

MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 62

ISSN 2353-8880

WRZESIEŃ 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

Spis treści do MU 62

1. Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego – bilans XX-lecia (zielony duży kafelek)
2. Koszty leczenia prywatnego – problemy w likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych - część 2 (niebieski)
3. Etyka i nieuczciwe praktyki rynkowe w działalności ubezpieczeniowej (niebieski)
4. Bancassurance z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych (szary)
5. Raport Rzecznika Ubezpieczonych Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyki zakładów ubezpieczeń – odmowa zwrotu wydatków poniesionych na sporządzenie ekspertyzy przedstawiającej koszty naprawy (zielony)
6. Najczęstsze problemy motocyklistów w przypadku szkód likwidowanych z obowiązkowego ubezpieczenia OC sprawcy zdarzenia (zielony)
7. Dopuszczalność powstrzymania się z likwidacją szkody z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych na czas postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie (zielony)
8. Zawezwanie do próby ugodowej i postępowanie pojednawcze (niebieski)
9. Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r. (zielony)
10. Kalendarium

Aleksander Daszewski

radca prawny, koordynator w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego – bilans XX-lecia

Z perspektywy dwudziestu lat działalności Rzecznika Ubezpieczonych w Polsce wyraźnie zauważalne jest, że jedną z najważniejszych płaszczyzn jego działania stanowią wnioski kierowane do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie zagadnienia prawnego w przypadku ujawnienia rozbieżności w orzecznictwie. Prerogatywa ta wynika z przepisów art. 60 § 1 i 2 [ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym](#). Do chwili obecnej Rzecznik Ubezpieczonych skierował do Sądu Najwyższego szesnaście wniosków, które w głównej mierze dotyczyły problematyki odszkodowawczej ściśle powiązanej z ubezpieczeniami gospodarczymi.

Pierwsze zapytanie Rzecznika, we wniosku z dnia 20 grudnia 2004 r., dotyczyło interpretacji art. 38 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych](#) (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych) w odniesieniu do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkody, gdy posiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym wyrządzono szkodę i którym wyrządzono szkodę jest bank, będący kredytodawcą, na którego przeniesiono własność obu pojazdów w drodze umowy przewłaszczenia na zabezpieczenie, lub też finansujący (leasingodawca), będący właścicielem obu pojazdów. W odpowiedzi na wniosek Rzecznika Sąd Najwyższy w dniu 22 kwietnia 2005 r. podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 99/04](#)) wskazując, iż: „Przepis art. 38 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych [...] nie ma zastosowania, jeżeli właścicielem uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu mechanicznego i pojazdu mechanicznego kierowanego przez sprawcę szkody jest bank kredytujący, na którego przewłaszczone własność tych pojazdów lub finansujący na podstawie umowy leasingu, którzy oddali je w posiadanie zależne”. Stanowisko Sądu Najwyższego, a także późniejsza nowelizacja przepisów ustawy, która była następstwem orzeczenia Sądu Najwyższego, pozwoliły na jednoznaczne zakończenie wieloletnich sporów w tym zakresie, obejmując ochroną ubezpieczeniową przypadki szkód, gdy posiadaczem pojazdu mechanicznego, w

którym wyrządzono szkodę i którym wyrządzono szkodę jest bank będący kredytodawcą, na którego przeniesiono własność obu pojazdów w drodze umowy przewłaszczenia na zabezpieczenie, lub też finansujący (leasingodawca), będący właścicielem obu pojazdów.

Drugi wniosek Rzecznika, z dnia 6 lipca 2005 r., miał na celu jednoznaczne zdefiniowanie i dookreślenie pojęcia szkody całkowitej w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, wyznaczającej próg opłacalności naprawy. Sąd Najwyższy, co prawda ze względów formalnych, postanowieniem z dnia 24 lutego 2006 r. ([sygn. akt III CZP 91/05](#)) odmówił podjęcia uchwały w tej sprawie, jednakże w uzasadnieniu odniósł się merytorycznie do wskazywanego problemu, potwierdzając niezgodność działań niektórych ubezpieczycieli ze wskazaniem znajdującymi wyraz w orzecznictwie. Przyczyną odmowy podjęcia uchwały przez Sąd Najwyższy było uchylene art. 28 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych](#) na mocy art. 3 [ustawy z dnia 8 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw](#), co nastąpiło już po złożeniu wniosku przez Rzecznika. Sąd, podzielając stanowisko Rzecznika, wskazał jednoznacznie, iż „za utrwalony należy uznać pogląd, że koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.”. Rozstrzygnięcie to ostatecznie ugruntowało linię orzecznictwa dotyczącą pojęcia szkody całkowitej w odniesieniu do szkód komunikacyjnych powstałych w wyniku deliktu sprawcy, w tym likwidowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Trzecie pytanie prawne Rzecznika, z dnia 12 lipca 2005 r., dotyczyło zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do roszczeń poszkodowanego na osobie małżonka za szkody wyrządzone przez jego współmałżonka w przypadkach, gdy pomiędzy małżonkami istnieje ustawowa wspólność majątkowa. Podobnie jak w drugim z wniosków, Sąd Najwyższy z tych samych przyczyn postanowieniem z dnia 12 stycznia 2006 r. odmówił podjęcia uchwały ([sygn. akt III CZP 81/05](#)). W uzasadnieniu merytorycznym dotyczącym istoty problemu Sąd Najwyższy wskazywał, iż poszkodowany małżonek nie jest osobą trzecią w rozumieniu art. 822 k.c. (obecnie art. 822 § 1 k.c.), a zatem nie ma podstaw do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za takie szkody. Ponowna analiza treści pytania zawartego we wniosku oraz postanowienia Sądu i jego uzasadnienia pozwalają sądzić, że to niefortunne sformułowanie pytania, w którym nie znalazło się odniesienie do odpowiednich

zapisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, było przyczyną zajęcia przez SN negatywnego stanowiska. Rzecznik Ubezpieczonych, ze względu na społeczny wymiar tej kwestii, postanowił – co miało miejsce w siódmym, jeśli chodzi o kolejność, wniosku – powrócić do sprawy po zebraniu dodatkowych przykładów rozbieżności w wykładni orzecznictwa sądowego (co zostanie szerzej zaprezentowane poniżej).

Kolejny wniosek Rzecznika, z dnia 5 sierpnia 2005 r., dotyczył możliwości uwzględnienia w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych środków karnych orzekanych na podstawie art. 46 § 1 i 2, art. 47 § 3 oraz art. 49 § 1 k.k. w zw. z art. 39 pkt 5, 6 i 7 k.k. W uzasadnieniu postanowienia z dnia 24 lutego 2006 r. ([sygn. akt III CZP 95/05](#)) Sąd Najwyższy, odnosząc się merytorycznie do postawionego problemu, wskazał, iż w dotychczasowym orzecznictwie nie rozstrzygnięto wprost zagadnienia prawnego sformułowanego w zapytaniu Rzecznika. Przypomniał natomiast, że analizowano problem dopuszczalności stosowania środków karnych przewidzianych w art. 44 k.k. (obowiązku naprawienia szkody i nawiązki na rzecz pokrzywdzonego) wobec sprawcy przestępstwa, którego wiązała z zakładem ubezpieczeń umowa ubezpieczenia OC za szkodę powstałą w związku z ruchem pojazdów. W szczególności Sąd Najwyższy wskazał, iż w uchwale z dnia 20 czerwca 2000 r. (sygn. akt I KPZ 5/2000, OSNK 2000, z. 7/8, poz. 5) stwierdzono, że ubezpieczenie OC sprawcy wypadku nie wyłącza orzeczenia naprawienia szkody lub nawiązki w wyroku karnym (art. 46 § 1 i 2 k.k.). W ten sposób podkreślono pewną autonomiczność wspomnianych środków karnych wobec umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Sąd Najwyższy wskazał również, że do zagadnienia przedstawionego przez Rzecznika odnosić się może rozstrzygnięcie zawarte w wyroku z dnia 13 maja 2005 r. (sygn. akt I CK 706/04, niepubl.). Z uzasadnienia tego wyroku wynika, iż powód (sprawca wypadku komunikacyjnego) wystąpił wobec ubezpieczyciela z żądaniem zwolnienia z długu wynikającego z wyroku karnego orzekającego wobec niego obowiązek naprawienia szkody na podstawie art. 46 k.k. Sąd Najwyższy uznał, że powodowi (skazanemu) nie przysługuje tak sformułowane roszczenie, ponieważ zmierza ono w istocie do uwolnienia się od obowiązku naprawienia szkody, nałożonego na niego wyrokiem karnym.

W piątym wniosku, z dnia 5 sierpnia 2005 r., Rzecznik skierował wniosek z pytaniem, czy zakłady ubezpieczeń na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych mogą pomniejszyć odszkodowanie o różnicę między wartością nowych części potrzebnych do naprawy pojazdu mechanicznego a wartością wynikającą ze stopnia zużycia (tzw.

amortyzacja), a także czy można ograniczyć poszkodowanym prawo do wyboru rodzaju części zamiennych potrzebnych do naprawy pojazdu. Sąd w postanowieniu z dnia 24 lutego 2006 r. ([sygn. akt III CZP 91/05](#)), odnosząc się merytorycznie do pytań sformułowanych przez Rzecznika, w pierwszej kolejności przypomniał zasady odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczycieli określone w art. 361–363 k.c., wraz z licznymi przykładami orzecznictwa Sądu Najwyższego w tym zakresie, po czym odpowiadając bezpośrednio na pierwsze pytanie, wskazał, że nie ma katalogu sytuacji usprawiedliwiających taką konieczność (tj. użycia nowych części przy naprawie używanych samochodów), a sporządzenie go byłoby niemożliwe ze względu na bogactwo okoliczności faktycznych. Sąd zwrócił uwagę, że w pewnych wypadkach może dojść do kolizji zasady wykluczającej wzbogacenie się poszkodowanego wskutek naprawienia szkody z zasadą pełnego odszkodowania, a ta druga byłaby naruszona, gdyby kompensowanie korzyści i strat pogarszało sytuację poszkodowanego. Taka sytuacja mogłaby nastąpić w razie uwzględnienia amortyzacji części uszkodzonych, gdyby pojazd po naprawie pomimo zastosowania części nowych nie zwiększył wartości handlowej ani użytkowej. Sąd podkreślił w tym miejscu, że zasada słuszności nakazywałaby w takim przypadku udzielenie ochrony interesom poszkodowanego, zaznaczając, iż to okoliczności konkretnego przypadku decydują o uznaniu, czy istnieje konieczność użycia części nowych, a w razie odpowiedzi twierdzącej, czy doszło do wzbogacenia się poszkodowanego, usprawiedliwiającego jego udział w kosztach naprawy. Odnosząc się natomiast do drugiego pytania Rzecznika, dotyczącego ograniczenia prawa do wyboru części potrzebnych do naprawy pojazdu, Sąd, wskazując brak – w jego ocenie – wątpliwości w tym zakresie, stwierdził, iż w większości wypadków konieczne jest nabycie elementów w celu ich montażu w zamian za części zniszczone lub uszkodzone. Sąd stwierdził, że poszkodowany podejmuje w tym przedmiocie autonomiczną decyzję (por. wyrok SN z dnia 11 czerwca 2003 r., sygn. akt V CKN 308/01, niepubl.), której ubezpieczyciel nie może nakazać lub zakazać, ponieważ jego świadczenie ogranicza się do wypłacenia usprawiedliwionej kwoty (por. wyrok SN z dnia 15 listopada 2001 r., sygn. akt III CZP 68/01, OSP 2002, nr 7–8, poz. 103).

Szósty wniosek Rzecznika, z dnia 16 listopada 2006 r., dotyczył uwzględniania podatku VAT przy likwidacji szkód metodą kosztorysową, czyli jednoznacznego ustalenia, czy podatek od towarów i usług (VAT) jest elementem odszkodowania w przypadku ustalenia jego wysokości wyłącznie według cen części zamiennych i usług niezbędnych do dokonania

naprawy. Sąd Najwyższy w dniu 17 maja 2007 r., podzielając stanowisko Rzecznika, podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 150/06](#)), w której stwierdził, iż: „Odszkodowanie za szkodę poniesioną przez podatnika podatku VAT na skutek zniszczenia rzeczy, ustalone według ceny rzeczy, nie obejmuje podatku VAT mieszczącego się w tej cenie, w zakresie, w jakim poszkodowany może obniżyć należny od niego podatek o kwotę podatku naliczonego przy nabyciu rzeczy”. Na podstawie obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych, prowadzonych w trakcie toczących się postępowań skargowych, można wskazać, iż rozstrzygnięcie przyjęte przez Sąd Najwyższy miało przełomowe znaczenie dla praktyki stosowanej przez ubezpieczycieli w postępowaniach odszkodowawczych, które co do zasady w sytuacji ustalania odszkodowań według kosztorysu nie uwzględniały w ich wysokości podatku VAT.

Kolejny – siódmy – wniosek Rzecznika skierowany do Sądu Najwyższego w dniu 6 września 2007 r. dotyczył ponownie odpowiedzialności względem siebie współposiadaczy pojazdu mechanicznego, m.in. współmałżonków. Celem tego wniosku było doprecyzowanie zakresu podmiotowego odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody na osobie wyrządzone przez kierującego pojazdem. Sąd Najwyższy przychylił się pozytywnie do wniosku Rzecznika, przyjmując w uchwale z dnia 7 lutego 2008 r. ([sygn. akt III CZP 115/07](#)), że ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność gwarancyjną wynikającą z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody na osobie wyrządzone przez kierującego pojazdem, w tym także pasażerowi będącemu wraz z kierowcą współposiadaczem pojazdu.

W dniu 25 kwietnia 2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z ósmym wnioskiem do Sądu Najwyższego, który to wniosek dotyczył kwestii pomniejszania zwrotu kosztów pogrzebu, należnych rodzinie zmarłego poszkodowanego w wyniku wypadku drogowego, o kwotę zasiłku pogrzebowego wypłaconego przez ZUS. Sąd Najwyższy w dniu 15 maja 2009 r. ostatecznie potwierdził stanowisko prezentowane przez Rzecznika, podejmując uchwałę ([sygn. akt III CZP 140/08](#)) w pełnym składzie Izby Cywilnej, w której jednoznacznie stwierdził, iż zasiłek pogrzebowy przewidziany w art. 77 [ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych](#) nie podlega uwzględnieniu przy ustalaniu odszkodowania dochodzonego na podstawie art. 446 § 1 k.c. – por. [A. Daszewski, A. Dąbrowska, Zasiłek pogrzebowy a zwrot kosztów pogrzebu w orzecznictwie sądowym](#),

[„Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 7 \(2/2009\)](#). Z uwagi na fakt, że uchwała została podjęta przez pełen skład Izby, z chwilą jej podjęcia uzyskała moc zasady prawnej.

Dziewiąty wniosek Rzecznika Ubezpieczonych dotyczył problematyki refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego za czas likwidacji szkody, w szczególności w tych sytuacjach, kiedy roszczenie to kierowane jest przez osoby fizyczne, które wykorzystywały swój uszkodzony pojazd do innych celów niż prowadzenie działalności gospodarczej. Wniosek do Sądu Najwyższego został złożony w dniu 16 grudnia 2010 r. W dniu 17 listopada 2011 r. Sąd Najwyższy podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 5/11](#)) potwierdzającą stanowisko Rzecznika: „odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy OC p.p.m. [...] obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego; nie jest ona uzależniona od niemożności korzystania przez poszkodowanego z komunikacji zbiorowej” – por. [P. Wawaszczak, Najem pojazdu zastępczego – stan sprzed uchwały i po uchwale Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r., „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 12 \(1/2012\)](#). W mojej opinii uchwała ta ma wyjątkowo doniosłe znaczenie dla skuteczności dochodzenia roszczeń poszkodowanych o zwrot poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego. Jednoznacznie bowiem rozstrzyga, że zasadą jest refundacja kosztów poniesionych na najem pojazdu, a tym samym zapewnienie możliwości korzystania z samochodu w XXI wieku w polskich realiach jest również szkodą mieszczącą się w granicach odpowiedzialności odszkodowawczej sprawcy i idącej za nią odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela.

Dziesiąty wniosek do Sądu Najwyższego został złożony w dniu 14 września 2011 r. i dotyczył zwrotu kosztów zastępstwa poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym. Sąd Najwyższy w dniu 13 marca 2012 r. podjął przełomową uchwałę ([sygn. akt III CZP 75/11](#)), w której stwierdził, że w zależności od okoliczności danej sprawy poniesione przez poszkodowanego na etapie postępowania likwidacyjnego koszty pomocy udzielonej mu przez osobę, która ma niezbędne kwalifikacje zawodowe, mogą stanowić szkodę majątkową, która podlega naprawieniu w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Powyższa uchwała zakończyła okres wyjątkowo głębokich rozbieżności zapatrywań naukowych i judykatury, czy poniesione przez poszkodowanego koszty profesjonalnego pełnomocnika, działającego w jego imieniu i na jego rzecz w postępowaniu likwidacyjnym, mogą stanowić szkodę majątkową i tym samym podlegać refundacji przez ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – por. [T. Młynarski, Zwrot kosztów ustanowienia pełnomocnika na etapie](#)

[postępowania przedsądowego – stan sprzed uchwały i po uchwale Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r., „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 13 \(2/2012\).](#)

W jedenastym wniosku złożonym w dniu 19 października 2011 r. Rzecznik zwracał się w sprawie zasad ustalania wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w kontekście dopuszczalności stosowanych ówczesznie powszechnie praktyk polegających na pomniejszaniu wysokości należnego odszkodowania z uwagi na dokonaną amortyzację wartości części. Sąd Najwyższy w dniu 12 kwietnia 2012 r. podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 80/11](#)), która w pełni potwierdziła prezentowane przez Rzecznika Ubezpieczonych stanowisko, iż poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych może żądać w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych. Stosowanie potrąceń amortyzacyjnych w ocenie Sądu dopuszczalne jest tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdy zastosowanie nowych części prowadziłoby do wzrostu wartości całego naprawionego pojazdu. W takiej sytuacji odszkodowanie może ulec pomniejszeniu wyłącznie o kwotę wzrostu wartości pojazdu w stosunku do stanu sprzed szkody. Sąd Najwyższy wyraźnie wskazał, iż ciężar dowodu wykazania wzrostu wartości pojazdu w porównaniu do stanu sprzed szkody spoczywa wyłącznie na zakładzie ubezpieczeń. Tym samym Sąd Najwyższy jednoznacznie podkreślił, iż stosowanie potrąceń amortyzacyjnych w każdej sytuacji, kiedy uszkodzony pojazd był pojazdem używanym przez pewien czas, jest nieuprawnione i nie znajduje potwierdzenia w obowiązujących normach prawnych – por. [B. Chmielowiec, Amortyzacja wartości części koniecznych do naprawy pojazdu w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r., „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 14 \(1/2013\).](#)

Kolejny wniosek – dwunasty – skierowanych do Sądu Najwyższego w dniu 8 listopada 2011 r., dotyczył zasad ustalania wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i miał na celu wyjaśnienie wątpliwości, czy uprawnienie do naprawienia doznanej szkody z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych sprawcy obejmuje naprawę pojazdu przy użyciu części oryginalnych, czy też wyłącznie przy zastosowaniu do naprawy części alternatywnych. Sąd Najwyższy po rozpoznaniu wniosku Rzecznika Ubezpieczonych w dniu 20 czerwca 2012 r. wydał postanowienie ([sygn. akt III CZP 85/11](#)), w którym odmówił

podjęcia uchwały. W ocenie Sądu Najwyższego zagadnienie prawne przedstawione przez Rzecznika Ubezpieczonych w części zostało rozstrzygnięte przez skład powiększony Sądu Najwyższego uchwałą z dnia 12 kwietnia 2012 r. ([sygn. akt III CZP 80/11](#)), w części zaś dotyczyło kwestii rozbieżności w stosowaniu prawa. Jednakże analiza uzasadnienia postanowienia wskazuje, że pomimo odmowy wydania uchwały Sąd Najwyższy bardzo obszernie wypowiedział się co do zakresu restytucji w sytuacji, gdy w pojeździe uszkodzeniu uległy części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu mechanicznego i zachodzi konieczność ich wymiany na nowe. W szczególności z uzasadnienia wynika, że jeżeli uszkodzeniu uległy części pochodzące bezpośrednio od producenta pojazdu mechanicznego, i zachodzi konieczność ich wymiany na nowe, regułą powinno być stosowanie części oryginalnych pochodzących od producenta pojazdu mechanicznego lub równoważnych oryginalnym. Sąd całkowicie odrzucił automatyzm w stosowaniu części nieoryginalnych z uwagi na okoliczność, że są one istotnie tańsze niż części oryginalne, a także przyznał prymat prawu poszkodowanego do pełnego naprawienia szkody. Dobór części zamiennych potrzebnych do naprawy uszkodzonego pojazdu nie może w żaden sposób prowadzić do pogorszenia sytuacji poszkodowanego – por. [P. Wawszczak, Części zamienne – nowe, ale jakie? – wnioski i uwagi z lektury wystąpienia Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 8 listopada 2011 r. i postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r., „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 14 \(1/2013\)](#).

