28 czerwca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 3669/10)

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie o treści przywołanej na początku niniejszego artykułu, które zastrzegało rażąco wygórowaną opłatę likwidacyjną, było sprzeczne z art. 385^1 § 1 k.c. i sprzeciwiało się zasadzie lojalnego kontraktowania oraz równorzędności stron.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Argumentował, że o.w.u. zostały dostarczone powódce już w momencie składania wniosku o zawarcie umowy. Stwierdził, że zakwestionowaną klauzulę należy oceniać w kontekście całej umowy, konsument mógł odstąpić od umowy w ciągu 60 dni bez ponoszenia opłat, a także że wysokość opłaty likwidacyjnej została dostosowana do poziomu kosztów, jakie ubezpieczyciel ponosił w związku z zawarciem umowy. Postanowienie to było także skonstruowane w sposób jasny, zrozumiały i przejrzysty dla klienta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż wywoływało istotną i niesprawiedliwą dysproporcję praw stron. SOKiK podzielił stanowisko powoda, że zapis o wysokości opłaty likwidacyjnej rażąco naruszał zasadę równorzędnego traktowania konsumenta, umożliwiając ubezpieczycielowi jednostronne ukształtowanie wysokości tego świadczenia, w sposób zupełnie nieodzwierciedlający faktycznych wydatków ubezpieczyciela. Ustalona w ten sposób opłata była nadmiernie wygórowana i nieprzystająca do nakładu środków ponoszonych przez ubezpieczyciela. Pozwany nie wykazał, że przewidziana we wzorcu opłata likwidacyjna była adekwatna do poniesionych kosztów. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, rozstrzygając sprawę o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone, ocenia dane postanowienie w sposób abstrakcyjny, w oderwaniu od postanowień konkretnej umowy zawartej pomiędzy stronami. Jednak w niniejszym przypadku, z uwagi na podjętą przez pozwanego próbę udowodnienia adekwatności poniesionych kosztów w stosunku do wysokości opłaty

likwidacyjnej, należało odnieść się – na zasadzie przykładowej i porównawczej – do składki wniesionej przez powódkę. Świadek zeznał, że w przypadku tej konkretnej polisy koszty pozwanego wyniosły ok. 23 700 zł (z tego 17 200 zł to koszty bezpośrednie, które zostały poniesione przez pozwanego w chwili zawarcia umowy, a ok. 6500 zł to koszty pośrednie), zaś w kolejnych latach koszty administrowania polisą miały wynosić ok. 300–400 zł rocznie. To zestawienie pozwalało stwierdzić, że w sytuacji, gdy powódka wpłacała roczną składkę w wysokości 25 000 zł, nieuzasadnione było pobieranie od niej 99% wpłacanej składki już w pierwszym roku obowiązywania umowy, a tym bardziej nie znajdowało to uzasadnienia w kolejnych latach. Nawet w dziesiątym roku pobranie kwoty 2500 zł (10%) w przypadku kosztów rzędu 300–400 zł stanowiło w istocie nieuzasadnione wynagrodzenie pozwanego. Pozwany nie udowodnił tym bardziej, że w przypadku niższych składek ubezpieczeniowych ponosił koszty takiego rzędu jak w przypadku polisy ze składką w wysokości 25 000 zł. Przedstawione przez niego stanowisko w postaci opinii prawnej i opinii ekonomiczno-aktuarialnej nie miały w sprawie istotnego znaczenia z uwagi na ogólne odniesienie się do charakterystyki prawnej i ekonomicznej ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W niniejszym procesie SOKiK dokonał oceny adekwatności opłaty likwidacyjnej w stosunku do poniesionych przez pozwanego kosztów przy zastosowaniu zasad dowodowych obowiązujących w prawie polskim, przy czym głównie w oparciu o zasadę rozkładu ciężaru dowodu w sporze (art. 6 k.c.).

