MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 57

ISSN 2353-8880

CZERWIEC 2014

Wydawca

Rzecznik Ubezpieczonych

Al. Jerozolimskie 87

02-001 Warszawa

Redakcja

Redaktor naczelna: Aleksandra Wiktorow

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Urszula Borowiecka

(C)2014 Rzecznik Ubezpieczonych. Wszelkie prawa zastrzeżone

Spis treści

Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.

Dochodzenie roszczeń od ubezpieczyciela w procesie cywilnym – vademecum powoda – część 1

Rzecznik Ubezpieczonych pomaga konsumentom w postępowaniach sądowych dotyczących ubezpieczeń na życie z UFK

Opłaty likwidacyjne w umowach ubezpieczenia na życie powiązanych z UFK w świetle orzecznictwa SOKiK – część 1

Co i jak - ubezpieczenia turystyczne

Nowe rozwiązania rynkowe w likwidacji szkód. Jak powinna wyglądać likwidacja szkód z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych?

Bezpośrednia likwidacja szkód komunikacyjnych

Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Zakres zwrotu kosztów pochówku w orzecznictwie sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego

Podatki w ubezpieczeniach – część 2

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – część 2 – obowiązkowe ubezpieczenie podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkody

Odpowiedzialność odszkodowawcza szkół

Zasady gromadzenia oszczędności na IKZE

Kalendarium

Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.

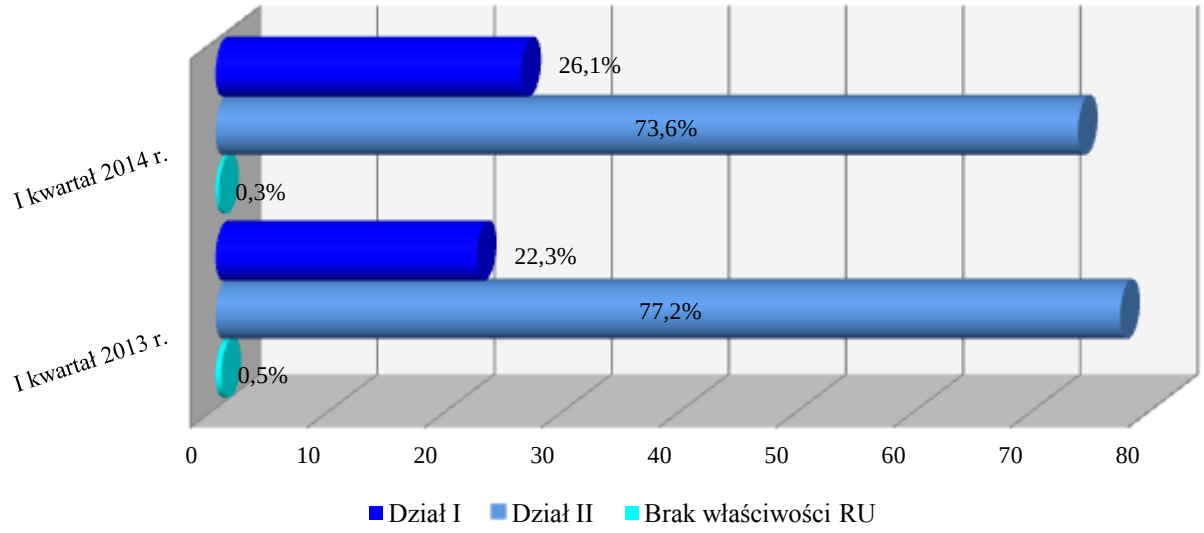
W I kwartale 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał 4233 pisemne skargi zgłaszane w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych (Tabela nr 1, Wykres nr 1). Dla porównania w I kwartale 2013 r. odnotowano 4396 skarg – co oznacza, iż nastąpił spadek o 3,7%. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych nie oznacza to jednak, iż obecnie sytuacja na rynku ubezpieczeniowym uległa poprawie. Analizując pisemne skargi kierowane do Biura Rzecznika w indywidualnych sprawach nadal można zaobserwować pewne patologie występujące na rynku ubezpieczeniowym. Oznacza to, iż skala nierespektowania prawa przez część podmiotów rynku ubezpieczeniowego względem poszkodowanych jest nadal znacząca. Dodatkowo, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, spadek liczby pisemnych skarg wynika w szczególności ze spadku liczby kolizji i wypadków drogowych oraz spadku liczby zawieranych umów ubezpieczeń autocasco.

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

Tabela nr 1
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.