Trzynastym z kolei był wniosek z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie rozbieżności w wykładni art. 433 k.c. w zakresie szkód polegających na zalaniu lokalu położonego niżej z lokalu znajdującego się na wyższej kondygnacji. W dniu 19 lutego 2013 r. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 63/12](#)) o treści: „Przepis art. 433 k.c. nie ma zastosowania do odpowiedzialności za szkodę polegającą na zalaniu lokalu położonego niżej z lokalu znajdującego się na wyższej kondygnacji”. Rzecznik Ubezpieczonych prezentował w swoim wniosku stanowisko akcentujące możliwość takiej wykładni art. 433 k.c., która dawałaby szansę dochodzenia roszczeń odszkodowawczych związanych z zalaniem lokalu bez konieczności wykazywania winy. W ocenie Rzecznika przemawiała za tym m.in. praktyka życia codziennego, która pokazuje, że sytuacje zalań są konfliktogenne w relacjach sąsiedzkich, a związana z tym konieczność wykazania winy użytkownika lokalu położonego wyżej jest na ogół w znacznym stopniu utrudniona. Jednakże Sąd Najwyższy podjął uchwałę podtrzymującą dotychczasową linię orzecniczą, iż

odpowiedzialność użytkownika lokalu za szkodę wynikającą z zalania lokalu położonego na niższej kondygnacji kształtuje się na zasadzie winy, zgodnie z art. 415 k.c. – por. [T. Młynarski, Problematyka odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną zalaniem lokalu położonego na niższej kondygnacji – analiza problemu ze szczególnym uwzględnieniem uchwały Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2013 r., „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 15 \(2/2013\).](#)

W dniu 23 maja 2013 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył swój czternasty wniosek do Sądu Najwyższego – o podjęcie uchwały w sprawie terminu przedawnienia roszczeń do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego o naprawienie szkody wyrządzonej przez nieustalonego sprawcę. W dniu 29 października 2013 r. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów Izby Cywilnej podjął uchwałę ([sygn. akt III CZP 50/13](#)), zgodnie z którą roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej z przestępstwa popełnionego przez nieznanego sprawcę, który był posiadaczem bądź kierującym pojazdem mechanicznym, przedawnia się na podstawie art. 442¹ § 2 k.c. Wydana uchwała stanowi zatem pozytywną odpowiedź na pytanie zadane przez Rzecznika Ubezpieczonych. Sąd Najwyższy przedstawił wykładnię, z której jednoznacznie wynika konieczność przyjęcia dłuższego terminu przedawnienia w sytuacji, gdy roszczenie dotyczy naprawienia szkody wynikłej ze zbrodni lub występku – por. [T. Młynarski, Problem przedawnienia roszczeń wobec Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w kontekście uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2013 r. \(III CZP 50/13\), „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 16 \(1/2014\).](#)

Piętnasty wniosek Rzecznika, dotyczący dopuszczalności wypłacania zadośćuczynień z art. 448 k.c. za zdarzenia sprzed 3 sierpnia 2008 r., złożony został w dniu 2 stycznia 2014 r. W dniu 27 czerwca 2014 r. na posiedzeniu niejawnym Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów wydał postanowienie ([sygn. akt III CZP 2/14](#)) o odmowie podjęcia uchwały. Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały, jednakże w uzasadnieniu do postanowienia o odmowie podjęcia uchwały w sprawie zadośćuczynień za zdarzenia sprzed 3 sierpnia 2008 r. odniósł się merytorycznie do podniesionego zagadnienia. Analiza jego treści nie pozostawia jakichkolwiek wątpliwości, że najbliższym członkom rodziny zmarłego przysługuje na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 24 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, gdy śmierć nastąpiła na skutek deliktu, który miał miejsce przed dniem 3 sierpnia 2008 r. Postanowienie Sądu Najwyższego zakończyło zatem niemal czteroletnią dyskusję na ten temat – por. [T. Młynarski, Zadośćuczynienie pieniężne z art. 448 k.c. w razie śmierci](#)

[osoby bliskiej w kontekście postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r. \(III CZP 2/14\), „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 17 \(2/2014\).](#)

Ostatni z dotychczas opracowanych przez Rzecznika wniosków do Sądu Najwyższego, złożony w dniu 18 czerwca 2015 r. ([wniosek](#)), dotyczy dopuszczalności zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych w placówkach prywatnej służby zdrowia na podstawie art. 444 § 1 k.c. Analizy przeprowadzone w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych pokazują, że problemy w zakresie dochodzenia roszczeń na podstawie art. 444 § 1 k.c. dotyczą określenia, kiedy uzasadnione jest żądanie pokrycia wydatków związanych z leczeniem prywatnym oraz kiedy takie leczenie należy uznać za celowe. Zarówno jeśli chodzi o pokrycie poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji, jak i w sytuacji, gdy poszkodowany występuje z żądaniem wyłożenia z góry potrzebnej na leczenie kwoty pieniężnej, pojawia się problem, o ile leczenie lub rehabilitacja mają zostać lub zostały przeprowadzone w placówkach medycznych prywatnej służby zdrowia. W sporach sądowych niektóre zakłady ubezpieczeń argumentują, iż korzystanie z placówki prywatnej uzasadnione jest wyjątkowo i tylko wówczas, gdy istnieją podstawy do przyjęcia, iż poszkodowany nie mógł w odpowiednim czasie skorzystać z takiej pomocy w publicznej placówce służby zdrowia, co przekładałoby się ujemnie na stan zdrowia poszkodowanego lub efektywność dalszego leczenia. Wniosek ten jest obecnie rozpatrywany. Jestem przekonany, iż kolejna uchwała Sądu Najwyższego podjęta z wniosku Rzecznika przyczyni się do rozwiązania praktycznych problemów, z którymi boryka się cały rynek ubezpieczeń gospodarczych.

W świetle zaprezentowanych rozstrzygnięć Sądu Najwyższego z wniosków Rzecznika Ubezpieczonych należy wskazać, iż powyższe uprawnienie okazało się bardzo istotnym narzędziem pozwalającym na ujednoczenie praktyki w postępowaniach likwidacyjnych. Rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, porządkując judykaturę oraz procesy odszkodowawcze, mają również ogromne znaczenie społeczne – wpływają pozytywnie na sytuację konsumentów korzystających z usług ubezpieczeniowych. W konsekwencji można uznać, że rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego z wniosków Rzecznika w wyjątkowo istotny sposób wpłynęły na cały rynek ubezpieczeniowy, pośrednio usuwając szereg nieprawidłowości występujących w dotychczasowej praktyce obrotu. Warto podkreślić, iż większość wniosków odnosiła się do problemów występujących w praktyce likwidacyjnej w zakresie stosowania przepisów zawartych w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych i ściśle z nimi powiązanych przepisów odszkodowawczych kodeksu cywilnego.

Bez wątpienia rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego z wniosków Rzecznika stały się również kamieniem węgielnym budującego się nowego ładu w postępowaniach likwidacyjnych prowadzonych przez ubezpieczycieli. Widać także, że stały się one asumptem do wytycznych opracowywanych przez organ nadzoru. Na koniec można wyrazić nadzieję, że kolejne wnioski do Sądu Najwyższego, prawdopodobnie kierowane już przez Rzecznika Finansowego – gdyż wszystko wskazuje na to, że w najbliższych tygodniach wejdzie w życie ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, na mocy której m.in. urząd Rzecznika Ubezpieczonych zostanie przekształcony w urząd Rzecznika Finansowego – będą odgrywały podobną, porządkującą i legalizującą praktykę obrotu, rolę.

Anna Dąbrowska

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Koszty leczenia prywatnego – problemy w likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (część 2)

W poprzednim numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” pisałam o orzecznictwie sądowym, które wyraźnie wskazuje, że od występującego z roszczeniem o zwrot kosztów leczenia na podstawie art. 444 § 1 k.c. nie można żądać, by wykazywał on, że nie dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz że nie może skorzystać ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.

Obecnie pragnę przedstawić nieco inne, aczkolwiek pozostające w mniejszości, podejście niektórych sądów.

Niestety rozstrzygnięcia sądów powszechnych w zakresie sporów o zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji w przypadku, gdy odbywały się poza placówkami publicznymi, niejednokrotnie są niejednolite i nie uwzględniają opinii zawartych w przywoływanym w poprzedniej części artykułu orzecznictwie. Wielokrotnie sądy dla oceny celowości leczenia lub rehabilitacji wymagają udokumentowania, iż w ramach uspołecznionej opieki medycznej poszkodowany nie mógłby zrealizować leczenia lub rehabilitacji w krótkim czasie lub mógł, lecz w niewystarczającym zakresie.

[W wyroku z dnia 19 października 2012 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie \(sygn. akt I ACa 932/12\)](#), odnosząc się do zarzutu apelacji dotyczącego ujęcia przez Sąd pierwszej instancji w sumie odszkodowania wydatków poniesionych przez poszkodowanego z prywatnych środków na rehabilitację, uznał, że jest on zasadny, gdyż koszty te zostały zasądzone mimo niewykazania przez poszkodowanego częstotliwości, okresu trwania oraz braku możliwości lub szczególnych utrudnień uzyskania tych świadczeń nieodpłatnie.

Sąd zauważył, że ubezpieczyciel już w toku postępowania likwidacyjnego kwestionował zakres i częstotliwość rehabilitacji, jak też zwracał uwagę na możliwość wykonywania zabiegów w warunkach szpitalnych w ramach świadczeń NFZ. *Prima facie* można było jedynie przyjąć, że poważne uszkodzenie kończyn poszkodowanego wskazywać mogło na konieczność rehabilitacji. Według Sądu nie oznaczało to jednak konieczności

przyjęcia nieograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela z tego tytułu. Sąd wskazał, iż nie było jasne, jakie są wyniki dotychczasowej rehabilitacji, jak długo i z jaką częstotliwością zabiegi powinny być wykonywane po wypadku, jak też nie było wiadomo, czy istnieje efektywna możliwość wykonywania takich zabiegów w ramach świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd przyjął domniemanie o możliwości uzyskania bezpłatnych zabiegów wobec treści art. 5 pkt 27 i art. 15 ust. 2 pkt 5 [ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych](#), zgodnie z którymi tego typu świadczenia należą do gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Kolejnym orzeczeniem, które wskazuje, iż osoba występująca z roszczeniem o pokrycie kosztów leczenia w prywatnych placówkach medycznych na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest zobowiązana wykazać celowość poniesionych kosztów leczenia (poprzez fakt, iż w placówce publicznej służby zdrowia nie uzyskałaby świadczeń, które uzyskała w prywatnej placówce medycznej, bądź że przeprowadzone leczenie w ogóle nie jest dostępne w ramach publicznej służby zdrowia lub że w ramach publicznej służby zdrowia odmówiono wykonania określonych usług albo że usługi wykonane w ramach publicznej służby zdrowia nie dałyby takiego rezultatu jak zabiegi dostępne w placówce niepublicznej), jest wyrok Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 26 kwietnia 2012 r. (sygn. akt II Ca 310/12). Sąd, wydając ów wyrok, stwierdził, iż leczenie w prywatnej placówce medycznej jest celowe wówczas, gdy poszkodowany w ogóle nie uzyska danego świadczenia w publicznej placówce medycznej lub też uzyska świadczenie w nieodpowiednim czasie lub gorszej jakości, co odbije się negatywnie na stanie zdrowia poszkodowanego. Zdaniem sądu w sprawie będącej przedmiotem wyrokowania poszkodowany powinien był udowodnić, że w publicznej placówce medycznej nie uzyskałby świadczeń, jakie otrzymał w ramach prywatnych usług medycznych, a więc badań RTG, badania USG, wymazów i konsultacji ortopedycznych, ponieważ lekarze z publicznej placówki medycznej odmówili wykonania takich badań, albo też badania te wykonane w publicznej placówce medycznej nie dałyby takiego rezultatu, jaki dały badania wykonane w niepublicznej placówce medycznej.

Sąd stwierdził także, iż poszkodowany nie wykazał m.in., że lekarze z publicznej placówki medycznej odmówili mu wykonania badań, mimo iż badania te były konieczne. Zdaniem Sądu dla wykazania celowości przeprowadzonych badań w ramach prywatnego sektora służby zdrowia nie wystarczy przedłożenie dokumentacji medycznej, z której

wynikało, iż poszkodowany został wypisany ze szpitala w trybie: kontynuacja leczenia – w leczeniu ambulatoryjnym.

Analogiczne podejście zaprezentował Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z dnia 14 lipca 2010 r. (sygn. akt XXVC 37/09). Zdaniem Sądu poszkodowany, aby uzyskać zwrot kosztów leczenia prywatnego, musi wykazać jego celowość poprzez fakt, iż koszty te musiały być poniesione, gdyż nie było możliwości uzyskania określonych świadczeń z ubezpieczenia NFZ.

Kolejnym przykładem wyroku, w którym obok potrzeby wykazania przez poszkodowanego celowości leczenia za słuszne uznane zostało uzyskanie potwierdzenia, iż leczenie prywatne było konieczne ze względu na długi czas oczekiwania na leczenie w publicznej służbie zdrowia, jest [wyrok Sądu Okręgowego w Świdnicy – II Wydział Cywilny Odwoławczy z dnia 29 stycznia 2013 r. \(sygn. akt II Ca 926/12\)](#), zapadły na skutek apelacji od wyroku Sądu Rejonowego w Dzierżonowie z dnia 8 października 2012 r. (sygn. akt I C 325/12). Sąd, rozpoznając apelację, nie zanegował przyjętej przez Sąd pierwszej instancji konieczności wykazania przez poszkodowanego, że powodem nieskorzystania po wypadku z usług medycznych w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ był długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę u lekarzy specjalistów. Uznał natomiast, że Sąd niższej instancji niesłusznie odmówił wiarygodności dowodom, przedstawionym przez powoda już w toku postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez ubezpieczyciela, w szczególności oświadczeniom lekarza oraz lekarza specjalisty, a z których wynikało, że poszkodowany po wypadku nie skorzystał z usług medycznych w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ ze względu na długi okres oczekiwania na pierwszą wizytę u lekarzy specjalistów. Co ciekawe, Sąd pierwszej instancji uznał, że neurolog poinformował poszkodowanego o długim oczekiwaniu na pierwszą wizytę u lekarza specjalisty tylko dlatego, by zyskać pacjenta, który zapłaci za wizytę. Praktyka taka podważa sens i wartość takich zaświadczeń.

Przedmiotem rozważań Sądu był również fakt, iż lekarze specjaliści zatrudnieni w publicznych jednostkach służby zdrowia często przyjmują ponadto w ramach prywatnej praktyki lekarskiej pacjentów, którzy bądź dokonali wyboru leczenia prywatnego, bądź – nie mogąc skorzystać niezwłocznie z porady lekarza specjalisty w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ – zamawiają właśnie prywatne wizyty. Stąd też lekarze ci niewątpliwie posiadają wiedzę o zasadach i terminach przyjęć pacjentów w poradniach specjalistycznych świadczących usługi refundowane przez NFZ. Sąd podnosił tutaj, iż

informacja z przychodni, na której oparł się Sąd Rejonowy, wskazywała tylko przybliżony czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, bez uwzględnienia oczekiwania na pierwszą wizytę, w przypadku której – jak podkreślali lekarze wystawiający kwestionowane oświadczenia – okres oczekiwania był znacznie dłuższy.

Jakkolwiek poszkodowany podkreślał, że skorzystał z porad lekarskich u lekarzy prowadzących prywatną praktykę, gdyż uważał, że jako osoba poszkodowana ma prawo wyboru lekarza, wybór takiego sposobu leczenia nie wymagał dodatkowych starań w postaci rejestracji najpierw do lekarza rodzinnego w poradni rodzinnej, aby uzyskać skierowanie do lekarzy specjalistów z zakresu neurologii oraz chirurgii, następnie zarejestrowania się w przychodni miejskiej w celu uzyskania konsultacji specjalistycznej. Istotne bowiem było to, że ze względu na odległe terminy wykonania takich usług medycznych w ramach świadczeń dostępnych i finansowanych przez NFZ (dłuższe niż tygodniowe terminy wskazane w informacji), poszkodowany nie mógł z nich skorzystać.

Sąd Rejonowy w Jarosławiu X Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w Przeworsku w wyroku z dnia 3 czerwca 2014 r. (sygn. akt X C 468/13) uznał, że należało oddalić żądanie o zasądzenie zwrotu kosztów wizyt lekarskich w prywatnym gabinecie rehabilitacyjnym, bowiem powód – reprezentowany przez fachowego pełnomocnika – nie wykazał w żaden sposób, a nawet nie próbował wykazać, że nie mógł skorzystać z bezpłatnej opieki medycznej finansowanej przez NFZ, podczas gdy korzystał z tego rodzaju usługi o charakterze neurologicznym.

Orzeczenia te wyraźnie obrazują, iż niektóre sądy stosunkowo szeroko rozumieją wykazanie celowości podjętego leczenia prywatnego, wymagając, aby poszkodowany – oprócz dowiedzenia, iż dane leczenie pozostaje w związku przyczynowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia i że za jego przeprowadzeniem przemawiały względy medyczne – udokumentował takie okoliczności, jak brak możliwości skorzystania z bezpłatnej opieki medycznej czy wydłużony okres oczekiwania na świadczenia medyczne w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ.

Kwerenda orzecznictwa jednoznacznie wskazuje, że nie jest ono jednolite, jeśli chodzi o rozumienie celowości leczenia.