Kwestionowane postanowienie stawiało konsumenta z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, w gorszym położeniu. Prowadziło to w konsekwencji do złamania zasady ekwiwalentności świadczeń oraz znacznego odchylenia przyjętego uregulowania od zasady uczciwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy. Z tych względów postanowienie dotyczące wysokości opłaty likwidacyjnej było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Naruszało one interes konsumenta, głównie ekonomiczny, mogło także wywołać u niego dyskomfort z powodu rozczarowania i braku satysfakcji z zawartej umowy. Nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy było również elementem powodującym rażące naruszenie interesów konsumenta. Ponadto w myśl art. 385^3 pkt 16 oraz 17 k.c. niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy, a także nakładają na konsumenta, który nie

wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Wbrew stanowisku pozwanego przedstawionemu w odpowiedzi na pozew sama okoliczność sformułowania postanowień wzorca umowy w sposób jasny, jednoznaczny i zrozumiały nie usprawiedliwia użycia postanowień rażąco naruszających interes konsumenta oraz dobre obyczaje. Pomimo jasnego i niebudzącego wątpliwości wyrażenia określonych warunków umownych mogą one wciąż być uznane za niedozwolone, jeśli spełniają przesłanki opisane w art. 385^1 oraz 385^3 k.c.

Biorąc powyższe pod uwagę, SOKiK stwierdził, że kwestionowane postanowienie wzorca stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w myśl art. 385^1 k.c. w zw. z art. 385^3 pkt 16 oraz 17 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1376/12) oddalił apelację pozwanego w zakresie zakwestionowanego postanowienia o.w.u. W ocenie Sądu opłata likwidacyjna nie stanowiła kary umownej ani *sensu stricte* odstępnego w rozumieniu art. 396 k.c. Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały prawo ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od jej zawarcia i nie uzależniały możliwości skorzystania przez konsumenta z tego prawa od obowiązku zapłaty na rzecz ubezpieczyciela jakiejkolwiek kwoty pieniężnej. Opłata likwidacyjna nie została jednak zdefiniowana w o.w.u. Pozwany stwierdził, że miała ona charakter odszkodowawczy, i w ocenie Sądu Apelacyjnego powinna mieć taki charakter, co w żaden sposób jednak nie wynikało z postanowień wzorca umowy, a w szczególności z zakwestionowanego postanowienia, w którym wysokość opłaty likwidacyjnej nie została powiązana w jakikolwiek sposób z ewentualnie poniesioną przez pozwanego szkodą na skutek wcześniejszego, niż zostało to ustalone w umowie, jej rozwiązania – z powodu niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez ubezpieczającego bądź wypowiedzenia przez niego umowy. Jak uznał to już Sąd Apelacyjny w Warszawie – rozpoznający takie same klauzule, zawarte jednak w innych wzorcach umownych stosowanych przez pozwanego (sygn. akt VI ACa 1342/11, VI ACa 87/12) – zastrzeżona opłata likwidacyjna była rodzajem sankcji za rezygnację z kontynuowania umowy przez konsumenta, bez powiązania jej z realnie poniesionymi przez pozwanego, w związku z konkretną umową wydatkami (co zostało wykazane przez sąd pierwszej instancji w niniejszej sprawie), przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczającego jednostek

uczestnictwa. Zbliżało to przedmiotową opłatę likwidacyjną do instytucji prawnej odstępnego i pozwalało tym samym stosować w drodze analogii przepis art. 385^3 pkt 17 k.c. Przede wszystkim jednak należało mieć na uwadze, że podany w art. 385^3 k.c. katalog klauzul niedozwolonych ma charakter przykładowy. Okoliczność, że badana klauzula nie wyczerpywała znamion jednej z klauzul „szarych", wskazanych w powyższym przepisie, nie oznaczała, że nie była ona abuzywna, w szczególności jeżeli spełnia przesłanki z art. 385^1 § 1 k.c., to jest kształtowała prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interes. SOKiK słusznie uznał, że zakwestionowane postanowienie powyższe przesłanki spełniało, gdyż sprzeczne z dobrymi obyczajami było przyznanie ubezpieczycielowi prawa do pobierania opłaty nadmiernie wygórowanej, nieprzystającej do poniesionego przez niego nakładu i przyjętego na siebie ryzyka, a już na pewno opłaty odpowiadającej wysokości prawie całego zaangażowania finansowego drugiej strony umowy w pierwszych dwóch latach jej trwania.