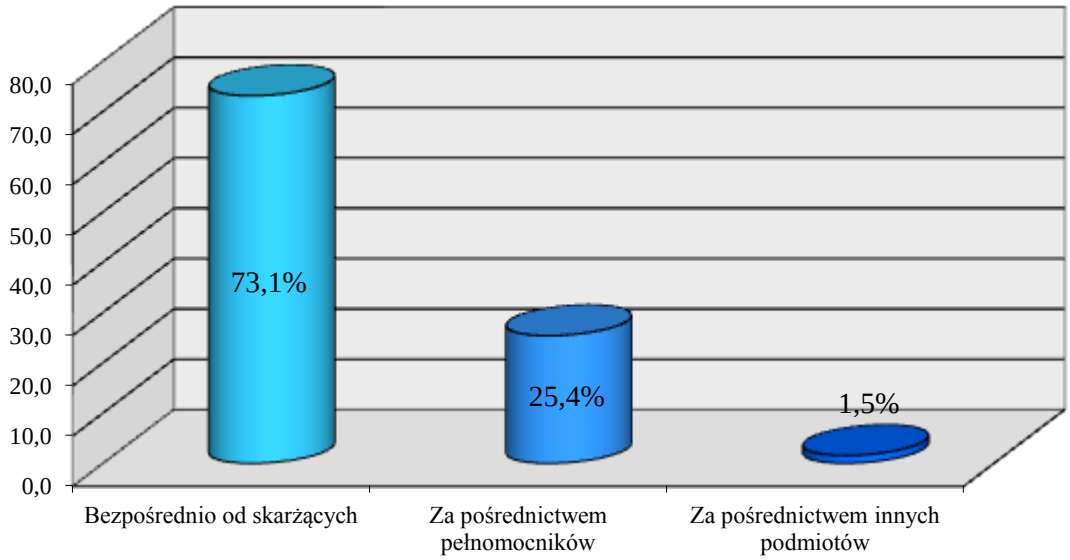
Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I - Ubezpieczenia na życie	1104	26,1
2.	Dział II - Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	3118	73,6
3.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	11	0,3
4.	**Ogółem**	**4233**	**100**

Wykres nr 1
Podział ryzyka według działów w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r. w porównaniu do I kwartału 2013 r.



Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych napływały zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia – 3094 sprawy (73,1%), jak też za pośrednictwem pełnomocników i innych podmiotów – 1139 spraw (26,9%) (Wykres nr 2).

Wykres nr 2
Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.



Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 2109 skarg, co stanowiło 49,8% ogółu spraw. Dla porównania w I kwartale 2013 r. liczba ta wynosiła 2252 (51,2%). Oznacza to, iż nastąpił procentowy spadek udziału grupy skarg dotyczącej problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych o 1,4%.

W I kwartale 2014 r. odnotowano wpływ 1708 skarg odnoszących się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Procentowy udział tych spraw nie uległ zmianie w stosunku do analogicznego okresu minionego roku (40,3%).
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.

Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych przypadła problemom odnoszącym się do ubezpieczeń autocasco – 300 spraw (7,1%). W stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku nastąpił spadek o 2,0%.
Najczęściej podnoszone zarzuty w skargach dotyczyły sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania, zapisów o.w.u. skutkujących całkowitą odmową wypłaty odszkodowania oraz interpretacji przepisów ubezpieczeniowych. Sprawy z tego zakresu odnosiły się także do problemów związanych z likwidacją skutków zdarzenia metodą szkody całkowitej, które

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

Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych – 31 skarg (0,7%) oraz nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (17 skarg – 0,4%). Łącznie procentowy udział tej grupy skarg w porównaniu do I kwartału 2013 r. wzrósł o 0,5%.

Kolejne miejsce w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych – z uwagi na liczbę spraw – zajmowały skargi dotyczące roszczeń regresowych zakładów ubezpieczeń – 24 skargi (0,6%) oraz ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 18 skarg (0,4%).

Pozostałe wystąpienia skarżących w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych dotyczyły ubezpieczeń assistance – 4 skargi (0,1%), ubezpieczeń Zielonej Karty – 4 skargi (0,1%), ubezpieczeń szyb samochodowych – 2 skargi oraz ubezpieczeń kosztów naprawy pojazdu – 1 skarga (Tabela nr 2).

Tabela nr 2
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.

Tematyka skarg	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	**1104**	**26,1**
Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	9	0,2
Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.:	1095	25,9
- Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	461	10,9
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	397	9,4
- Ubezpieczenia na życie	232	5,5
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	3	0,1
- Brak danych	2	0,0
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	**3118**	**73,6**
Ubezpieczenia komunikacyjne:	2109	49,8
- OC	1708	40,3
- AC	300	7,1
- NNW kierowcy i pasażerów	18	0,4
- Assistance	4	0,1
- Zielona Karta	4	0,1
- Ubezpieczenia szyb samochodowych	2	0,0
- Ubezpieczenia kosztów naprawy pojazdu	1	0,0
- Regres (dot. szkód komunikacyjnych)	24	0,6
- UFG (dot. likwidacji szkód)	31	0,7
- UFG (kary i regres)	17	0,4