Na tle tak różnorodnej wykładni rodzi się pytanie, czy oraz w jakim zakresie poszkodowany uprawniony do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego może uzyskać zwrot wydatków na leczenie w prywatnych placówkach

medycznych i jakie działania powinien podjąć w celu skutecznego wykazania zasadności swoich roszczeń w zakresie zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji.

W odniesieniu do art. 444 § 1 k.c. nieprawidłowa wydaje się wykładnia, wedle której przepis ten miałby warunkować pokrycie kosztów leczenia czy też uwzględnienie żądania poszkodowanego wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia od istnienia potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, a także uzależniać uwzględnienie tego żądania od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie mogą zostać opłacone ze środków publicznych.

Uprawnienia do zwrotów kosztów leczenia nie może poszkodowanego pozbawiać okoliczność, że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i że tylko wykazanie utrudnionego dostępu do metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych w ramach publicznej służby zdrowia oznacza celowość zastosowania leczenia prywatnego.

Ponadto interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 k.c. powinna być zgodna z celem i funkcją tej regulacji, tj. umożliwić poszkodowanemu wcześniejsze pozyskanie od zobowiązanego do naprawienia szkody środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia, zważywszy zwłaszcza na fakt, że w razie nieobjęcia umową o udzielenie świadczeń zdrowotnych określonego świadczenia zdrowotnego ubezpieczony nie może żądać ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, iż przysługuje mu prawo do danego świadczenia zdrowotnego (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2007 r., sygn. akt III UZP 4/06, publ. OSNP 2007/15-16/226).

Uwzględnienie roszczenia poszkodowanego skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia powinno być niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów (nie można żądać od poszkodowanego, np. wykazania, iż znajduje się on w trudnej sytuacji majątkowej) oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, iż koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów.

Przesłanką uwzględnienia żądania pokrycia kosztów leczenia na podstawie art. 444 § 1 zd. 2 k.c. powinno być wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że owo leczenie jest celowe w tym sensie, iż zobowiązany jest on wykazać potrzebę wydania określonej kwoty.

Za sprawą różnorodnych praktyk niektórych zakładów ubezpieczeń, mających źródło w rozbieżnym orzecznictwie sądowym, poszkodowani nie mogą zostać pozbawieni właściwego leczenia czy rehabilitacji w odpowiednim terminie. Lekarze w procesie leczenia zalecają i podkreślają, że szybkie podjęcie zarówno leczenia, jak i rehabilitacji, z użyciem jak najnowocześniejszych metod, sprzętu i materiałów medycznych, pozwala uniknąć powikłań i skrócić czas powrotu do zdrowia. Organizm ludzki to delikatny i precyzyjny mechanizm. Jeżeli choćby jeden z elementów zostanie uszkodzony i będzie pozostawał w tym stanie przez dłuższy czas, bez podjęcia odpowiedniego leczenia, istnieje większe ryzyko powikłań, kolejnych uszkodzeń oraz utrwalenia, a nawet pogłębienia, skutków uszkodzenia ciała czy też rozstroju zdrowia.

Naprawienie szkody, która stanowi następstwo czynu niedozwolonego, nie powinno być uzależnione od ubezpieczenia zdrowotnego, które to ze swojej istoty funkcjonuje w innym, zgoła szerszym celu. Przy takich zależnościach osoby nieobjęte systemem publicznej opieki zdrowotnej byłyby traktowane odmiennie i *de facto* na wysoce preferencyjnych warunkach w porównaniu z osobami opłacającymi składkę i będącymi uczestnikami systemu publicznej ochrony zdrowia, bowiem mogłyby bez ograniczeń korzystać z placówek prywatnej służby zdrowia. Natomiast szerszych możliwości skorzystania z prywatnych placówek i usług wybitnych specjalistów pozbawiono by pozostałych poszkodowanych równolegle korzystających z systemu zabezpieczenia społecznego. Warto także zwrócić uwagę, że zdarzają się w praktyce sytuacje, w których specjalistyczna placówka czy lekarz będący specjalistą w określonej dziedzinie, do którego chciałby udać się na konsultację poszkodowany, nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Poszkodowani, chcąc uzyskać maksymalnie korzystne efekty terapii, korzystają również z placówek zagranicznych.

Należy pamiętać, że celem przepisu art. 444 k.c. jest kompensacja wszelkich kosztów wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc obejmuje on wszystkie niezbędne i celowe wydatki.

Bartłomiej Chmielowiec

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Etyka i nieuczciwe praktyki rynkowe w działalności ubezpieczeniowej

Etyka w działalności ubezpieczeniowej

Słowo etyka pochodzi z języka greckiego (ἦθος, *ethos, ethikos*) i oznacza zwyczaj, który odwołuje się do zbioru zasad i sposobów postępowania przyjętych w danej epoce, zbiorowości, dziedzinie życia społecznego, kulturowego, gospodarczego. Jest to zespół ocen, norm, wzorów postępowania regulujących sposób zachowania, działania, prowadzenia działalności w określonej branży.

Z kolei etyka w działalności ubezpieczeniowej to szereg wypracowanych zasad, wzorców postępowania opartych na szczególnym zaufaniu i wiarygodności, dobrej wierze i dobrych obyczajach kupieckich, które powinny generalnie wyrażać się w:

- działaniu zgodnym z porządkiem prawnym,
- dbałości o interes klienta,
- poszanowaniu zasad uczciwej konkurencji.

Przez działanie zgodnie z porządkiem prawnym należy rozumieć takie postępowanie osób zajmujących się zawodowo ubezpieczeniami, które powinno cechować się: znajomością powszechnie obowiązujących przepisów prawa; stosowaniem w praktyce przepisów prawa z uwzględnieniem poglądów doktryny i utrwalonej linii orzecznictwa; korzystaniem z usług profesjonalistów; ciągłym utrzymywaniem najwyższych standardów kompetencji poprzez uaktualnianie i ustawiczne rozwijanie poziomu swojej wiedzy prawniczej.

Z kolei dbałość o interes klienta oznacza: podejmowanie ogółu działań, których podstawowym celem jest interes klienta; prowadzenie działalności w dobrej wierze, nacechowanej szacunkiem i w poczuciu najlepszego wykorzystania swojej wiedzy; kompetentną i odpowiedzialną obsługę klienta na wszystkich etapach stosunku ubezpieczeniowego (akwizycji, obsługi, likwidacji); transparentność w działaniu, głównie poprzez prezentowanie rzetelnych i prawdziwych informacji; wysłuchanie i zrozumienie

klienta; analizowanie potrzeb ubezpieczeniowych klienta i idący za tym wybór najlepszej oferty lub najlepszego wariantu na podstawie obiektywnej analizy produktowej i cenowej.

W końcu poszanowanie zasad uczciwej konkurencji to takie zachowanie podmiotów rynku ubezpieczeniowego, które powinno cechować się: unikaniem działań noszących znamiona nieuczciwego wzbogacenia się kosztem konkurentów; powstrzymaniem się od podważania dobrego imienia lub naruszania wizerunku konkurentów; powstrzymaniem się od manipulacji informacją (szczególnie chodzi o niekreowanie fałszywych informacji, danych) odnośnie pozycji na rynku, terminowości wypłacanych szkód, kondycji finansowej konkurentów; utrzymywaniem w ścisłej poufności wszelkich danych osobowych i biznesowych uzyskanych od klientów w związku ze świadczeniem usług ubezpieczeniowych.

Wykonujący jeden z zawodów związanych z branżą ubezpieczeniową powinni być szczególnie zainteresowani stosowaniem zasad etyki w swojej działalności zawodowej. Mowa o brokerach ubezpieczeniowych, których obowiązki uregulowano [ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym](#). Zadaniem brokera jest bowiem wykonywanie czynności w imieniu lub na rzecz podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, co polega na zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia, wykonywaniu czynności przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia. Innymi słowy, broker ubezpieczeniowy przy dochowaniu staranności jest zobowiązany udzielić na piśmie klientowi porady, w oparciu o rzetelną analizę ofert w liczbie wystarczającej do opracowania rekomendacji najwłaściwszej umowy ubezpieczenia, oraz pisemnie wyjaśnić podstawy, na których opiera się rekomendacja. W związku z powyższym broker – w związku z udzielaniem porady brokerskiej – powinien:

- przedstawiać jasne, dokładne i zrozumiałe informacje związane zarówno ze statusem brokera, jak i oferowanymi produktami ubezpieczeniowymi;
- kierować się zasadami wiarygodności, odpowiedzialności, staranności i realności ochrony ubezpieczeniowej w proponowanej klientowi ofercie ubezpieczenia;
- podawać rzetelne informacje zgodne z rzeczywistością;
- nie wprowadzać w błąd;
- nie składać nierzetelnych obietnic i gwarancji;
- nie narzucać swojego punktu widzenia, nie wywierać presji, nie wykorzystywać zaufania, przymusowego położenia itp.

Naruszenie wyżej wymienionych zasad wprost stanowi przejaw lub może prowadzić do działań typu [misseling](#), czyli zachowań nastawionych na sprzedaż produktu finansowego (ubezpieczeniowego) niepotrzebnego lub niedostosowanego do potrzeb klienta z naciskiem na sprzedaż za wszelką cenę.

Jednocześnie należy mieć na uwadze to, że etyka w działalności brokerskiej dotyczy również relacji z ubezpieczycielem oraz z innymi brokerami. W szczególności działalność brokerska powinna charakteryzować się:

- uczciwym postępowaniem w relacjach z ubezpieczycielem, przy jak najlepszym zabezpieczeniu interesu klienta (chodzi m.in. o przekazywanie wszelkich informacji, o jakie zapytywał ubezpieczyciel w formularzu oferty lub w innych pismach);
- traktowaniem na równych zasadach wszystkich ubezpieczycieli;
- równoprawnością oraz wzajemnym szacunkiem wobec innych brokerów;
- niepomawianiem konkurencji oraz niepodejmowaniem działań zmierzających do nieuczciwego wzbogacenia się kosztem innych brokerów.

Nieuczciwe praktyki rynkowe

W dniu 21 grudnia 2007 r. weszła w życie [ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym](#). Ustawa ta jest implementacją [dyrektywy 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r.](#) dotyczącej nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym.

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 wzmiankowanej ustawy praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcać zachowania rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. Za nieuczciwą praktykę rynkową prawodawca unijny, i co za tym idzie również polski ustawodawca, w szczególności uznali praktykę rynkową wprowadzającą w błąd (zarówno w formie działania, jak i zaniechania), agresywną praktykę rynkową, a także stosowanie sprzecznego z prawem kodeksu dobrych praktyk (art. 4 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym), jeżeli w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcać zachowania rynkowe przeciętnego konsumenta. Przy czym za działanie przedsiębiorcy wprowadzające w błąd uznaje się każde działanie, które w

jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął (art. 5 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym). Stosownie zaś do treści art. 6 przedmiotowej ustawy praktykę rynkową uznaje się za zaniechanie wprowadzające w błąd, jeżeli pomija istotne informacje potrzebne przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji dotyczącej umowy i tym samym powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Za nieuczciwą praktykę rynkową uznaje się również prowadzenie działalności w formie systemu konsorcyjnego lub organizowanie grupy z udziałem konsumentów w celu finansowania zakupu w systemie konsorcyjnym.

Ponadto należy również wskazać, iż ustawodawca w sposób enumeratywny w art. 7 oraz art. 9 wzmiankowanej ustawy zawarł katalog sytuacji, które w każdych okolicznościach są uznawane za praktyki wprowadzające w błąd, oraz wskazał agresywne praktyki rynkowe, a zatem w każdej sytuacji zakazane. Wskazana przez ustawodawcę lista nieuczciwych zachowań wprowadzających konsumentów w błąd (23 praktyki rynkowe) oraz lista zachowań uznanych za agresywną praktykę rynkową (8 praktyk rynkowych) stanowią tzw. czarną listę praktyk, która ma charakter *numerus clausus*. Praktyki w niej wskazane nie podlegają ocenie pod kątem spełnienia przesłanek nieuczciwości, które określone są w art. 4 ustawy. Jak wskazuje M. Sieradzka (*Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 168), można zatem stwierdzić, że stanowią one zamknięty zbiór praktyk kwalifikowanych jako nieuczciwe w każdych okolicznościach oraz ich stosowanie jest zakazane *ex lege*.

Wśród katalogu praktyk, które w każdych okolicznościach są uznane za zakazane, w kontekście działalności ubezpieczeniowej należy zwrócić uwagę na treść art. 9 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, zgodnie z którym nieuczciwą praktyką rynkową jest żądanie od konsumenta zgłaszającego roszczenie, w związku z umową ubezpieczenia, przedstawienia dokumentów, których w sposób racjonalny nie można uznać za istotne dla ustalenia zasadności roszczenia, lub nieudzielanie odpowiedzi na stosowną korespondencję, w celu nakłonienia konsumenta do odstąpienia od zamiaru wykonania jego praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Reasumując zatem, żądanie zakładu ubezpieczeń przedstawienia przez konsumenta dokumentów nieistotnych z punktu widzenia roszczeń dochodzonych w ramach umowy ubezpieczenia czy też systematyczne

nieudzielanie odpowiedzi na korespondencję należy traktować jako utrudnienie konsumentowi dochodzenia swoich praw, i takie praktyki należy uznać w świetle przedstawionej wyżej normy prawnej za zakazane.

Zgodnie z treścią art. 12 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym konsument, [Rzecznik Praw Obywatelskich](#), Rzecznik Ubezpieczonych, krajowa lub regionalna organizacja, której celem statutowym jest ochrona interesów konsumentów, oraz powiatowy rzecznik konsumentów mogą wystąpić z roszczeniem zaniechania tej praktyki, złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie, jak również zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów. Treścią roszczenia o zaniechanie stosowania nieuczciwej praktyki rynkowej jest żądanie zaniechania konkretnych nieuczciwych działań wypełniających znamiona czynu nieuczciwej praktyki, zakwalifikowanych na podstawie klauzuli generalnej (art. 4 przedmiotowej ustawy) bądź też w ramach wyspecjalizowanych czynów nazwanych, czyli tzw. czarnej listy nieuczciwych praktyk.

Odpowiedzialność za dokonanie czynu nieuczciwej praktyki rynkowej może podlegać reżimowi prawnemu z dwóch różnych tytułów. Po pierwsze może stać się przedmiotem postępowania administracyjnego przed [Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów](#) w ramach ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów. Po drugie może stać się przedmiotem postępowania cywilnego, gdzie legitymację czynną do wystąpienia z powództwem ma konsument, który może wystąpić z roszczeniem: zaniechania praktyki, usunięcia skutków tej praktyki, złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i formie, naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych oraz zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny. Legitymację czynną do wystąpienia z powództwem cywilnym, z zawężonym zakresem przedmiotowym roszczeń, określonych w art. 12 ust. 1 pkt 1, 3, 5, mają również takie podmioty jak: Rzecznik Ubezpieczonych, Rzecznik Praw Obywatelskich, krajowa lub regionalna organizacja, której celem statutowym jest ochrona interesów konsumentów, oraz powiatowy rzecznik konsumentów.

Cezary Orłowski

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Bancassurance z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych

Rzecznik Ubezpieczonych od 2004 r. bada zapisy umów, których dystrybucją zajmują się banki bądź podmioty z nimi powiązane w ramach *bancassurance*, czyli bankowości ubezpieczeniowej, oraz dokonuje bieżącej analizy sytuacji prawnej konsumentów na tle tych umów. Rzecznik Ubezpieczonych podejmuje również działania o charakterze ogólnym, które są konsekwencją interwencji w sprawach indywidualnych. Czynności powyższe mają przede wszystkim na celu poprawę sytuacji oraz wyeliminowanie niekorzystnych dla ogółu konsumentów rozwiązań wynikających zarówno z treści umów, jak i z przyjętego przez ubezpieczycieli i banki modelu sprzedaży ubezpieczeń.

Przykładem działań o charakterze ogólnym, podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w latach ubiegłych, są m.in.: [raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 13 grudnia 2007 r. Podstawowe problemy bancassurance w Polsce](#), wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych do Prezesa UOKiK z dnia 21 kwietnia 2011 r., dotyczące praktyk banków i ubezpieczycieli naruszających zbiorowe interesy konsumentów, oraz [raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 7 grudnia 2012 r. Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym](#), a także [aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych z 2007 r. Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – skargi z zakresu bancassurance wniesione w 2012 r.](#)

W powyższych opracowaniach podanych do publicznej wiadomości opisane zostały zdiagnozowane problemy wymagające nie tylko wprowadzenia zmian w zakresie regulacji prawnych, dotyczących szczególnie umowy ubezpieczenia grupowego, lecz także zdecydowanych działań Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego. We wspomnianym [raporcie dotyczącym umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym](#) zwrócono przede wszystkim uwagę na **problem konstrukcji umów, zjawisko złej sprzedaży** (tzw. *misselling*) oraz **łączenie przez banki roli ubezpieczającego i pośrednika ubezpieczeniowego**, z czym wiążą się naruszenie zasady lojalności wobec klienta oraz działania z narażeniem interesu klienta. W tym miejscu z przykrością należy stwierdzić, iż dopiero publiczna debata, która odbyła się w 2013 r., wymusiła podjęcie działań ukierunkowanych na polepszenie trudnej sytuacji konsumentów – klientów banków.

Powyższe spostrzeżenie dotyczy nie tylko samoregulacji, tj. [rekomendacji Związku Banków Polskich](#) oraz z 2013 r., a także [wytycznych dla zakładów ubezpieczeń](#) i [rekomendacji U Komisji Nadzoru Finansowego](#) z 2014 r., lecz przede wszystkim zapowiadanej i – niestety – wciąż odkładanej w czasie nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego regulujących materię umowy ubezpieczenia grupowego.

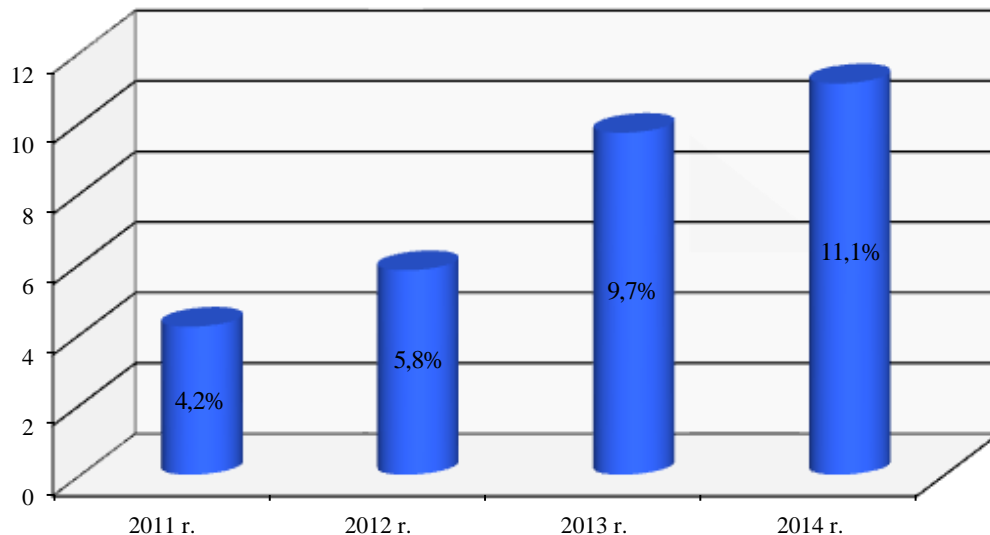
Koniec 2013 r. i początek 2014 r. to również napływ niepokojących informacji z rynku dotyczących wzrostu liczby spraw sądowych (pозwów grupowych) oraz [decyzji UOKiK](#) związanych z produktami ubezpieczeniowo-finansowymi występującymi na rynku *bancassurance*. W tym stanie rzeczy z przykrością stwierdzić należy, że **skala problemów i nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem *bancassurance* w Polsce** przybrała tak niepokojące rozmiary, iż nie tylko **pogłębił się kryzys zaufania do instytucji i rynków finansowych**, co już samo w sobie jest wysoce niepokojące, lecz także doszło do wzrostu liczby spraw spornych (pozwy zbiorowe, kary nakładane przez UOKiK), czego konsekwencje dla rynku widoczne będą zapewne w niedalekiej przyszłości. Obecnie duże nadzieje wiążemy z *Rekomendacją U*, która weszła w życie w dniu 31 marca 2015 r. Jest zatem za wcześnie na wnioski dotyczące jej wpływu na praktykę banków.