Wysokość opłaty likwidacyjnej powinna pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r., sygn. akt III SK 21/06), a nie stanowić niczym nieuzasadnione przysporzenie majątkowe na rzecz ubezpieczyciela i to w takiej wysokości, która odpowiadała w pierwszych latach umowy niemal całości jednostek uczestnictwa zgromadzonych przez konsumenta na subkoncie składek regularnych, niezależnie od wysokości zgromadzonych środków. Także w kolejnych latach wysokość opłaty likwidacyjnej przysługującej pozwanemu w sytuacji przedwczesnego rozwiązania umowy była rażąco wygórowana, bo chociaż w dziesiątym roku polisowym stanowiła jedynie 10%, to było to jednak 10% środków wypłacanych z subkonta składek regularnych. Przykładowo zatem jeżeli w wyniku przedwczesnego rozwiązania umowy ubezpieczający wypłacał kwotę 100 000 zł, to wysokość opłaty likwidacyjnej w dziesiątym roku trwania umowy wynosiła 10 000 zł. Była to kwota tym bardziej wygórowana, że przez cały okres trwania umowy ubezpieczyciel pokrywał znaczną część kosztów funkcjonowania i swojego ryzyka w ramach innych, nałożonych na konsumenta opłat, a koszty, jakie ponosił w związku z przedwczesnym rozwiązaniem umowy w ostatnim roku jej obowiązywania, (a nawet spodziewane w tymże ostatnim roku korzyści) mogły w żaden sposób nie przystawać do wysokości pobieranej opłaty likwidacyjnej.

Zakwestionowane postanowienie rażąco naruszało interes ekonomiczny konsumenta, gdyż prowadziło do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza gdy ten zgromadził na subkoncie składek regularnych aktywa o znacznej wartości, które w pierwszych latach obowiązywania umowy mogły zostać przejęte przez ubezpieczyciela w ramach opłaty likwidacyjnej prawie w całości.

Mariusz Denisiuk

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Podział i dziedziczenie środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu emerytalnego

Uwagi ogólne

Zgodnie z konstrukcją ubezpieczenia emerytalnego część składki emerytalnej odprowadzanej od pobieranego wynagrodzenia za pracę przekazywana jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym oraz subkonto w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych bądź na samo subkonto. Tak gromadzone środki przeznaczane są na wypłatę po osiągnięciu wieku emerytalnego kapitałowej części emerytury. Gromadzeniu środków emerytalnych towarzyszy zasada ograniczonego prawa do dysponowania nimi. Oznacza to, iż osoba ubezpieczona nie może dokonać wcześniejszej wypłaty środków z funduszu emerytalnego oraz subkonta, nie może też, poza pewnymi wyjątkami, wystąpić z otwartego funduszu emerytalnego. Pomimo sygnalizowanego braku możliwości nieskrępowanego decydowania o środkach gromadzonych w funduszu, traktowane są one jako majątek osoby ubezpieczonej. Tym samym będą wchodziły w skład majątku wspólnego małżonków. Poniżej przedstawione zostaną reguły dotyczące podziału środków gromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym oraz na subkoncie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, do którego dochodzi w wypadku rozwodu lub unieważnienia małżeństwa.

Podział środków w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.), w art. 31 ust. 1 reguluje, iż z chwilą zawarcia małżeństwa powstaje między małżonkami z mocy ustawy wspólność majątkowa (wspólność ustawowa) obejmująca przedmioty majątkowe nabyte w czasie jej trwania przez oboje małżonków lub przez jednego z nich (majątek wspólny). Co istotne, w ust. 2 pkt 3 i 4 tego artykułu uściślono, iż do majątku wspólnego należą w szczególności środki zgromadzone na rachunku otwartego lub pracowniczego funduszu emerytalnego każdego z małżonków oraz kwoty składek zewidencjonowanych na subkoncie, o którym mowa w ustawie z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.). Tym samym, o ile małżonkowie nie uregulowali inaczej łączących ich stosunków majątkowych, np. nie ustanowili rozdzielności majątkowej, środki zgromadzone na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym oraz zewidencjonowane na subkoncie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych stanowią ich majątek wspólny.