Z danych statystycznych prezentowanych w kolejnych raportach rocznych wynika sukcesywny – i dynamiczny – wzrost liczby skarg na postępowanie ubezpieczycieli działających w ramach segmentu *bancassurance*. W 2004 r. liczba ta wynosiła 39 (1,0% wszystkich skarg), w 2005 r. – 62 (1,4%), w 2006 r. – 109 (1,7%), w 2007 r. – 143 (2,1%), w 2008 r. – 218 (2,9%), w 2009 r. było to już 418 skarg (4,9%), w 2010 r. – ogółem 558 skarg (4,7%). Dynamikę skarg w latach 2011–2014 przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr 1
Liczba skarg dotyczących segmentu *bancassurance*
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych
w latach 2011–2014

| Lp. | Rok | Liczba skarg dot. <i>bancassurance</i> | Liczba skarg ogółem | Procentowo w liczbie skarg ogółem |
|-----|------|--|---------------------|-----------------------------------|
| 1. | 2011 | 597 | 14 356 | 4,2 |
| 2. | 2012 | 889 | 15 273 | 5,8 |
| 3. | 2013 | 1604 | 16 516 | 9,7 |
| 4. | 2014 | 1707 | 15 429 | 11,1 |

Wykres nr 1
Liczba skarg dotyczących bancassurance
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych
w latach 2011 - 2014



Zdiagnozowane nieprawidłowości

Rzecznik Ubezpieczonych, podobnie jak w latach ubiegłych, dostrzega w obszarze *bancassurance* szereg niepokojących zjawisk, które winny zostać niezwłocznie wyeliminowane bądź w znacznym stopniu ograniczone. Z analizy postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż w dalszym ciągu aktualne pozostają następujące problemy:

1. W przypadku ubezpieczeń ochronnych i finansowych:
 - a) liczne odmowy wypłat świadczeń, np. z powodu braku ochrony ubezpieczeniowej wynikającej ze stanu zdrowia, formy zatrudnienia lub wieku ubezpieczonej osoby;
 - b) informowanie konsumentów i utwierdzanie ich w błędnym przeświadczeniu o obowiązkowym charakterze umów ubezpieczeń *bancassurance*;
 - c) w dalszym ciągu, pomimo funkcjonujących rekomendacji, powtarzające się przypadki zaniżania części składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi w przypadku rozwiązania umowy przed końcem jej obowiązywania;
 - d) opieszałość w realizacji umowy ubezpieczenia, przejawiająca się:

- przewlekłym postępowaniem ubezpieczycieli,
- późnym zgłaszaniem roszczeń przez bank,
- błędnym – niewłaściwym – kierowaniem roszczeń przez bank,
- zupełnym brakiem zainteresowania dochodzeniem roszczeń przez ubezpieczającego (bank) w ramach postępowania sądowego.

2. W przypadku ubezpieczeń inwestycyjnych przyczyną powstałych problemów były:

- a) brak wyczerpujących informacji o inwestycyjnym charakterze umowy ubezpieczenia i związanych z tym zagrożeniami, w szczególności ryzyka utraty płynności finansowej klienta w trakcie obowiązywania umowy, co do zasady długiego okresu inwestowania oraz konsekwencji przerwania tego programu skutkującej wysoką opłatą likwidacyjną;
- b) utrata możliwości wycofania zainwestowanych środków pieniężnych w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w pierwszych latach obowiązywania umowy;
- c) konstrukcja tych umów sprzeczna z naturą (istotą) umowy ubezpieczenia.

Z analizy skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż **nadal bardzo istotnym problemem jest niedopasowanie produktu do potrzeb konsumentów**. Zasady przyjmowania ubezpieczonych do ubezpieczeń grupowych sprowadzają się w większości przypadków do akceptacji warunków umowy bez pogłębionej analizy potrzeb potencjalnych ubezpieczonych oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego, co niestety często prowadzi do zjawiska zawierania tzw. pustych umów. Ubezpieczeni, bądź ich spadkobiercy, objęci ubezpieczeniem grupowym na życie, o tym, że nie spełniają warunków przystąpienia do umowy, dowiadują się dopiero podczas rozpatrywania roszczenia z umowy ubezpieczenia. Tymczasem ubezpieczenie ochronne najczęściej odbierane jest przez konsumentów jako zabezpieczenie udzielonego kredytu lub pożyczki, mające gwarantować stuprocentową realizację spłaty zobowiązania zaciągniętego wobec banku. Powyższe przekonanie wzmacnia dodatkowo świadomość, iż to bank, narzucając umowę ubezpieczenia jako zabezpieczenie umowy kredytu, w pełni zadbał o jakość umowy ubezpieczenia i wynegocjował z ubezpieczycielem najlepsze warunki, których konsument nie byłby w stanie samodzielnie uzyskać. W rezultacie konsumenci najczęściej wychodzą z założenia, że banki nie będą proponować klientom umów, które są dla nich niekorzystne. Ich zdaniem taka sytuacja jest po prostu nieracjonalna. Jednak z analizy postępowań skargowych prowadzonych przez

Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż niestety **banki nie kontrolują jakości umów ubezpieczeń w ogóle, bądź czynią to w niewielkim stopniu**. W konsekwencji w obszarze *bancassurance* mamy do czynienia ze znaczną liczbą umów ubezpieczenia zawierających postanowienia niedozwolone, o czym świadczą liczne wpisy do prowadzonego przez UOKiK rejestru klauzul abuzywnych. Rezultatem powyższego jest przede wszystkim ogromne rozczarowanie konsumentów oraz utrata zaufania do podmiotów, które winny cieszyć się szczególnym zaufaniem publicznym, a takimi są niewątpliwie zakłady ubezpieczeń oraz banki.

Bardzo istotnym problemem są – pomimo krytycznych publikacji Rzecznika Ubezpieczonych i odpowiednich zapisów *Rekomendacji U* – wciąż występujące trudności w skutecznym dochodzeniu roszczeń z umów ubezpieczenia grupowego w sytuacji, gdy uprawnionym do żądania zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest tylko bank, który nie chce skorzystać z przysługującego mu świadczenia ubezpieczeniowego. Ma to miejsce zazwyczaj wtedy, gdy bank i ubezpieczyciel są częściami tej samej grupy kapitałowej. Nie jest do końca jasne, dlaczego bank, pomimo możliwości odciążenia kredytobiorców od powinności osobistego świadczenia, tego nie czyni i nie egzekwuje wykonania umowy ubezpieczenia. Zamiast tego uruchamia procedurę windykacji długu od ubezpieczonych albo ich spadkobierców. Bank, zwlekając z realizacją swoich praw wynikających z umowy ubezpieczenia bądź rezygnując z nich, deprecjonuje więc znaczenie i sens umowy ubezpieczenia.

Bolączką, o której warto również wspomnieć, są długotrwałe spory toczone przed sądami powszechnymi. **Rzecznik Ubezpieczonych uważa, że dobrym sposobem na szybkie i polubowne rozwiązywanie sporów byłaby deklaracja banków i ubezpieczycieli, iż będą oni rozstrzygać spory z ubezpieczonymi powstałe w związku z umowami ubezpieczenia *bancassurance* przed sądami polubownymi** (przy UKNF, Rzeczniku Ubezpieczonych lub innych instytucjach tego rodzaju). Zapis na sąd polubowny może znaleźć się w każdej umowie ubezpieczenia grupowego, jeżeli tylko obie strony wyrażą na to zgodę. Takie rozwiązanie pełniłoby, w ocenie Rzecznika, w dużej części funkcję prewencyjną, jak również byłoby kolejnym dowodem na to, iż ubezpieczyciele i banki faktycznie dążą do wyeliminowania z rynku nieprawidłowych praktyk.

Podsumowanie

Zdiagnozowana powtarzalność problemów dotyczących: braku realnej ochrony ubezpieczeniowej, którego przyczyną jest wąski jej zakres, odmowy zwrotu części składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej i nieprawidłowego jej rozliczania przez banki, braku inicjatywy ubezpieczającego (banku) lub nieprawidłowego występowania z roszczeniem o wypłatę świadczeń, braku informacji o rzeczywistej wysokości składki ubezpieczeniowej i jej relacji względem opłaty ubezpieczeniowej, wysokiego kosztu finansowania przez ubezpieczonych ubezpieczenia w porównaniu z umowami zawieranymi indywidualnie, przedstawiania przez banki ubezpieczenia jako obowiązkowego przy zawieraniu umów o kredyt albo pożyczkę, dobitnie świadczy o niekorzystnej dla konsumentów konstrukcji prawnej umów *bancassurance*. **Wprowadzane w ostatnim czasie rekomendacje własne sektora bankowego, jak również Komisji Nadzoru Finansowego nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów**, w szczególności tych związanych z luką w prawie dotyczącą braku odpowiedniego uregulowania umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej oraz umowy ubezpieczenia grupowego czy umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Wprawdzie Rzecznik Ubezpieczonych opowiada się za wdrażaniem do obrotu tzw. miękkiego prawa (*soft law*), jednakże taki kierunek działań uznaje tylko za pomocniczy, przejściowy, a tym samym tymczasowy, bowiem rozwiązanie wskazywanych problemów powinno nastąpić poprzez ingerencję ustawodawcy. W tym zakresie przygotowany jest obecnie projekt nowelizacji ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz podejmowane są działania ze strony Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego i Prezesa UOKiK.

Z perspektywy konsumenta ubezpieczenie powinno dawać realną ochronę ubezpieczeniową, a *de facto* w *bancassurance* prowadzi do wypaczenia istoty ubezpieczenia, gdyż staje się ono wyłącznie sposobem na generowanie dodatkowego dochodu po stronie banku. Niestety w znacznej części przypadków, analizując skargi konsumenckie, można odnieść wrażenie, że głównym celem umowy jest zysk przedsiębiorcy odnoszony kosztem konsumenta, który ponosi ciężar finansowy funkcjonowania bankowo-ubezpieczeniowego aliansu. Wrażenie to dodatkowo potęguje wysokość kosztów związanych z ochroną ubezpieczeniową, która udzielana za pośrednictwem banków jest jedną z najdroższych na rynku, przy wyjątkowo wąskim jej zakresie. Tak wysoka cena ubezpieczenia powinna szczególnie dziwić, zarówno z uwagi na silną pozycję negocjacyjną banku w relacjach z ubezpieczycielem, jak i znaczne rozproszenie ryzyka ubezpieczeniowego (wysoka liczebnie wspólnota ryzyka – ubezpieczanych kredytobiorców, użytkowników kart kredytowych etc.). Tym samym **model sprzedaży ubezpieczeń teoretycznie najlepszy do asekuracji zobowiązań**

finansowych stał się z punktu widzenia konsumentów modelem praktycznie nieakceptowanym, skutkującym często pozorną i kosztowną ochroną ubezpieczeniową.

Mateusz Kościelniak

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Raport Rzecznika Ubezpieczonych Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyki zakładów ubezpieczeń – odmowa zwrotu wydatków poniesionych na sporządzenie ekspertyzy przedstawiającej koszty naprawy

Rzecznik Ubezpieczonych na podstawie napływających skarg na likwidację szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych stale obserwuje praktyki ubezpieczycieli, które polegają na tym, iż ubezpieczyciele odmawiają poszkodowanym wypłaty kwot, które zostały poniesione na sporządzenie ekspertyzy przedstawiającej wysokość kosztów naprawy pojazdu należącego do poszkodowanego. Częstokroć odmowy te, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, były nieuzasadnione i nie znajdowały oparcia w świetle obowiązujących przepisów. Nieprawidłowości te zaniepokoiły Rzecznika Ubezpieczonych oraz dały impuls po podjęcia działań o charakterze ogólnym.

W celu szerszego i bardziej dokładnego przedstawienia praktyk oraz ukazania istoty problemu Rzecznik Ubezpieczonych postanowił sporządzić raport, w którym opisano okoliczności faktyczne spraw napływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych oraz zawarto komentarze Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące powyższych praktyk ubezpieczycieli.

Należy zwrócić uwagę, iż zakłady ubezpieczeń są podmiotami profesjonalnymi, które powinny wykonywać działalność ubezpieczeniową z należytą starannością. Zakłady ubezpieczeń w toku likwidacji szkód z umów ubezpieczenia powinny zwracać szczególną uwagę na przestrzeganie przepisów obowiązującego prawa oraz poszanowanie interesów prawnych i majątkowych osób poszkodowanych. Niestety, napływające do Biura Rzecznika Ubezpieczonych skargi na działalność zakładów ubezpieczeń pokazują, iż ubezpieczyciele nie przestrzegają przepisów art. 361 w zw. z art. 363 k.c. oraz zasad ich wykładni wynikających z orzecznictwa Sądu Najwyższego.

W toku postępowania likwidacyjnego poszkodowany niejednokrotnie staje przed koniecznością kwestionowania poczynionych przez zakład ubezpieczeń ustaleń faktycznych dotyczących wysokości poniesionej szkody. Ubezpieczyciele, szacując wysokość przewidywanych kosztów naprawy, wartość pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wartość

pozostałości, bazują na wiedzy technicznej oraz umiejętnościach swoich pracowników, dysponują także specjalistycznymi programami (typu Audatex, Eurotaxglass's) pozwalającymi obliczyć przewidywane koszty naprawy uszkodzonego mienia. Ustalenia te determinują wysokość świadczenia odszkodowawczego przyznawanego poszkodowanym.

W toku likwidacji szkody z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych poszkodowani nie zawsze akceptują – określane przez ubezpieczyciela – wysokość kosztów naprawy pojazdu bądź wyliczenia wartości pojazdu w stanie sprzed szkody czy wartości wraku. Rzecznik Ubezpieczonych zauważył, że częstokroć ubezpieczyciele dokonują wycen w sposób niezadowolający poszkodowanych, zaniżając należne im świadczenia. Z uwagi na brak stosownej wiedzy specjalistycznej poszkodowani mają znikomą możliwość samodzielnego kwestionowania ustaleń poczynionych przez zakłady ubezpieczeń.

Poszkodowani nie mają dostępu do specjalistycznych programów, takich jak Audatex czy Eurotaxglass's. Nie posiadają oni również fachowej wiedzy oraz umiejętności przydatnych do stworzenia kosztorysu naprawy czy prawidłowego oszacowania wartości pojazdu w stanie sprzed szkody. Na etapie postępowania likwidacyjnego występuje zatem wysoka dysproporcja pomiędzy uprawnieniami ubezpieczyciela a poszkodowanego, skutkiem czego jest brak równowagi sił pomiędzy tymi stronami.

Poszkodowani kwestionujący wysokość szkody ustalonej przez ubezpieczycieli stają przed koniecznością skorzystania z usług zewnętrznych podmiotów dysponujących fachową wiedzą – najczęściej są to warsztaty naprawcze lub niezależni rzeczoznawcy. Jak wynika z analiz prowadzonych postępowań skargowych, działania te podejmowane są przez poszkodowanych wyłącznie w skutek nieprawidłowości powstałych z przyczyn, za które ponoszą odpowiedzialność ubezpieczyciele. Poszkodowani, którzy nie zgadzają się z wyceną ubezpieczycieli, zlecają wówczas niezależnym rzeczoznawcom sporządzenie stosownych ekspertyz potwierdzających ich roszczenia. Możliwość skorzystania z pomocy podmiotu posiadającego specjalistyczne umiejętności jest dla osób poszkodowanych niezwykle ważna, a czasem wręcz niezbędna. Sporządzenie wyceny przez niezależnego rzeczoznawcę znacznie ułatwia możliwość prawidłowego sformułowania roszczeń odszkodowawczych przysługujących poszkodowanemu względem zakładu ubezpieczeń.

Należałoby zatem zadać sobie pytanie, czy dochodzenie przez poszkodowanych od ubezpieczycieli w ramach ubezpieczenia komunikacyjnego zwrotu kosztów poniesionych tytułem zlecenia niezależnemu rzeczoznawcy wyceny jest zasadne i czy powinno podlegać

refundacji w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych? Odpowiadając na tak sformułowane pytanie, należałoby sięgnąć do ukształtowanego w omawianej problematyce stanowiska judykatury. W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę na [uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. \(sygn. akt III CZP 75/11\)](#), która została wydana na [wniosek Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 14 września 2011 r.](#)

W przedmiotowym wniosku Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie rozbieżności istniejących w orzecznictwie sądów powszechnych co do wykładni prawa i udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w świetle przepisu art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz art. 361 k.c. poniesiony na etapie postępowania przedsądowego koszt zastępstwa poszkodowanego przez pełnomocnika wobec zakładu ubezpieczeń podlega kompensacji w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. W odpowiedzi na wniosek Sąd Najwyższy w przedmiotowej uchwale wskazał, że: „Uzasadnione i konieczne koszty pomocy świadczonej przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe, poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela, mogą w okolicznościach konkretnej sprawy stanowić szkodę majątkową podlegającą naprawieniu w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.)”. Warto zaznaczyć, że zarówno wniosek o wyjaśnienie rozbieżności, jak i sentencja uchwały dotyczą bezpośrednio kosztów zastępstwa poniesionych przez poszkodowanego na etapie postępowania likwidacyjnego w celu wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika (m.in. prawnika, adwokata, radcy prawnego). Jednak w uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy w sposób wyraźny wskazał, że rozważania zawarte w przedmiotowej uchwale należy również odnieść do innych form pomocy, z których poszkodowany korzysta na etapie postępowania likwidacyjnego, a w szczególności do zlecenia rzeczoznawcy określenia zakresu i wyceny szkody poniesionej przez poszkodowanego. Sąd Najwyższy wskazał w uzasadnieniu orzeczenia, że pojęcie szkody ubezpieczeniowej, w razie gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa ubezpieczenia OC, jest tożsame z pojęciem szkody określonym w art. 361 k.c. W skład takiej szkody wchodzi także wydatki i koszty związane ze

zdarzeniem wywołującym szkodę. Podobne stanowisko zaprezentowane zostało również w [uchwale Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004 r. \(sygn. akt III CZP 24/04\)](#). Sąd Najwyższy w orzeczeniu tym wskazał, że odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów może – stosownie do okoliczności sprawy – obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego. Również w [wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1975 r. \(sygn. akt I CR 505/75\)](#) wskazano, że dokonana przed wszczęciem postępowania sądowego i poza zabezpieczeniem dowodów ekspertyza może być istotną przesłanką zasądzenia odszkodowania. W takim wypadku koszt ekspertyzy stanowi szkodę ulegającą naprawieniu (art. 361 k.c.).

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie zauważyć, że jeżeli sporządzona na zlecenie poszkodowanego ekspertyza wykaże istotne i rażące błędy zakładu ubezpieczeń w przedmiocie wyceny wartości szkody, wówczas koszt poniesiony przez poszkodowanego na sporządzenie wyceny należy uznać za celowy i uzasadniony. Powinien on więc zostać zrefundowany przez zakład ubezpieczeń, bowiem stanowi szkodę w rozumieniu przepisów art. 361 w zw. z art. 363 § 1 k.c. Należy także zweryfikować, czy przyczyną zlecenia sporządzenia ekspertyzy jest zaniżenie wysokości szkody ze strony zakładu ubezpieczeń. W sytuacji, gdy poszkodowany otrzymał zaniżone świadczenie, a po przedłożeniu ekspertyzy ubezpieczyciel zmienił swoje stanowisko i dokonał dopłaty świadczenia, domaganie się przez poszkodowanego zwrotu kosztów poniesionych na ekspertyzę jest jak najbardziej uzasadnione. Jeżeli zatem poszkodowany odwołuje się od stanowiska ubezpieczyciela i wskazuje, że dokonano zaniżenia wysokości świadczenia, to załączając stosowną ekspertyzę do pisma odwoławczego, powinien równocześnie domagać się od ubezpieczyciela zwrotu wydatków poniesionych na sporządzenie ekspertyzy.

Zaobserwowane praktyki ubezpieczycieli w toku likwidacji szkód komunikacyjnych

Rzecznik Ubezpieczonych, dokonując analizy kilkudziesięciu postępowań skargowych, w których tematem głównym lub pobocznym (obok innych roszczeń wynikających ze szkody majątkowej) było zagadnienie refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanego na ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy, zauważył, iż podczas prowadzenia postępowań skargowych zakłady ubezpieczeń – pomimo przesłanego pisma interwencyjnego bądź

odwołania poszkodowanego – w ogóle nie odnosiły się do zasadności roszczenia poszkodowanego o zwrot wydatków poniesionych na usługi niezależnego rzeczoznawcy. Ubezpieczyciele, w pismach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych oraz poszkodowanych, nie przedstawiali w ogóle uzasadnienia odmowy zapłaty roszczenia kierowanego przez skarżącego. Zaniechanie uzasadnienia stanowiska w przedmiocie odmowy uznania roszczeń poszkodowanych świadczy o nienależytym wykonaniu obowiązku wynikającego z treści art. 29 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych](#) w zw. z art. 14 ust. 3 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych](#).

W kilku z analizowanych spraw Rzecznik Ubezpieczonych zauważył, iż ubezpieczyciele, odmawiając zwrotu kosztów poniesionych na sporządzenie opinii przez niezależnego rzeczoznawcę, wskazują na naruszenie przez poszkodowanego zasady współdziałania dłużnika z wierzycielem, która określona jest w art. 354 k.c. Naruszenie to polega, w ocenie ubezpieczyciela, na zasięgnięciu opinii niezależnego rzeczoznawcy bez konsultacji z zakładem ubezpieczeń, co generuje dodatkowe koszty. Przepis art. 354 k.c. stanowi, że dłużnik powinien wykonać 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. W taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Zdaniem zakładów ubezpieczeń poszkodowani, realizując zasadę współdziałania, powinni dążyć do minimalizacji strat i niepowiększania rozmiarów szkody.

W toku analizy stanowisk odmownych zakładów ubezpieczeń można również spotkać się z argumentem ubezpieczycieli, iż poniesienie przez poszkodowanego kosztów na ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy jest szkodą wykraczającą poza normalny i adekwatny związek przyczynowo-skutkowy określony w art. 361 § 1 k.c. Powyższy przepis stanowi, iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Norma ta oznacza, że podmiot zobowiązany do naprawienia szkody (zakład ubezpieczeń) ponosi odpowiedzialności tylko za te szkody, które wynikają z określonego zdarzenia. Przy czym następstwa tego zdarzenia powinny mieć charakter naturalny oraz winny wynikać z tego zdarzenia w sposób normalny, jako normalna kolej rzeczy. Przytaczając definicję adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego określonego w art. 361 § 1 k.c., można wskazać na [orzeczenie Sądu Apelacyjnego](#)

[w Katowicach z dnia 18 lipca 2014 r. \(sygn. akt I ACa 66/14\)](#). W orzeczeniu tym wskazano, że istota regulacji art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych (bezprawnych) zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który – przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego – jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu.

Ubezpieczyciele często również używają argumentu przemawiającego za odmową uznania roszczenia z tytułu zwrotu kosztów niezależnego rzeczoznawcy, wskazując, że ubezpieczyciel nie zlecał sporządzenia ekspertyzy, a jej wykonanie nie zostało uzgodnione indywidualnie z towarzystwem ubezpieczeniowym. W analizowanych sprawach ubezpieczyciele wskazywali, że wszelkie zastrzeżenia dotyczące wysokości szkody ustalonej przez ubezpieczyciela mogły być zgłaszane bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń, bez zasięgania opinii rzeczoznawcy.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych trudno wymagać od poszkodowanego, aby za każdym razem, gdy chce kwestionować kosztorys sporządzony przez ubezpieczyciela, konsultował z ubezpieczycielem konieczność sporządzenia ekspertyzy bądź zwracał się do zakładu ubezpieczeń z prośbą o akceptację wydatku związanego ze sporządzeniem ekspertyzy. Poszkodowany podejmuje przecież takie działania w warunkach sporu (konfliktu) z zakładem ubezpieczeń dotyczącego wysokości świadczenia odszkodowawczego, w związku z czym powinien przedstawić dowody potwierdzające swoje żądania. Często zdarza się, że poszkodowany otrzymuje od zakładu ubezpieczeń bezsporną kwotę odszkodowania oraz jedynie pouczenie o możliwości dochodzenia dalszych roszczeń przed sądem powszechnym. Trudno w takich warunkach uznać, że poszkodowany powinien dodatkowo występować do ubezpieczyciela o zgodę na sporządzenie alternatywnej wyceny. Wymóg współdziałania wierzyciela z dłużnikiem, o którym mowa w art. 354 k.c., nie powinien podlegać poszerzonej interpretacji. Zakres współdziałania nie powinien obejmować każdorazowo obowiązku uzyskania od ubezpieczyciela zgody na poniesienie kosztów ubocznych związanych z likwidacją szkody, szczególnie gdy koszty te ponoszone są w warunkach sporu bądź konfliktu z zakładem ubezpieczeń.

Podsumowanie

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych każde roszczenie o zwrot kosztów poniesionych celem sporządzenia ekspertyzy przez niezależnego rzeczoznawcę powinno podlegać indywidualnej ocenie – nie może być w tym zakresie automatyzmu, bowiem okoliczności faktyczne każdej ze spraw są niezwykle różnorodne. Należałoby jednak bez większych przeszkód uznać, że jeżeli przyczyną skorzystania z usług niezależnego rzeczoznawcy były zaniżenie wysokości świadczenia odszkodowawczego (przyczyna niezawiniona przez poszkodowanego) i konieczność odwołania się od stanowiska ubezpieczyciela, to roszczenie o zwrot wydatków poniesionych z tego tytułu powinno podlegać kompensacie przez zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia OC komunikacyjnego. Refundacja wydatku poniesionego przez poszkodowanego powinna nastąpić w sytuacji, gdy ekspertyza sporządzona przez niezależnego rzeczoznawcę wykaże, iż ubezpieczyciel dokonał niewłaściwych ustaleń w przedmiocie wysokości szkody.

Rzecznik Ubezpieczonych wyraża nadzieję, że przedstawienie w raporcie nieprawidłowości w zakresie odmowy zwrotu kosztów poniesionych na sporządzenie opinii przez niezależnego rzeczoznawcę wpłynie w pewien sposób na rynek ubezpieczeniowy oraz ukształtowanie nowych i lepszych jakościowo procedur likwidacji szkód komunikacyjnych przez zakłady ubezpieczeń, tak aby procedury te odpowiadały wytycznym Komisji Nadzoru Finansowego oraz były zgodne z obowiązującymi przepisami.

Piotr Budzianowski

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Najczęstsze problemy motocyklistów w przypadku szkód likwidowanych z obowiązkowego ubezpieczenia OC sprawcy zdarzenia

Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez [Polski Związek Przemysłu Motoryzacyjnego na podstawie danych systemu CEPiK \(Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców\)](#), od początku 2015 roku zarejestrowano w Polsce 36 612 nowych jednośladów. Jest to o 0,9% (323 szt.) więcej niż w analogicznym okresie ubiegłego roku. Z kolei używanych jednośladów od początku 2015 roku zarejestrowano po raz pierwszy 51 510 szt., jest to o 30,4% więcej niż w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy minionego roku.

Zaprezentowane dane wskazują, że po polskich drogach z roku na rok jeździ coraz więcej jednośladów – motorowerów, skuterów, maxiskuterów i motocykli. Niestety powoduje to, że użytkownicy jednośladów coraz częściej biorą udział w wypadkach drogowych, w wyniku których giną lub zostają ranni, a ich mienie ulega uszkodzeniu. Jak wynika z raportu [Wypadki drogowe w Polsce w 2014 roku](#), przygotowanego przez Wydział Ruchu Drogowego Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, w 2014 roku motocykliści brali udział w 2377 wypadkach, a motorowerzyści w 1919 wypadkach.

Z treści skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych przez posiadaczy jednośladów biorących udział w kolizjach i wypadkach wynika, iż spotykają się oni z różnymi problemami na etapie likwidacji szkody, wypłaty należnego odszkodowania za uszkodzony pojazd czy zniszczone mienie oraz wypłaty odpowiedniej kwoty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Uszkodzenie jednoślada

Podobnie jak w przypadku szkód komunikacyjnych dotyczących samochodów, również w przypadku uszkodzenia motocykla, maxiskutera, skutera czy motoroweru możemy mieć do czynienia ze skodą częściową lub skodą całkowitą.

Szkoda częściowa ma miejsce wówczas, gdy uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości pojazdu w dniu ustalenia przez zakład

ubezpieczeń sumy odszkodowania. W przypadku szkody częściowej poszkodowani najczęściej spotykają się z zaniżaniem należnego odszkodowania poprzez stosowanie w kosztorysach naprawy zamienników części oryginalnych, które uległy uszkodzeniu, lub potrąceń amortyzacyjnych, zwanych obecnie urealnieniem cen części zamiennych, a także z zaniżaniem stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i mechanicznych.

Szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy, określone w chwili ustalenia kwoty odszkodowania, przekraczają wartość rynkową pojazdu w dniu szkody. Jeśli zaistnieją przesłanki do określenia szkody całkowitej, wówczas odszkodowanie wypłacane w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. ustalane jest tzw. metodą różnicową. Polega ona na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie przed uszkodzeniem o wartość pozostałości (wraku). W przypadku szkody całkowitej o przywróceniu stanu poprzedniego mówimy wówczas, gdy suma wypłaconego odszkodowania oraz wartości wraku lub ceny uzyskanej z jego sprzedaży jest równa wartości rynkowej pojazdu sprzed szkody. Jednym z najczęstszych problemów poszkodowanych jest zaniżanie przez zakłady ubezpieczeń wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody. W szczególności zarzuty dotyczą: przyjmowania błędnej wersji modelu jednoślada, nieuwzględniania w wycenach wyposażenia dodatkowego, ogólnego dobrego stanu technicznego pojazdu, modyfikacji technicznych zwiększających jego wartość, stosowania niezasadnych korekt zmniejszających jego wartość rynkową. Z wyceną wartości jednoślada przed szkodą związany jest również problem wyceny wartości rynkowej pozostałości (wraku) pojazdu. Kierujący skargi do Rzecznika Ubezpieczonych podnoszą, że ubezpieczyciele zawyżają wartość rynkową pozostałości, nie udzielają pomocy w zbyciu wraku, czy też nie odkupują wraków po ustalonej przez siebie wartości.

Szczegółowe omówienie problemów występujących podczas likwidacji szkód komunikacyjnych w pojazdach samochodowych, dotyczących także właścicieli uszkodzonych jednośladów, oraz stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych i Sądu Najwyższego w tej kwestii zostały zawarte w dwóch częściach raportu Rzecznika Ubezpieczonych: [Orzecznictwo Sgdu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych](#) oraz [Orzecznictwo Sgdu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych – część II](#).

Uszkodzenia mienia

W zdarzeniach szkodowych, w których udział biorą kierujący jednoślādami, praktycznie w kaźdym przypadku uszkodzeniu ulega mienie naleźące do kierujācego lub pasażera. Sā to przede wszystkim kaski motocyklowe, odzieź motocyklowa oraz sprzēt elektroniczny (smartfony, nawigacje motocyklowe, kamerki itp.).

Ubezpieczyciele praktycznie zawsze w sytuacji uszkodzenia mienia proponujā wyplātę określonej kwoty odszkodowania (np. za uszkodzony kask, kurtkę i rękawice) pomniejszonej o arbitralnie zastosowany procent amortyzacji/zużycia. Ubezpieczyciele nie przedstawiajā żadnych wyjaśnień czy zasad, jakimi kierowali się, obliczajāc sumę proponowanego odszkodowania.

W ocenie autora niniejszego opracowania w sytuacji takiego uszkodzenia mienia, że nie nadaje się juź ono do naprawy (np. pęknięty kask, znacząco porwana i zdarta odzieź motocyklowa) ubezpieczyciel do wyliczenia naleźnego odszkodowania powinien zastosować zasady dotyczāce szkody całkowitej. Zatem winien ustalić wartośc np. uszkodzonego kasku na dzień powstania szkody. Pozostałosci nie będā przedstawiały żadnej wartośc, zatem ubezpieczyciel powinien wyplācić odszkodowanie w wysokośc wartośc przykładowego kasku na dzień szkody. Powstaje zatem pytanie, czy za wyliczone w ten sposób odszkodowanie można **nabyć nowy kask** lub **nowā kurtkę motocyklowā**? Oczywiście nie, jednak kolejne nasuwajāce się pytanie brzmi: czy ów kask/owa kurtka w dniu wypadku była warta tyle co na sklepowej półce? Zdarzenie drogowe i np. trwałe uszkodzenie kasku spowodowało pewien uszczerbek w naszym majątku, o wartośc tego kasku na dzień zdarzenia, i ten uszczerbek załład ubezpieczeń zobowiāzany jest nam wyrównać.

W sytuacji kiedy nie istnieje moźliwość zakupu rzeczy uźywanych lub teź z innych przyczyn jest to obiektywnie niemoźliwe (np. zakup uźywanej bielizny), wówczas ubezpieczyciel powinien zwrócić koszty zakupu nowych rzeczy. Naleźałoby uznać, że kwota naleźnego odszkodowania nie ma prawa być zaniźana, winna bowiem umoźliwić osobie poszkodowanej odtworzenie stanu majątkowego przed szkodā. Jeźeli nie istnieje rynek uźywanych rzeczy jak te uszkodzone lub teź z przyczyn obiektywnych nie jest moźliwy ich zakup, to nie można zasadnie twierdzić, że uźywane rzeczy mają określona wartośc majątkowa niźszą o określony procent. W takiej sytuacji wysokośc odszkodowania powinna odpowiadać kwocie, za jakā moźliwy jest zakup nowych rzeczy analogicznych do uszkodzonych czy zniszczonych. Nie do pominięcia jest jednak fakt, że funkcjonuje – i to z duźym powodzeniem – rynek uźywanej odzieży motocyklowej, butów czy kasków.

Pozostaje zatem wymagać od ubezpieczycieli rzetelnego wyliczania odszkodowania za uszkodzone mienie wraz ze szczegółowym uzasadnieniem, dlaczego dana rzecz przedstawia taką wartość, jak została wyliczona, i w jaki sposób została ona ustalona.

Paweł Wawszczak

główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Dopuszczalność powstrzymania się z likwidacją szkody z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych na czas postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie

W świetle art. 16 ust. 1 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej](#) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Zgodnie z art. 355 k.c. dłużnik zobowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność), zaś staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Jak trafnie wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 26 marca 2006 r. (sygn. akt I ACa 1018/05) „Należyta staranność dłużnika określana przy uwzględnieniu zawodowego charakteru prowadzonej przez niego działalności gospodarczej uzasadnia zwiększone oczekiwania co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość prawa oraz następstw z niego wynikających w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej. [...] Obowiązek należytej staranności dotyczy wszystkich etapów wykonywania zobowiązania, tj. fazy przygotowawczej, zasadniczej i końcowej. Przez cały czas tego wykonywania dłużnik powinien zachować stosowną pilność, uwagę, ostrożność, zdrowy rozsądek oraz troskę o zrealizowanie zamiaru”.

Oceny wyrażone przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu mają charakter uniwersalny i nabierają szczególnego charakteru w przypadku działalności ubezpieczeniowej i umowy

ubezpieczenia – kontraktu najwyższego zaufania. Nie tylko ubezpieczający czy ubezpieczony – jako strona umowy – ale także poszkodowany, dochodzący roszczeń z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., ma prawo oczekiwać od ubezpieczyciela odpowiednich umiejętności, wiedzy, skrupulatności podczas ustalania podstaw odpowiedzialności i wysokości odszkodowania. Poszkodowany zasadnie może oczekiwać od ubezpieczyciela znajomości prawa, uczciwości, troski o zrealizowanie zasadnych roszczeń i uwzględnienia chronionego interesu wierzyciela.

Stosownie zaś do art. 354 § 1 k.c. dłużnik powinien wykonać 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.

Termin wymagalności świadczenia odszkodowawczego w przypadku odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. (termin do wypłaty odszkodowania) jest określony w art. 14 ust. 1 i 2 [ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych](#). Zgodnie z art. 14 ust. 1 tejże ustawy zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W świetle zaś ust. 2 tegoż przepisu w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Zgodnie zaś z art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. W świetle art. 817 § 2 k.c. gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże

bezporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1.