Podział majątku wspólnego może zostać dokonany w drodze umowy między byłymi małżonkami lub poprzez postępowanie sądowe. Zgodnie z ogólną zasadą sformułowaną w art. 43 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, oboje małżonkowie mają równe udziały w majątku wspólnym. Nie oznacza to jednak konieczności dokonywania podziału idealnie „po połowie". Zwróćmy bowiem uwagę, iż można dokonać podziału majątku w taki sposób, aby bez konieczności dzielenia po połowie każdego składnika majątkowego, możliwe było równe podzielenie całego majątku. Ponadto, co może okazać się istotne, zgodnie z § 2 przytoczonego przepisu z ważnych powodów każdy z małżonków może żądać, ażeby ustalenie udziałów w majątku wspólnym nastąpiło z uwzględnieniem stopnia, w którym każdy z nich przyczynił się do powstania tego majątku. Przy ocenie, w jakim stopniu każdy z małżonków przyczynił się do powstania majątku wspólnego, uwzględnia się także nakład osobistej pracy przy wychowaniu dzieci i we wspólnym gospodarstwie domowym.

Podział środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym

W przypadku podziału środków zgromadzonych w otwartym funduszu emerytalnym niezwykle istotną rzeczą jest ustalenie, w jakich wartościach wyrażony jest podział środków. A zatem czy podział dokonywany jest kwotowo, czy też w jednostkach rozrachunkowych służących do wyrażenia wartości rachunku. Gdyby dokonywać podziału w odniesieniu do pieniądza, proporcja podziału w dniu jego dokonania będzie się różniła od proporcji w dniu realizacji podziału. W zależności od wzrostu lub spadku wartości jednostki rozrachunkowej zmianie będzie ulegała wartość rachunku, a zatem i proporcja.

Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 989 z późn. zm.) określiła zasady podziału środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym w związku z rozwodem lub unieważnieniem małżeństwa. Zgodnie z art. 126 tej ustawy, jeżeli małżeństwo członka otwartego funduszu uległo rozwiązaniu przez rozwód lub zostało unieważnione, środki zgromadzone na rachunku członka funduszu, przypadające byłemu współmałżonkowi w

wyniku podziału majątku wspólnego małżonków, są przekazywane w ramach wypłaty transferowej na rachunek byłego współmałżonka w otwartym funduszu. Tym samym podziałowi podlegają wyłącznie te środki, które zostały zgromadzone podczas trwania wspólności majątkowej. Ponadto, co istotne, środki przypadające byłemu małżonkowi, przekazywane są na jego rachunek w otwartym funduszu emerytalnym. Małżonkowie powinni więc porozumieć się co do podziału majątku wspólnego, a tym samym ustalić, w jaki sposób dokonują podziału środków zgromadzonych na rachunku lub rachunkach (obojga byłych małżonków) w funduszu lub funduszach emerytalnych. W przypadku braku porozumienia co do podziału majątku wspólnego konieczne będzie dokonanie sądowego podziału majątku.

Jeżeli były małżonek, uprawniony do otrzymania części środków zgromadzonych na rachunku w funduszu emerytalnym swego byłego małżonka, nie posiada rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, wówczas stosownie do postanowień art. 128 wspomnianej ustawy zobowiązany jest do przystąpienia do wybranego przez siebie funduszu emerytalnego i poinformowania o tym fakcie funduszu, z którego mają być przekazane środki wynikające z podziału. Jeżeli takiej informacji nie udzieli w terminie 2 miesięcy od dnia przedstawienia dowodu podziału środków, otwarty fundusz, do którego należy drugi z byłych małżonków, niezwłocznie otworzy rachunek na nazwisko byłego małżonka uprawnionego i przekaże na ten rachunek, w ramach wypłaty transferowej, przypadające mu środki zgromadzone na rachunku jego byłego małżonka. Z chwilą otwarcia rachunku były współmałżonek uprawniony uzyskuje członkostwo w funduszu. Fundusz niezwłocznie potwierdza na piśmie warunki członkostwa uprawnionego małżonka. Do realizacji wypłaty dochodzi zgodnie z zasadami dokonywania wypłat transferowych między funduszami emerytalnymi, a zatem dokonana będzie ona w jednym z czterech terminów: w lutym, maju, sierpniu lub w listopadzie.