Na gruncie art. 817 k.c. zapadło szereg orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w sprawie wymagalności świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności kiedy można stosować normę z § 2 tego przepisu i kiedy można zasadnie twierdzić, iż ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania uzależnione było wyłącznie od wyników toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Zachowują one pełną aktualność również w przypadku terminu wymagalności świadczenia odszkodowawczego z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. Orzeczenia te mogą stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną dla formułowania ocen o prowadzeniu przez ubezpieczyciela postępowania likwidacyjnego z zachowaniem należytej staranności, jakiej należy oczekiwać od profesjonalisty, oraz mogą być pomocne przy określaniu istnienia lub nieistnienia stanu opóźnienia. Do najważniejszych orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w tej materii można zaliczyć:

- **Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 lipca 1993 r.** (sygn. akt I ACr 443/93): „Żaden przepis prawa ani postanowienie umowy ubezpieczenia autocasco nie przewiduje jako niezbędnego warunku wypłaty odszkodowania przedstawienia przez ubezpieczającego postanowienia o umorzeniu śledztwa wobec niewykrycia sprawcy przestępstwa z art. 208 k.k. w zbiegu z art. 203 § 2 k. k. w związku z art. 10 § 2 k.k.”
- **Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 1993 r.** (sygn. akt I ACr 93/93): „Uzależnienie w treści art. 817 § 2 k.c. ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń od wyjaśnienia okoliczności dotyczących kwestii, czy posiadacz lub kierowca pojazdu mechanicznego są zobowiązani na podstawie art. 435 czy 436 k.c. do zapłaty odszkodowania za szkodę wyrządzoną tym pojazdem, nie oznacza, że za takie »wyjaśnienie« może być uznany tylko wyrok sądu, i to karny, skazujący. Żaden przepis prawa z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych nie utożsamia kwestii wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości świadczenia z koniecznością wyczekiwania na wyrok sądowy. Nic nie stoi na przeszkodzie, by wyjaśnienie powyższych okoliczności nastąpiło w drodze tzw. likwidacji szkody przeprowadzonej przez organy zakładu ubezpieczeń”.
- **Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2000 r.** (sygn. akt III CKN 1105/98): „Przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania prowadzenia

postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej”.

W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy wskazał na bardzo istotną kwestię. Mianowicie po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku zakład ubezpieczeń obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz do zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty. W szczególności nie może on biernie oczekiwać na wynik postępowania karnego dotyczącego zdarzenia wywołującego odpowiedzialność ubezpieczeniową, a jeżeli tak postąpi, to narazi się na odpowiedzialność wobec wierzyciela za zwłokę w wykonaniu zobowiązania. W ocenie Sądu Najwyższego działalność ubezpieczeniowa ma charakter profesjonalny, dlatego należy przyjąć, że zakład ubezpieczeń jest w stanie sprawnie przeprowadzić postępowanie likwidacyjne we własnym zakresie, korzystając z wyspecjalizowanej kadry oraz – w razie potrzeby – z pomocy rzeczoznawców. W warunkach istnienia rynku ubezpieczeniowego oraz wolnej konkurencji przyjęcie innego stanowiska byłoby powrotem do minionego systemu gospodarczego, w którym państwowi monopolisci mieli uprzywilejowany status. Z tych względów Sąd uznał, że przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca chroniony umową ubezpieczenia OC. Obowiązek udowodnienia istnienia okoliczności z art. 817 § 2 k.c. oraz ich zasięgu obciąża ubezpieczyciela (art. 6 k.c.). Obowiązany jest on w szczególności wykazać, że przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego nastąpiło bez nieuzasadnionej zwłoki, z zachowaniem interesu wierzyciela (art. 354 § 1 k.c. i art. 355 § 2 k.c.). Usprawiedliwioną przyczyną opóźnienia nie może być bierność zakładu ubezpieczeń.

▪ **Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 września 2002 r.** (sygn. akt V CKN 1134/00):

„Obowiązek wypłaty przez zakład ubezpieczeń odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu, który wyrządził szkodę, powstaje nie z chwilą uprawomocnienia się wyroku karnego ustalającego winę sprawy wypadku, lecz generalnie rzecz biorąc, z chwilą najwcześniejszego, jak to możliwe, wyjaśnienia przez zakład ubezpieczeń okoliczności wypadku. Zakład ten bowiem, zgodnie art. 817 k.c., ma

obowiązek, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku, ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, to znaczy aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Nie może obowiązkowo tego przerzucać na inne podmioty i biernie oczekiwać na wynik postępowania karnego”.

▪ **Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2009 r.** (sygn. akt II CSK 257/09):

„Świadczenie ubezpieczyciela polegające na zapłacie odszkodowania jest uzależnione od zajścia przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 1 i 2 pkt 1 k.c.). Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 § 1 k.c.). Świadczenie ubezpieczyciela ma zatem charakter terminowy. Gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe (art. 817 § 2 k.c.). Oznacza to, że spełnienie świadczenia w terminie późniejszym może być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy ubezpieczyciel powoła się na istnienie przeszkód w postaci niemożliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, mimo działań podejmowanych ze szczególną starannością”.

Z powyższego wynika zatem, że zasadniczym terminem do ustalenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w związku z ruchem pojazdu mechanicznego i wypłaty odszkodowania jest termin 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Termin, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jest odstępstwem od zasady i może być brany pod uwagę tylko wówczas, gdy ubezpieczyciel przy zachowaniu należytej staranności obiektywnie nie był w stanie w ciągu 30 dni wyjaśnić podstaw swojej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania. Uznanie odpowiedzialności i wypłata odszkodowania w terminie przekraczającym 90 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie może nastąpić, gdy ustalenia te wyłącznie zależą od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia, gdy podjęte przez ubezpieczyciela czynności likwidacyjne, wykorzystane przez niego wszystkie możliwe instrumenty, nie przyniosły obiektywnie rezultatów, które pozwoliłyby na stwierdzenie istnienia lub nieistnienia odpowiedzialności, a określenie to może być dokonane wyłącznie dzięki ustaleniom

faktycznym, poczynionym w procesie karnym lub cywilnym. To, czy ubezpieczyciel należycie zrealizował swoje obowiązki likwidacyjne i czy odszkodowanie mógł wypłacić w podstawowym terminie, czy też w terminach, o których mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, każdorazowo należy oceniać, biorąc pod uwagę, jakie czynności podjął, a także jakie mógł i powinien podjąć jako profesjonalista. Sam fakt wszczęcia określonego postępowania, negowanie odpowiedzialności przez sprawcę szkody czy konieczność wypłaty odszkodowania nie są okolicznościami uzasadniającymi powstrzymanie się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub cywilnego. Ciężar udowodnienia faktu, że świadczenie odszkodowawcze mogło być spełnione wyłącznie po prawomocnym zakończeniu się postępowania karnego lub cywilnego, obciąża wyłącznie ubezpieczyciela. Dowodzenie to nie może być oparte tylko na uzasadnieniu, że zostało wszczęte określone postępowanie lub że sprawca neguje swoją odpowiedzialność. Ubezpieczyciel winien obiektywnie wykazać, że tylko dzięki rozstrzygnięciu, które ma zapaść w postępowaniu karnym lub cywilnym, możliwe jest ustalenie i przyjęcie odpowiedzialności.

W zdecydowanej większości sytuacji sprawca szkody wyrządzonej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego ponosi jednocześnie odpowiedzialność za wykroczenie przeciwko bezpieczeństwu i porządkowi w komunikacji (najczęściej za wykroczenie z art. 86 § 1 k.w. – „Kto na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub strefie ruchu, nie zachowując należytej ostrożności, powoduje zagrożenie bezpieczeństwa w ruchu drogowym, podlega karze grzywny”). W sytuacji odmowy przyjęcia mandatu karnego lub braku warunków formalnych do jego nałożenia wszczynane jest przez Policję postępowanie wyjaśniające w celu skierowania wniosku o ukaranie do sądu. Rodzi się zasadne pytanie, czy fakt wszczęcia postępowania w sprawie o wykroczenie uprawnia ubezpieczyciela do powstrzymania się z likwidacją szkody do czasu jego prawomocnego zakończenia – analogicznie jak w przypadku postępowania karnego lub cywilnego. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych wszczęcie postępowania w sprawie o wykroczenie nie powoduje dopuszczalności powstrzymania się przez ubezpieczyciela z likwidacją szkody ponad termin 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Na odmienny wniosek nie pozwala wykładania językowa i celowościowa (celowościowa historyczna) art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Po pierwsze, norma z art. 14 ust. 2 wyraźnie wskazuje tylko na dwa rodzaje postępowań sądowych – karne i cywilne. Postępowanie w sprawie o wykroczenie postępowaniem karnym

nie jest. Po drugie, [ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia](#) weszła w życie z dniem 31 października 2001 r., natomiast ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych z dniem 1 stycznia 2004 r. Gdyby racjonalny ustawodawca uznał, że również w przypadku postępowania w sprawie o wykroczenie możliwe jest wydłużenie terminu wymagalności świadczenia odszkodowawczego z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. ponad 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, to dałby temu normatywny wyraz. *De lege lata* z takim zdarzeniem nie mamy do czynienia. Oczywiście nie oznacza to, że zajście kolizji drogowej w określonych sytuacjach nie wywołuje komplikacji w precyzyjnym określeniu przyczyn tej kolizji, jej przebiegu i osoby odpowiedzialnej za jej spowodowanie. W sferze terminu wymagalności odszkodowania fakt wszczęcia postępowania w sprawach o wykroczenie, zgromadzone dowody i poczynione ustalenia faktyczne mogą w określonych sytuacjach uzasadniać wydłużenie terminu wymagalności do 14 dni od dnia otrzymania informacji lub dokumentów z tego postępowania, pozwalającego na ostateczne przyjęcie odpowiedzialności lub odmowę jej uznania, ale nie później niż 90 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o szkodzie. Jeżeli jednak okoliczności danej sprawy powodują, że obiektywnie nie można było ustalić odpowiedzialności w terminie 90 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, nadal toczy się postępowanie w sprawie o wykroczenie i wyłącznie dzięki ustaleniom tego postępowania możliwe jest przyjęcie odpowiedzialności, to należałoby wydać stanowisko o odmowie przyjęcia odpowiedzialności i przedstawić dowody na jego poparcie, nie zaś informować poszkodowanego o powstrzymaniu się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia tego postępowania. Taki tryb postępowania wynika bowiem z przedstawionej powyżej wykładni przepisów art. 14 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Tomasz Młynarski

radca prawny w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Zawezwanie do próby ugodowej i postępowanie pojednawcze

Obowiązujące regulacje z zakresu prawa ubezpieczeniowego przewidują, że podstawami wypłaty przez ubezpieczyciela świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia co do zasady są uznanie roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu likwidacyjnym, ugoda zawarta z uprawnionym z umowy ubezpieczenia oraz prawomocne orzeczenie sądu.

Ugoda jest umową cywilnoprawną zdefiniowaną w art. 917 [kodeksu cywilnego](#) (dalej: k.c.), zgodnie z którym: „Przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać”. Pozwala ona zatem na kompromisowe zakończenie sporu, co prowadzi do zmniejszenia kosztów i skrócenia okresu niepewności w odniesieniu do stosunku prawnego istniejącego między skonfliktowanymi stronami. Nieodzownym elementem ugody jest realizacja przez strony jej celu poprzez wzajemne ustępstwa (por. [T. Młynarski, Ugoda jako jedna z podstaw wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, „Monitor Ubezpieczeniowy” nr 50](#)).

Ugoda może mieć zarówno charakter pozasądowy, jak też zostać zawarta w trybie określonym w [kodeksie postępowania cywilnego](#) (dalej: k.p.c.), który statuuje w art. 10 ogólną zasadę, iż w sprawach, w których zawarcie ugody jest dopuszczalne, sąd powinien w każdym stanie postępowania dążyć do ich ugodowego załatwienia. Przepis art. 223 § 1 k.p.c. przewiduje z kolei, że przewodniczący powinien we właściwej chwili skłaniać strony do pojednania, zwłaszcza na pierwszym posiedzeniu, po wstępnym wyjaśnieniu stanowiska stron.

Ugodowemu rozwiązywaniu sporów jeszcze przed wytoczeniem powództwa służy postępowanie pojednawcze, które może objąć każdą sprawę cywilną, jeśli tylko jej charakter na to zezwala (art. 184 zd. 1 k.p.c.), co w praktyce dotyczyć będzie przede wszystkim spraw o prawa majątkowe. Możliwe jest przy tym, by ugoda dotyczyła jedynie części przedmiotu

sporu. Niedopuszczalne jest złożenie wniosku w sprawach, w których z mocy ustawy wyłączona została jurysdykcja krajowa (art. 1099 § 1 k.p.c.), albo w których ustawa nie pozwala na zawarcie ugody, czego przykładem może być chociażby postępowanie w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479⁴¹ k.p.c.). Postępowanie pojednawcze może być wszczęte i prowadzone tylko przed wniesieniem pozwu lub wszczęciem postępowania nieprocesowego. Postępowanie to ulega zatem umorzeniu, jeśli w jego toku zostanie wniesiony pozew albo wszczęte zostanie postępowanie nieprocesowe. Stosownie do [postanowienia Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 30 sierpnia 1966 r. \(sygn. akt I CR 485/66\)](#) powaga rzeczy osądzonej nie tylko wyklucza wytoczenie nowego powództwa pomiędzy tymi samymi stronami o to samo roszczenie, ale sprzeciwia się również wszczęciu w tym zakresie postępowania pojednawczego. Wyjątkiem będzie przypadek, gdy nastąpiła zmiana stosunków uzasadniająca wydanie nowego orzeczenia (np. art. 907 § 2 k.c. dający możliwość żądania zmiany wysokości lub czasu trwania renty w razie zmiany stosunków).

Z wnioskiem o wszczęcie postępowania pojednawczego, określanym jako zawezwanie do próby ugodowej, może wystąpić każda ze stron danego stosunku prawnego – potencjalny powód lub pozwany. Osoby spoza tego stosunku, choćby miały interes w ugodowym załatwieniu sprawy, nie są uprawnione do jego wszczęcia. Strony postępowania pojednawczego muszą przy tym posiadać zdolność sądową oraz mieć legitymację procesową.

Celem wzywającego może być przede wszystkim chęć szybkiego i taniego rozwiązania sporu w drodze ugody, która stanowić będzie tytuł egzekucyjny (art. 777 § 1 pkt 1 k.p.c.). Podkreślić przy tym trzeba, że od wniosku o przeprowadzenie postępowania pojednawczego pobiera się – niezależnie od wartości przedmiotu sporu – opłatę stałą w kwocie jedynie 40 zł (art. 23 pkt 3 [ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych](#)). Z kolei dla dłużnika postępowanie pojednawcze jest okazją do wynegocjowania ustępstw od wierzyciela, a także pozwala uniknąć kosztów potencjalnego procesu.

W praktyce znaczna część tego typu wniosków jest jednak motywowana przede wszystkim chęcią przerwania biegu przedawnienia roszczenia, taki bowiem skutek wywołuje ten wniosek na podstawie art. 123 § 1 pkt 1 k.c. – jako czynność przedsięwzięta przed sądem bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia roszczenia. Jest tak jednak tylko co do wiarytelności precyzyjnie określonej w zawezwaniu, i to zarówno co do jej przedmiotu, jak i wysokości, tak aby było wiadome, jakie roszczenia, w jakiej wysokości i kiedy wymagalne są

objęte wnioskiem. Bez spełnienia tego wymogu nie można wiązać z zawezwaniem do próby ugodowej skutku w postaci przerwania biegu przedawnienia roszczenia ([postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2014 r., sygn. akt V CSK 586/13](#), [wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 5 listopada 2014 r., sygn. akt I ACa 19/14](#), [wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 30 grudnia 2014 r., sygn. akt I ACa 654/14](#)).

Przedmiotem licznych kontrowersji była do niedawna dopuszczalność wielokrotnego przerywania biegu terminu przedawnienia za pomocą kolejnych wniosków o zawezwanie do próby ugodowej. W świetle najnowszego orzecznictwa taki skutek następuje tylko raz. Jak bowiem podniesiono, przerwanie biegu przedawnienia nie jest podstawowym celem instytucji postępowania pojednawczego i nie można uznać, aby prawnie dopuszczalne było przerywanie biegu terminu przedawnienia w nieskończoność za pomocą kolejnych wniosków o zawezwanie do próby ugodowej ([wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 12/14](#)).

Z treści art. 185 § 1 k.p.c. wynika, iż o zawezwanie do próby ugodowej – bez względu na właściwość rzeczową – można zwrócić się wyłącznie do sądu rejonowego ogólnie właściwego dla przeciwnika, czyli właściwego według jego miejsca zamieszkania lub siedziby, bądź też według siedziby państwowej jednostki organizacyjnej, z której działalnością wiąże się roszczenie dochodzone od Skarbu Państwa. Zawezwanie do próby ugodowej powinno odpowiadać ogólnym wymogom formalnym, w tym przewidzianym dla pierwszego pisma procesowego, tj. wynikającym z art. 126 i 128 k.p.c. Powinno ono także zawierać wniosek o przeprowadzenie postępowania pojednawczego oraz związane oznaczenie sprawy, tak aby sąd mógł ocenić dopuszczalność postępowania pojednawczego. Jeżeli sprawa nadaje się do przeprowadzenia postępowania pojednawczego, a ewentualne braki formalne zostaną uzupełnione, sąd doręcza odpis zawezwania przeciwnikowi i wyznacza termin posiedzenia jawnego, o którym zawiadamia obie strony (art. 148 § 1 i art. 149 k.p.c.).

Strona może w toku tego postępowania działać przez pełnomocnika, chyba że w danym pełnomocnictwie wyłączono możliwość zawarcia ugody w imieniu mocodawcy (art. 91 pkt 4 k.p.c.). Postępowanie pojednawcze przeprowadza sąd w składzie jednego sędziego (art. 185 § 2 k.p.c.). W toku posiedzenia sąd winien umożliwić stronom dojdzie do porozumienia oraz uzgodnienie treści ugody. Z posiedzenia sporządza się protokół, a jeżeli doszło do zawarcia ugody, wówczas jej osnowę wciąga się do protokołu albo zamieszcza w odrębnym dokumencie stanowiącym część protokołu, po czym potwierdza podpisami stron

(art. 185 § 3 k.p.c.). Sąd nie wydaje natomiast odrębnego postanowienia, które kończyłoby postępowanie pojednawcze.

Na sądzie spoczywa bezwzględny obowiązek zbadania ugody. Jeżeli jej treść jest niezgodna z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierza do obejścia prawa, sąd uznaje ją za niedopuszczalną (art. 184 zd. 2 k.p.c.), co przyjmuje formę postanowienia, na które służy zażalenie ([uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1985 r., sygn. akt III CZP 28/85](#)). Wprawdzie w toku postępowania pojednawczego nie prowadzi się postępowania dowodowego mającego na celu wyjaśnienie okoliczności sprawy, jednak ocena dopuszczalności ugody może być, jak się wydaje, poprzedzona przeprowadzeniem dowodów (por. [M. Śladkowski, *Zawezwanie do próby ugodowej w praktyce sądowej*, „Monitor Prawniczy” 2009, nr 14, s. 800](#)).

Zazwyczaj w treści zawartej ugody strony same regulują rozkład ciężaru kosztów postępowania pojednawczego, w związku z czym sąd o tym nie orzeka. Jeśli strony nie rozwiążą tej kwestii, koszty podlegają wzajemnemu zniesieniu. W sytuacji gdy do ugody nie doszło, mimo iż obie strony stawiły się na posiedzenie, sąd nie orzeka o kosztach postępowania. Zgodnie natomiast z art. 186 § 1 k.p.c., jeżeli wzywający nie stawi się na posiedzenie, sąd na żądanie przeciwnika obciąży go obowiązkiem zwrotu kosztów wywołanych próbą ugodową. W tej kwestii sąd wydaje postanowienie, na które służy zażalenie. Jeśli z kolei bez usprawiedliwienia nie stawi się na posiedzenie przeciwnik, sąd na żądanie wzywającego, który wniósł następnie w tej sprawie pozew, uwzględni koszty wywołane próbą ugodową w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie (art. 186 § 2 k.p.c.). Obciążenie tymi kosztami przeciwnika nastąpi zatem dopiero w postępowaniu cywilnym toczącym się w sprawie, której dotyczyła próba ugodowa, o ile wnioskodawca wystąpi wówczas z wnioskiem o zasądzenie tych kosztów.

Jak już wspomniano, ugoda zawarta przed sądem stanowi tytuł egzekucyjny, powinna zatem być tak zredagowana, by nadawała się do wykonania. W zakresie skutków materialnoprawnych ugoda zawarta przed sądem podlega przepisom o wadach oświadczeń woli w określonych przypadkach. Istnieje w związku z tym możliwość uchylecia się od skutków oświadczenia złożonego w odniesieniu do ugody (art. 82–88 k.c.).

Jako że ugoda sądowa stanowi tytuł egzekucyjny, jej stronie przysługuje uprawnienie do wytoczenia powództwa opozycyjnego, które będzie zmierzało do pozbawienia ugody skutku w postaci wykonalności (art. 840 § 1 k.p.c.).

Uгода nie jest natomiast negatywną przesłanką procesową i nie korzysta z powagi rzeczy osądzonej (*res iudicata*). Uгода może być natomiast podstawą zarzutu o charakterze materialnoprawnym, określanego jako powaga rzeczy ugodzonej (*res transacta*). W razie skutecznego podniesienia takiego zarzutu powództwo podlega oddaleniu.

Roszczenie stwierdzone ugodą zawartą w postępowaniu pojednawczym, podobnie jak w przypadku roszczenia stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu, przedawnia się z upływem dziesięciu lat, chociażby termin przedawnienia roszczeń tego rodzaju był krótszy (art. 125 § 1 k.c.).

Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.

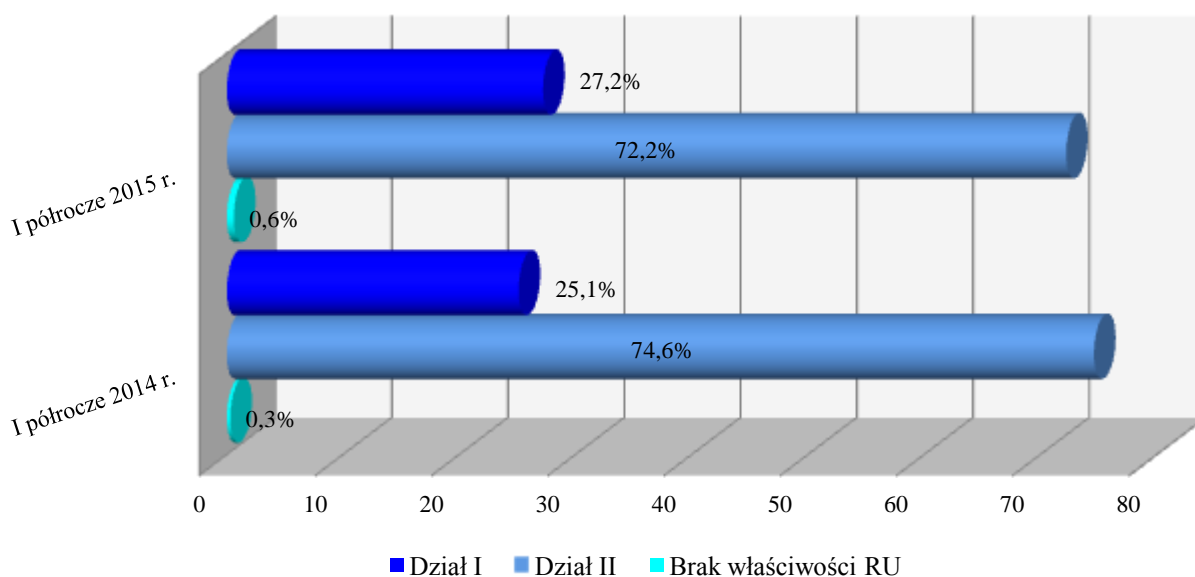
W I półroczu 2015 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał 7564 pisemne skargi zgłaszane w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych (Tabela nr 1, Wykres nr 1). [Dla porównania w I półroczu 2014 r.](#) odnotowano 7960 skarg – co oznacza, iż nastąpił spadek liczby spraw o 5,0 %. 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 nieprawidłowości występujące na rynku ubezpieczeniowym. Oznacza to, iż skala nierespektowania prawa przez część podmiotów rynku ubezpieczeniowego względem poszkodowanych jest nadal znacząca.

Pomimo spadku liczby otrzymanych spraw w przedstawianym okresie sprawozdawczym nadal obserwujemy duże zainteresowanie innymi formami kontaktów z Biurem Rzecznika Ubezpieczonych (poradnictwo telefoniczne, poradnictwo e-mailowe, strona internetowa oraz kontakt za pośrednictwem portalu społecznościowego Facebook).

Tabela nr 1
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.

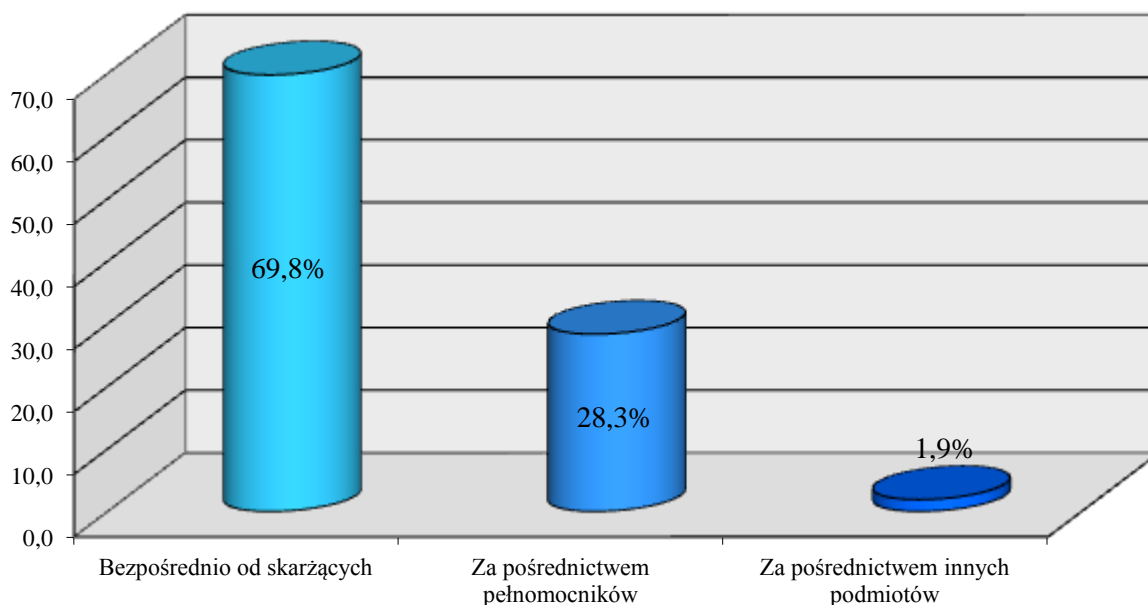
| Lp. | Podział skarg | Liczba | % |
|------------|---|---------------|------------|
| 1. | Dział I – Ubezpieczenia na życie | 2057 | 27,2 |
| 2. | Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe | 5460 | 72,2 |
| 3. | Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych | 47 | 0,6 |
| 4. | Ogółem | 7564 | 100 |

Wykres nr 1
Podział ryzyka według działów w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2014 r.
w porównaniu do I półroczu 2015 r.



W I półroczu 2015 r. skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych napływały zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia – 5278 spraw (69,8%), jak też za pośrednictwem pełnomocników i innych podmiotów – 2286 spraw (30,2%) (Wykres nr 2).

Wykres nr 2
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.



Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 3533 skargi, co stanowiło 46,7% ogółu spraw. [Dla porównania, w I półroczu 2014 r.](#) liczba ta wynosiła 4015 (50,4%). Oznacza to, iż nastąpił spadek udziału grupy skarg dotyczącej problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych o 3,7 pkt proc.

W I półroczu 2015 r. odnotowano wpływ 2939 skarg odnoszących się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Udział tych spraw uległ zmniejszeniu w stosunku do I półrocza ubiegłego roku o 1,8 pkt proc.

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 oraz zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę przyznawanego najbliższym członkom rodziny zmarłego.

Pomimo spadku liczby spraw odnoszących się do ubezpieczeń autocasco (o 1,2 pkt proc. w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku) – w I półroczu 2015 r. nadal zajmowały one wysoką pozycję w zakresie liczebności skarg w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych (435 spraw – 5,7%).

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.

Kolejne miejsce w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych – z uwagi na liczbę spraw – zajmowały skargi dotyczące roszczeń regresowych zakładów ubezpieczeń – 57 skarg (0,7%).

Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych – 14 skarg (0,2%) oraz nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (29 skarg – 0,4%). Łącznie udział tej grupy skarg w porównaniu do I półrocza 2014 r. uległ zmniejszeniu o 0,5 pkt proc.

Pozostałe wystąpienia skarżących w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych dotyczyły ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 37 skarg (0,5%), ubezpieczeń assistance – 7 skarg (0,1%), ubezpieczeń Zielonej Karty – 7 skarg (0,1%), ubezpieczeń szyb samochodowych – 4 skargi (0,05%) oraz ubezpieczeń kosztów naprawy pojazdu – 4 skargi (0,05%) (Tabela nr 2).

Tabela nr 2
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.

| Tematyka skarg | Liczba | % |
|--|-------------|-------------|
| DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie | 2057 | 27,2 |
| Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel) | 10 | 0,1 |
| Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.: | 2047 | 27,1 |
| - Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW) | 888 | 11,7 |
| - Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym | 678 | 9,0 |
| - Ubezpieczenia na życie | 451 | 6,0 |
| - Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci | 10 | 0,1 |
| - Ubezpieczenia rentowe | 6 | 0,1 |
| - Brak danych | 14 | 0,2 |
| Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe | 5460 | 72,2 |
| Ubezpieczenia komunikacyjne: | 3533 | 46,7 |
| - OC | 2939 | 38,9 |
| - AC | 435 | 5,7 |
| - NNW kierowcy i pasażerów | 37 | 0,5 |
| - Assistance | 7 | 0,1 |
| - Zielona Karta | 7 | 0,1 |
| - Ubezpieczenia szyb samochodowych | 4 | 0,05 |
| - Ubezpieczenia kosztów naprawy pojazdu | 4 | 0,05 |
| - Regres (dot. szkód komunikacyjnych) | 57 | 0,7 |
| - UFG (dot. likwidacji szkód) | 14 | 0,2 |
| - UFG (kary i regres) | 29 | 0,4 |

| | | |
|---|-------------|------------|
| Ubezpieczenia OC (pozostałe): | 691 | 9,1 |
| - OC przedsiębiorcy | 578 | 7,6 |
| - OC w życiu prywatnym | 70 | 0,9 |
| - OC wykonywanego zawodu | 32 | 0,4 |
| - OC przewoźnika | 9 | 0,1 |
| - OC statków powietrznych i morskich | 2 | 0,0 |
| Ubezpieczenia mienia: | 311 | 4,1 |
| - Ubezpieczenia mienia osób fizycznych | 259 | 3,4 |
| - Ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw | 48 | 0,6 |
| - Assistance | 3 | 0,0 |
| - Ubezpieczenia cargo mienie w transporcie | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowo zakupionego sprzętu | 253 | 3,3 |
| Ubezpieczenia NNW: | 217 | 2,9 |
| - Ubezpieczenia NNW | 169 | 2,2 |
| - Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej | 48 | 0,6 |
| Ubezpieczenia rolne: | 157 | 2,1 |
| - OC rolników | 82 | 1,1 |
| - Obowiązkowe ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego | 49 | 0,6 |
| - Ubezpieczenia upraw | 15 | 0,2 |
| - Ubezpieczenia mienia w gospodarstwach rolnych | 6 | 0,1 |
| - Ubezpieczenia maszyn rolniczych | 2 | 0,0 |
| - Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwach rolnych | 1 | 0,0 |
| - UFG (dot. likwidacji szkód) | 2 | 0,0 |
| Ubezpieczenia turystyczne: | 74 | 1,0 |
| - Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą | 45 | 0,6 |
| - Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży | 12 | 0,2 |
| - Ubezpieczenia bagażu | 13 | 0,2 |
| - Ubezpieczenia kosztów leczenia dla cudzoziemców | 2 | 0,0 |
| - Ubezpieczenia opóźnienia/odwołania lotu | 1 | 0,0 |
| - Assistance | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych: | 40 | 0,5 |
| - Ubezpieczenia kredytu | 40 | 0,5 |
| Regresy (dot. pozostałych szkód) | 17 | 0,2 |
| Ubezpieczenia ryzyk finansowych | 16 | 0,2 |
| Gwarancje ubezpieczeniowe | 8 | 0,1 |
| Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego | 4 | 0,0 |
| Ubezpieczenia ochrony prawnej | 2 | 0,0 |
| Ubezpieczenia zdrowotne | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia maszyn budowlanych | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia ryzyk budowlanych | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwach domowych | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia krótkoterminowych należności eksportowych | 1 | 0,0 |
| Ubezpieczenia lotnicze | 1 | 0,0 |
| Upadłość zakładów ubezpieczeń | 1 | 0,0 |
| UFG dot. upadłości | 1 | 0,0 |
| Brak danych | 129 | 1,7 |
| Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych | 47 | 0,6 |
| Ogółem | 7564 | 100 |

W omawianej grupie ubezpieczeń znacząca liczba skarg odnosiła się do składek ubezpieczeniowych – 392 skargi (5,2%) (Tabela nr 3), co wskazuje na spadek o 1,7 pkt proc. w odniesieniu do I półrocza 2014 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; 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 I półroczu 2015 r. – w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego odnotowano spadek o 1,3 pkt proc. skarg związanych z tzw. podwójnym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (w I półroczu 2014 r. – 2,8%, w I półroczu 2015 r. – 1,5%).

W przedstawianym okresie sprawozdawczym na drugim miejscu, pod względem liczebności znajdowały się skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 2057 spraw, co stanowiło 27,2% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które w tym okresie wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych. [W porównaniu do I półrocza 2014 r.](#) w tej grupie spraw nastąpił wzrost o 2,1 pkt proc. (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 I półroczu 2015 r. takich spraw odnotowano 10 (0,1%).

Drugi rodzaj umów z zakresu skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 r. – łącznie takich skarg odnotowano 2047 (27,1%). Najliczniejsza grupa spraw z omawianego zakresu dotyczyła ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych będących uzupełnieniem ubezpieczeń na życie – 888 spraw (11,7%), co oznacza, iż [w odniesieniu do I półrocza 2014 r. nastąpił ich znaczny wzrost](#) o 1,7 pkt. proc. Wysoka pozycja w tej grupie skarg dotyczyła ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – 678 spraw (9,0%). W stosunku do I półrocza ubiegłego roku (770 spraw – 9,65%) nastąpił spadek liczby skarg z tego zakresu o 0,65 pkt. proc. Kolejne miejsce zajęły skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – 451 spraw (6,0%), ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci – 10 spraw (0,1%) oraz ubezpieczeń rentowych – 6 spraw (0,1%).

Spory w grupie spraw ubezpieczeń działu I dotyczyły przede wszystkim 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. Dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia – stosowanie przez zakłady ubezpieczeń wysokich opłat likwidacyjnych. 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 ich 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 – 691 skarg (9,1%), w tym: OC z tytułu wykonywanej działalności i posiadanego mienia, OC w życiu prywatnym, OC z tytułu wykonywania zawodu, OC przewoźnika oraz OC statków powietrznych i morskich. Łącznie ich udział w ogólnej liczbie skarg [w stosunku do I półrocza ubiegłego roku](#) uległ zmniejszeniu o 0,6 pkt proc.

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 I półroczu 2015 r. zawierała zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 311 skarg (4,1%). Udział tych spraw uległ zmniejszeniu [w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku](#) o 0,9 pkt proc. Znaczna liczba tych spraw odnosiła się do nieprawidłowości w działaniach zakładów ubezpieczeń w sprawie likwidacji szkód zalaniowych, kradzieżowych oraz ogniowych. 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.

Wysoką pozycję w zakresie liczebności skarg stanowiły ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowo zakupionego sprzętu – 253 sprawy (3,3%). [W porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego](#) nastąpił znaczny wzrost spraw z tego zakresu o 2,1 pkt proc. 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.).

Kolejna grupa skarg dotyczyła ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 217 spraw (2,9%), w tym 48 spraw (0,6%) odnosiło się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej. [W porównaniu do I półrocza 2014 r.](#) – udział w niniejszej grupie spraw wzrósł o 0,5 pkt proc.

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 157 spraw (2,1%) odnoszących się do problematyki ubezpieczeń rolnych. [W porównaniu do analogicznego okresu sprawozdawczego minionego roku](#) odnotowano wzrost tych spraw o 0,6 pkt proc. Wśród nich najwięcej skarg dotyczyło umów obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego – 82 sprawy (1,1%) – wzrost o 0,45 pkt proc. w stosunku do I półrocza 2014 r.

Pozostałe wystąpienia skarżących w zakresie ubezpieczeń rolnych dotyczyły: obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 49 skarg (0,6%) – spadek o 0,1 pkt proc. w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku; ubezpieczeń upraw – 15 skarg (0,2%) – wzrost o 0,1 pkt. proc. w porównaniu do I półrocza 2014 r.; ubezpieczeń mienia w gospodarstwach rolnych – 6 skarg (0,1%), ubezpieczeń maszyn rolniczych – 2 skargi oraz ubezpieczeń zwierząt w gospodarstwach rolnych – 1 skarga.

Pozostałe 2 skargi z zakresu ubezpieczeń rolnych dotyczyły Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych.

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 I półroczu 2015 r., podobnie jak w minionych latach, zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w poniższych grupach (Tabela nr 3):

- oddalenie roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 3167 skarg (41,9%). W porównaniu do I półrocza 2014 r. liczba skarg w tym zakresie znacznie wzrosła o 3,4 pkt proc.;
- spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 2144 skargi (28,3%). W tej grupie skarg w porównaniu do I półrocza ubiegłego roku odnotowano spadek o 3,3 pkt proc.;
- 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 oraz dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie w szczególności z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwrot zainwestowanych środków pieniężnych, bez potrącania jakichkolwiek opłat – łącznie 957 skarg (12,7%). W porównaniu do I półrocza 2014 r. udział skarg w tym zakresie uległ zmniejszeniu o 3,8 pkt proc.;
- opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym – 507 skarg (6,7%). W porównaniu do I półrocza 2014 r. odnotowano ich wzrost o 0,5 pkt proc.