Osobom, które dotychczas nie posiadały rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, a którym otwarty fundusz emerytalny taki rachunek założył w związku z obowiązkiem przekazania środków wynikających z podziału, przysługuje prawo do jednorazowej wypłaty wszystkich środków zgromadzonych na rachunku, jeżeli zajdzie jeden z trzech poniższych warunków. Po pierwsze, osoba taka złoży wniosek o wypłatę i jednocześnie przedłoży decyzję przyznającą emeryturę, zaopatrzenie emerytalne, emeryturę dla rolników lub uposażenie w stanie spoczynku. Po drugie, nie nabędzie prawa do emerytury mimo ukończenia 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn. Sytuacja ta możliwa jest

w przypadku osób objętych tzw. starym systemem emerytalnym. Będzie to więc możliwe w przypadku osiągnięcia wieku emerytalnego przy okresie zatrudnienia niewystarczającym jednak do uzyskania prawa do emerytury. Po trzecie, wniosek zostanie złożony przez osobę urodzoną przed dniem 1 stycznia 1969 r., jeżeli zgromadzone na jej rachunku środki w kwocie ustalonej w dniu złożenia wniosku nie są wyższe od kwoty stanowiącej 50% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale, a otwarcie rachunku nastąpiło przed dniem 1 stycznia 2002 r., lub też 150% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale, gdy otwarcie rachunku nastąpiło po dniu 1 stycznia 2002 r.

Nie tracą prawa do wcześniejszej emerytury osoby, którym otwarty fundusz emerytalny otworzył rachunek na podstawie art. 128 ustawy. Ponadto osobom, które w powyższych okolicznościach stały się członkami otwartego funduszu emerytalnego, a mogły skorzystać z prawa do nieprzystępowania do otwartego funduszu emerytalnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie odprowadza na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym części składki emerytalnej. Powyższe uregulowania zawarte są w art. 129a ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Podział środków zewidencjonowanych na subkoncie w ZUS

Podziału środków na subkoncie w ZUS należy natomiast dokonać kwotowo, albowiem właśnie w wartości pieniężnej ewidencjonowane są tam środki.

Tryb realizacji podziału środków zewidencjonowanych na subkoncie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych reguluje art. 40e przywoływanej ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z powyższym przepisem zwaloryzowane kwoty składek, środków i odsetek za zwłokę, zewidencjonowane na subkoncie, podlegają podziałowi w razie rozwodu albo unieważnienia małżeństwa osoby, dla której Zakład prowadzi subkonto, na zasadach określonych w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, dotyczących podziału środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym w razie rozwodu albo unieważnienia małżeństwa. Część składek zewidencjonowanych na subkoncie, która w wyniku podziału przypada małżonkowi, jest ewidencjonowana na subkoncie tego małżonka. Jeżeli dla małżonka nie jest prowadzone subkonto, Zakład zakłada subkonto. Podział kwot składek i odsetek za zwłokę

zewidencjonowanych na subkoncie jest dokonywany w przypadku, gdy rozwód albo unieważnienie małżeństwa nastąpiły nie później niż w dniu:

a) złożenia wniosku o emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego;

b) nabycia prawa do emerytury, jeżeli złożenie takiego wniosku nie jest wymagane;

c) osiągnięcia wieku emerytalnego przez osoby, które miały ustalone prawo do okresowej emerytury kapitałowej do dnia poprzedzającego osiągnięcie tego wieku.

W przypadku osób będących członkami otwartego funduszu emerytalnego fundusz ten jest obowiązany zawiadomić Zakład o osobach, na rzecz których nastąpił podział środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa, dla których Zakład prowadzi subkonto, oraz o ich udziale w tych środkach, w terminie 14 dni od dnia dokonania tego podziału. Dane dotyczące osób, na rzecz których nastąpił podział, obejmują imię i nazwisko, numer PESEL i numer NIP, o ile osoby mają obowiązek posługiwania się tym numerem na podstawie przepisów o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników, oraz adres i miejsce zamieszkania. Jeżeli członkowi otwartego funduszu emerytalnego nie nadano numeru PESEL i numeru NIP lub jednego z nich, dane obejmują serię i numer dowodu osobistego lub paszportu. W terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania zawiadomienia Zakład ewidencjonuje część składek przypadających małżonkowi w wyniku podziału na subkoncie tego małżonka jako składki, odpowiednio na dzień ustania wspólności majątkowej albo dzień śmierci ubezpieczonego.