Tabela nr 3
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.

| Lp. | Przyczyna skargi | Liczba | % |
|------------|--|--|--|
| 1. | Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I | 130 | 1,7 |
| 2. | Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I | 10 | 0,1 |
| 3. | Opieszałość w wykupie polisy Dział I | 5 | 0,1 |
| 4. | Odmowa wykupu wartości polisy Dział I | 4 | 0,0 |
| 5. | Oddalenie roszczenia Dział I Dział II | 3167 887 2280 | 41,9 11,7 30,2 |
| 6. | Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II | 2144 262 1882 | 28,3 3,4 24,9 |
| 7. | Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II | 507 52 455 | 6,7 0,7 6,0 |
| 8. | Składki: Dział I - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty, odmowa przejścia 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) | 957 514 443 111 281 51 | 12,7 6,8 5,9 1,5 3,7 0,7 |
| 9. | Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I Dział II | 27 17 10 | 0,4 0,2 0,1 |
| 10. | Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I Dział II | 49 26 23 | 0,6 0,3 0,3 |
| 11. | Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I Dział II | 149 27 122 | 2,0 0,4 1,6 |
| 12. | Odmowa wglądu w akta Dział I Dział II | 174 89 85 | 2,3 1,2 1,1 |
| 13. | Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I Dział II | 3 2 1 | 0,0 0,0 0,0 |
| 14. | Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział II | 1 | 0,0 |
| 15. | Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I Dział II | 46 17 29 | 0,6 0,2 0,4 |
| 16. | Inne przyczyny skargi Dział I Dział II | 46 15 31 | 0,6 0,2 0,4 |
| 17. | Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty kar i należności regresowych Dział II | 98 | 1,3 |

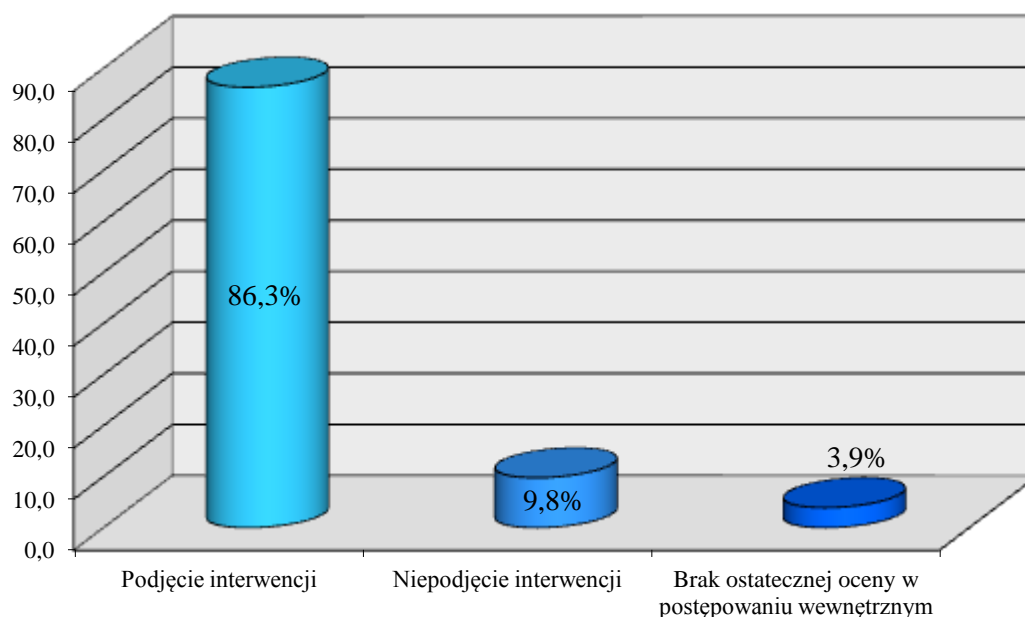
| | | | |
|-----|---|-------------|------------|
| 18. | Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych | 47 | 0,6 |
| 19. | Ogółem | 7564 | 100 |

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji

W I półroczu 2015 r. w większości spraw kierowanych do urzędu tj. w 6527 sprawach (86,3%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (Wykres nr 3). Udział w ogólnej liczbie skarg nieznacznie wzrósł o 0,1 pkt proc. [w stosunku do I półrocza ubiegłego roku.](#) 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 740 przypadkach, co stanowiło 9,8% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (w porównaniu do I półrocza 2014 r. nastąpił spadek o 0,8 pkt proc.). 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 3,9% skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r., nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym. Dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

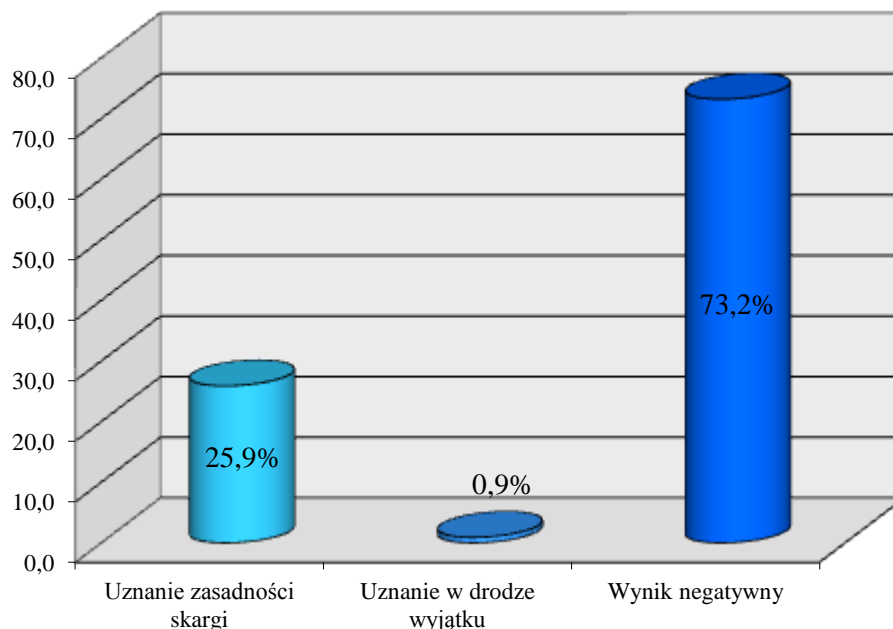
Wykres nr 3
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r.



W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r. łącznie w odniesieniu do 1081 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 26,8% wszystkich spraw zakończonych, w tym 37 spraw zostało uznanych w drodze wyjątku (0,9%). [W porównaniu do I półrocza 2014 r.](#) skuteczność interwencji (efektywność) Rzecznika Ubezpieczonych uległa zmniejszeniu o 1,9 pkt proc. Dokonując oceny wyniku interwencji Rzecznika, pomimo spadku w stosunku do I półrocza 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 zaostżenia polityki finansowej niektórych podmiotów rynku ubezpieczeniowego polegającej na maksymalnym ograniczaniu wysokości odszkodowań i świadczeń poprzez permanentne nierespektowanie przepisów prawa ubezpieczeniowego oraz ugruntowanej linii orzecznictwa, a także znacznego wzrostu liczby skarg z zakresu ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych będących uzupełnieniem ubezpieczeń na życie, gdzie oferowana konsumentom ochrona ubezpieczeniowa jest zazwyczaj iluzoryczna.

W I półroczu 2015 r. 2952 sprawy zostały zakończone wynikiem negatywnym, co stanowiło 73,2% 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 I półroczu 2015 r.



Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń

W omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 2057 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I, co stanowiło 27,2% wszystkich spraw (Tabela nr 1, Wykres nr 1). [W porównaniu do I półrocza ubiegłego roku sprawozdawczego](#), w którym wpłynęło 1999 skarg (25,1%), nastąpił wzrost o 2,1 pkt proc.

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I z siedzibą w Polsce odnotowano 2024 wystąpienia; w 13 przypadkach sprawy odnosiły się do funkcjonowania zagranicznych podmiotów; 9 spraw dotyczyło Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce (Tabela nr 4); w 11 sprawach brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga.

W I półroczu 2015 r. odnotowano łącznie 5460 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II, co stanowiło 72,2% wszystkich spraw (Tabela nr 1, Wykres nr 1). [W porównaniu do analogicznego okresu ubiegłego roku](#) w którym wpłynęło 5935 skarg (74,6%), nastąpił ich spadek o 2,4 pkt proc.

Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II z siedzibą w Polsce wpłynęło 4719 skarg; 588 spraw odnosiło się do działalności Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce; 51 skarg odnotowano na działalność zagranicznych zakładów ubezpieczeń; w 35 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 (Tabela nr 5); 47 skarg dotyczyło Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego; 1 sprawa dotyczyła działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz 1 sprawa dotyczyła upadłego zakładu ubezpieczeń, a w odniesieniu do 18 wniosków skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II będącego podmiotem skargi.

W pozostałych 47 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych (Tabela nr 1, Wykres nr 1).

Tabela nr 4
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r. w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.03.2015 r.)*

| Lp. | Zakłady ubezpieczeń działu I | Liczba skarg | % ogólnej liczby skarg z zakresu działu I | Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu I w % (stan na 31.03.2015 r.)* |
|------------|--|---------------------|--|---|
| 1. | AEGON TU na Życie S.A. | 51 | 2,479 | 4,392 |
| 2. | TU Allianz Życie Polska S.A. | 70 | 3,403 | 2,909 |
| 3. | AVIVA TU na Życie S.A. | 35 | 1,702 | 7,777 |
| 4. | AXA ŻYCIE TU S.A. | 102 | 4,959 | 4,310 |
| 5. | BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A. | 3 | 0,146 | 0,855 |
| 6. | TU na Życie Cardif Polska S.A. | 20 | 0,972 | 0,931 |
| 7. | Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group | 70 | 3,403 | 2,651 |
| 8. | WTUŻiR Concordia Capital S.A. | 24 | 1,167 | 0,191 |
| 9. | STU na Życie Ergo Hestia S.A. | 54 | 2,625 | 5,577 |
| 10. | TU na Życie Europa S.A. | 139 | 6,757 | 2,110 |
| 11. | Generali Życie TU S.A. | 131 | 6,368 | 4,581 |
| 12. | ING TU na Życie S.A. | 41 | 1,993 | 5,007 |
| 13. | TU INTER – ŻYCIE Polska S.A. | 6 | 0,292 | 0,036 |
| 14. | MACIF Życie TUW | - | - | 0,057 |
| 15. | METLIFE TUnŻiR S.A. | 42 | 2,042 | 7,393 |

| Lp. | Zakłady ubezpieczeń dział I | Liczba skarg | % ogólnej liczby skarg z zakresu działu I | Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu I w % (stan na 31.03.2015 r.)* |
|-----|--|--------------|---|--|
| 16. | Open Life TU Życie S.A. | 154 | 7,487 | 7,486 |
| 17. | PKO ŻYCIE TU S.A. | 44 | 2,139 | 3,708 |
| 18. | Polisa – Życie TU S.A. Vienna Insurance Group | 30 | 1,458 | 0,900 |
| 19. | PRAMERICA Życie TUiR S.A. | 6 | 0,292 | 0,756 |
| 20. | PZU Życie S.A. | 765 | 37,190 | 28,428 |
| | ➤ Ub. zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel) | 10 | 0,486 | |
| | ➤ Ub. na życie zawarte po 1989 r. | 755 | 36,704 | |
| 21. | TUW Rejent – Life | - | - | 0,053 |
| 22. | Signal Iduna Życie Polska TU S.A. | 6 | 0,292 | 0,220 |
| 23. | Skandia Życie TU S.A. | 130 | 6,320 | 3,147 |
| 24. | TU SKOK Życie S.A. | 15 | 0,729 | 0,244 |
| 25. | UNIQA TU na Życie S.A. | 11 | 0,535 | 0,578 |
| 26. | TUnŻ WARTA S.A. | 75 | 3,646 | 5,704 |
| 27. | Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce: | 9 | 0,438 | - |
| | - SOGECAP S.A. Oddział w Polsce | 6 | 0,292 | |
| | - CALI Europe S.A. Oddział w Polsce | 2 | 0,097 | |
| | - Prevoir-Vie Groupe Prevoir SA Oddział w Polsce | 1 | 0,049 | |
| 28. | Zagraniczne zakłady ubezpieczeń | 13 | 0,632 | - |

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I, za: Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń I/2015, www.knf.gov.pl.

Tabela nr 5
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2015 r. w związku z działalnością
poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.03.2015 r.)*

| Lp. | Zakłady ubezpieczeń działu II | Liczba skarg | | % ogólnej liczby skarg z zakresu działu II | Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 31.03.2015 r.)* |
|-----|---|-----------------------|--|--|---|
| | | Liczba skarg (ogółem) | Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne) | | |
| 1. | TUiR Allianz Polska S.A. | 279 | 193 | 5,110 | 6,372 |
| 2. | AVIVA TU Ogólnych S.A. | 78 | 63 | 1,429 | 1,451 |
| 3. | AXA TUiR S.A. | 17 | 1 | 0,311 | 0,739 |
| 4. | BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group | 60 | 55 | 1,099 | 0,686 |
| 5. | BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. | 50 | 39 | 0,916 | 0,953 |
| 6. | BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A. | 5 | - | 0,092 | 0,767 |
| 7. | TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group | 153 | 85 | 2,802 | 3,421 |
| 8. | Credit Agricole TU S.A. | - | - | - | 0,010 |
| 9. | D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A. | 2 | - | 0,037 | 0,061 |
| 10. | STU Ergo Hestia S.A. | 518 | 340 | 9,487 | 12,474 |
| 11. | TU Euler Hermes S.A. | 1 | - | 0,018 | 1,135 |
| 12. | TU Europa S.A. | 100 | 4 | 1,832 | 3,447 |
| 13. | Generali TU S.A. | 354 | 250 | 6,484 | 3,151 |
| 14. | Gothaer TU S.A. | 175 | 110 | 3,205 | 1,985 |

| Lp. | Zakłady ubezpieczeń dział II | Liczba skarg | | % ogólnej liczby skarg z zakresu działu II | Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 31.03.2015 r.)* |
|-----|--|--------------------------|--|--|--|
| | | Liczba skarg (ogółem) | Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne) | | |
| 15. | TU INTER Polska S.A. | 21 | - | 0,385 | 0,499 |
| 16. | TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group | 339 | 133 | 6,209 | 3,280 |
| 17. | KUKE S.A. | - | - | - | 0,161 |
| 18. | Link 4 TU S.A. | 133 | 119 | 2,436 | 1,833 |
| 19. | TUiR Partner S.A. | 3 | 2 | 0,055 | 0,005 |
| 20. | PTR S.A. | - | - | - | 3,478 |
| 21. | PZU S.A. | 1396 | 975 | 25,568 | 31,010 |
| 22. | Signal Iduna Polska TU S.A. | 12 | - | 0,220 | 0,239 |
| 23. | UNIQA TU S.A. | 147 | 84 | 2,692 | 4,108 |
| 24. | TUiR WARTA S.A. | 569 | 304 | 10,421 | 13,617 |
| 25. | TU ZDROWIE S.A. | 1 | - | 0,018 | 0,081 |
| 26. | Concordia Polska T UW | 14 | 7 | 0,256 | 0,636 |
| 27. | T UW Cuprum | 1 | - | 0,018 | 0,565 |
| 28. | Pocztowe T UW | 23 | 16 | 0,421 | 0,271 |
| 29. | T UW SKOK | 29 | - | 0,531 | 0,564 |
| 30. | T UW T UW | 124 | 69 | 2,271 | 1,659 |
| 31. | T UZ T UW | 115 | 71 | 2,106 | 1,342 |

| Lp. | Zakłady ubezpieczeń dział II | Liczba skarg | | % ogólnej liczby skarg z zakresu działu II | Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 31.03.2015 r.)* |
|-----|---|-----------------------|--|--|---|
| | | Liczba skarg (ogółem) | Liczba skarg (ubezpieczenia komunikacyjne) | | |
| 32. | Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce: | 588 | 523 | 10,769 | - |
| | - Ceska Pojistovna S.A. Oddział w Polsce (PROAMA) | 324 | 312 | 5,934 | |
| | - Avanssur S.A. Oddział w Polsce (AXA Direct) | 136 | 134 | 2,491 | |
| | - Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Ubezpieczenia) | 69 | 66 | 1,264 | |
| | - AGA International S.A. Oddział w Polsce | 19 | - | 0,348 | |
| | - AIG Europe Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce | 18 | 3 | 0,330 | |
| | - BTA Insurance Company SE Oddział w Polsce | 8 | 8 | 0,146 | |
| | - Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce | 5 | - | 0,092 | |
| | - ACE European Group Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce | 4 | - | 0,073 | |
| | - Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce | 3 | - | 0,055 | |
| | - SOGECAP S.A. Oddział w Polsce | 1 | - | 0,018 | |
| | - Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce | 1 | - | 0,018 | |
| 33. | Zagraniczne zakłady ubezpieczeń | 51 | 7 | 0,934 | - |
| 34. | Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU | 35 | 34 | 0,641 | - |

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II, za: Biuletyn Kwartalny. Rynek ubezpieczeń 1/2015, www.knf.gov.pl.

13.05.2015 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział i zaprezentował Urząd Rzecznika na spotkaniu ze studentami Kliniki Prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

20-21.05.2015 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział oraz wygłosił referat na konferencji „Nowoczesne samochody – technologia napraw i likwidacja szkód komunikacyjnych”, zorganizowanej przez Stowarzyszenie Rzecznawców Techniki Samochodowej i Ruchu Drogowego.

25.05.2015 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował [II część raportu Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych](#)

28-30.05.2015 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w XVIII Kongresie Brokerów, którego tematem przewodnim było „Konkurencja i konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym”.

09.06.2015 - W siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych, odbyło się uroczyste wręczenie nagród w [XIV edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.](#)

15.06.2015 – Rzecznik Ubezpieczonych już po raz szósty wraz z 35 instytucjami wziął udział w akcji [„Przed wakacjami, co warto wiedzieć?”](#) – Instytucje wspólnie informują m.in. o bezpieczeństwie oraz prawach i obowiązkach, o których należy pamiętać przed urlopem wypoczynkowym.

18.06.2015 - Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z [wnioskiem do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały w sprawie dopuszczalności zwrotu kosztów leczenia poniesionych w prywatnej służbie zdrowia na podstawie art. 444 § 1 k.c.](#)

18.06.2015 - Rzecznik Ubezpieczonych wzięła udział w debacie pt. „Długookresowa równowaga I filara FUS – czy potrzebne jest szybsze podnoszenie wieku emerytalnego

i zmiana sposobu waloryzacji?”, zorganizowanej przez Pracodawców RP w ramach cyklu „Spotkania na Brukselskiej”.

25.06.2015 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w szkoleniu z zakresu zasad ochrony danych osobowych, zorganizowanym przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

29.06.2015 – Rzecznik Ubezpieczonych wzięła udział w debacie „Rzeczpospolitej” pt. „Wyłaczalność systemu emerytalnego: stan obecny i prognozy”.

30.06.2015 – Rzecznik Ubezpieczonych wzięła udział w ogólnopolskiej konferencji „Innowacje w aktywizacji kobiet 50+ - wyrównanie szans na rynku pracy” zorganizowanej przez Akademię Kultury Informacyjnej i Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

07.07.2015 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięł udział w posiedzeniu Rady Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów.

17.07.2015 – Rzecznik Ubezpieczonych poinformował na swojej stronie internetowej o akcji informacyjnej Ministerstwa Sportu i Turystyki nt. szeroko pojętego bezpieczeństwa turystów pt. "Turystyka bez ryzyka" - www.turystykabezryzyka.gov.pl

07.08.2015 - Rzecznik Ubezpieczonych opublikował [raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie I półrocza 2015 roku](#). Jest to kolejne opracowanie statystyk skargowych, które Rzecznik prezentuje kwartalnie, przekazując je m.in. do organu nadzoru oraz udostępniając do publicznej wiadomości.