Osobie, której Zakład założył subkonto, jest dokonywana jednorazowa wypłata składek zewidencjonowanych na subkoncie, w przypadku gdy otwarty fundusz emerytalny dokonał tej osobie jednorazowej wypłaty środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym na podstawie art. 129a przywoływanej ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Otwarty fundusz emerytalny jest obowiązany zawiadomić Zakład o dokonaniu jednorazowej wypłaty środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, w terminie 14 dni od dnia jej dokonania. Zakład dokonuje jednorazowej wypłaty składek zewidencjonowanych na subkoncie w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania zawiadomienia.

W przypadku osób niebędących członkami otwartego funduszu emerytalnego podziału dokonuje Zakład, stosując odpowiednio przepisy ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Powyższe zasady stosuje się także w przypadku ustania wspólności majątkowej w czasie trwania małżeństwa albo umownego wyłączenia lub ograniczenia wspólności ustawowej między osobą, dla której Zakład prowadzi subkonto, a jej małżonkiem.

25.09.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych gościł w swojej siedzibie delegację Rzecznika Usług Finansowych z Armenii. Na spotkaniu zostały zaprezentowane kompetencje i zasady funkcjonowania Rzecznika Ubezpieczonych w Polsce.

26.09.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r. (sygn. III CZP 2/14) w sprawie zadośćuczynienia dla osób bliskich zmarłego.

24.10.2014 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w konferencji uzgodnieniowej w sprawie projektu założeń do ustawy o pozasądowych rozwiązywaniu sporów konsumenckich, która zorganizowana została przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

03.11.2014 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w spotkaniu z przedstawicielami Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, poświęconemu prezentacji sposobu rozpatrzenia propozycji i uwag zgłoszonych w toku konsultacji publicznych do Projektu: „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych".

04.11.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentował Raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2014 roku. Jest to kolejne opracowanie statystyk skargowych, które Rzecznik prezentuje kwartalnie przekazując je m.in. do organu nadzoru oraz udostępniając do publicznej wiadomości.

05.11.2014 - Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Gazetą Ubezpieczeniową ogłosili rozpoczęcie XIV edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

06-07.11.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych wzięła udział w międzynarodowej konferencji naukowej „Zabezpieczenie emerytalne" zorganizowanej w ramach jubileuszu 15-lecia uniwersyteckiego kierunku ekonomia przez Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

17.11.2014 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w konferencji „Nowa regulacja ochrony konsumenta a problemy rynku ubezpieczeniowego" zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń oraz Katedrę Prawa Cywilnego Uniwersytetu Gdańskiego.

26.11.2014 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział oraz wygłosił referat na konferencji „Obszar Polski europejskiego rynku ubezpieczeń A.D. 2014 (wybrane problemy)" zorganizowanej przez Wydział Nauk Ekonomicznych Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

01.12.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych wzięła udział w seminarium eksperckim „Przyszłość dodatkowych ubezpieczeń w Polsce" zorganizowanym przez Kancelarię Prezydenta RP.

02.12.2014 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w spotkaniu przedstawicieli sieci informacyjnych Unii Europejskiej, działających w Polsce, które odbyło się w siedzibie Przedstawicielstwa Komisji Europejskiej.

03.12.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w konferencji „Kancelarie odszkodowawcze i ich rola w dochodzeniu roszczeń wobec zakładów ubezpieczeń" zorganizowanej przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

03.12.2014 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział oraz wygłosili referat na IX edycji Dyskusyjnego Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych zorganizowanym przez Polską Izbę Motoryzacji.

05.12.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował na swojej stronie internetowej www.rzu.gov.pl tekst jednolity Raportu Rzecznika Ubezpieczonych - Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Opracowanie stanowi połączenie raportu i aneksu w jednolitą całość. Stanowi pełną platformę, prezentującą postanowienia niedozwolone stosowane w działalności ubezpieczeniowej, które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych.

11.12.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w posiedzeniu Forum Edukacji Finansowej.

12.12.2014 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział oraz wygłosili referat na konferencji „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych – rewolucja czy ewolucja?” zorganizowanej przez Akademię Finansów i Biznesu VISTULA.

Opracował:
Piotr Budzianowski