Ubezpieczenia OC (pozostałe):	402	9,5
- OC przedsiębiorcy	358	8,5
- OC w życiu prywatnym	26	0,6
- OC wykonywanego zawodu	13	0,3
- OC przewoźnika	5	0,1
Ubezpieczenia mienia:	206	4,9
- Ubezpieczenia mienia osób fizycznych	164	3,9
- Ubezpieczenia mienia przedsiębiorstw	39	0,9
- Assistance	3	0,1
Ubezpieczenia NNW:	98	2,3
- Ubezpieczenia NNW	73	1,7
- Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	25	0,6
Ubezpieczenia rolne:	73	1,7
- OC rolników	37	0,9
- Obowiązkowe ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego	27	0,6
- Ubezpieczenia upraw	3	0,1
- Ubezpieczenia mienia w gospodarstwach rolnych	1	0,0
- Ubezpieczenia maszyn rolniczych	1	0,0
- UFG (dot. likwidacji szkód)	2	0,05
- UFG (kary i regres)	2	0,05
Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego i nowozakupionego sprzętu	37	0,9
Ubezpieczenia kredytu i innych produktów bankowych:	33	0,8
- Ubezpieczenia kredytu	32	0,8
- Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	1	0,0
Ubezpieczenia turystyczne:	28	0,6
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	17	0,4
- Ubezpieczenia bagażu	6	0,1
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	4	0,1
- Assistance	1	0,0
Ubezpieczenia ryzyk finansowych	7	0,2
Regresy (dot. pozostałych szkód)	4	0,1
Ubezpieczenia ochrony prawnej	4	0,1
Ubezpieczenia zdrowotne	3	0,1
Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego	3	0,1
Gwarancje ubezpieczeniowe	2	0,0
Ubezpieczenia ryzyk budowlanych	1	0,0
Ubezpieczenia maszyn budowlanych	1	0,0
Casco statków powietrznych i morskich	1	0,0
Ubezpieczenia krótkoterminowych należności eksportowych	1	0,0
Brak danych	105	2,5
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	**11**	**0,3**
Ogółem	**4233**	**100**

W omawianej grupie ubezpieczeń znacząca liczba skarg odnosiła się do składek ubezpieczeniowych – 273 skargi (6,5%) (Tabela nr 3), co wskazuje na spadek o 2,4% – w odniesieniu do I kwartału 2013 r.

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

W I kwartale 2014 r. – w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego odnotowano spadek o 1,0% skarg związanych z tzw. podwójnym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (w I kwartale 2013 r. – 3,6%, w I kwartale 2014 r. – 2,6%).

W przedstawianym okresie sprawozdawczym na drugim miejscu, pod względem liczebności znajdowały się skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 1104 sprawy, co stanowiło 26,1% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które w tym okresie wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych. W porównaniu do I kwartału 2013 r. w tej grupie spraw nastąpił wzrost o 3,8% (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 kwartale 2014 r. takich spraw odnotowano 9 (0,2%).

Drugi rodzaj umów z zakresu skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 r. – łącznie takich skarg odnotowano 1095 (25,9%). Najliczniejsza grupa spraw z omawianego zakresu dotyczyła ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – 461 spraw (10,9%). Wysoka pozycja w tej grupie skarg dotyczyła ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych będących uzupełnieniem ubezpieczeń na życie – 397 spraw (9,4%). Kolejne miejsce zajęły skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – 232 sprawy (5,5%) oraz ubezpieczeń posagowych, zaopatrzenia dzieci – 3 sprawy (0,1%).

W ostatnich latach odnotowujemy znaczną tendencję wzrostową w grupie skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w szczególności oferowanych kanałem bankowym i przez pośredników finansowych produktów *de facto* inwestycyjnych, obarczonych znacznym stopniem ryzyka inwestycyjnego, lecz opakowanych w terminową umowę ubezpieczenia na życie – które mimo swej specyfiki sprzedaje się osobom, do których nie są adresowane. Znaczny stopień

skomplikowania tego rodzaju produktów powoduje również, że konsument mniej zorientowany (na ogół starszy wiekiem), nie jest w stanie dostrzec jakiej natury produkt nabył, często lokując w ten ryzykowny sposób oszczędności życia, a następnie czuje się oszukany, gdy na skutek różnych zdarzeń losowych dochodzi do rozwiązania umowy przed terminem w niej przewidzianym, co skutkuje z reguły utratą znacznej części wpłaconych składek w postaci wysokiej, mającej charakter kary finansowej, opłaty likwidacyjnej. W omawianym okresie sprawozdawczym w tej grupie skarg odnotowano wzrost o 2,5% w stosunku do I kwartału 2013 r. Dla porównania liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym w I kwartale 2013 r. wynosiła 365 (8,4%), natomiast w I kwartale 2014 r. - 461 (10,9%).

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

Kolejne miejsce w badanym okresie sprawozdawczym, pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia OC – 402 skargi (9,5%), w tym: OC z tytułu wykonywanej działalności i posiadanego mienia, OC w życiu prywatnym, OC z tytułu wykonywania zawodu oraz OC przewoźnika. Łącznie procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg w stosunku do I kwartału ubiegłego roku wzrósł o 0,4%.

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 kwartale 2014 r. zawierała zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 206 skarg (4,9%). W tej grupie skarg nastąpił spadek o 0,3% w stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku. Znaczna liczba tych spraw odnosiła się do nieprawidłowości w działaniach zakładów ubezpieczeń w sprawie likwidacji szkód

spowodowanych silnym wiatrem, intensywnymi opadami atmosferycznymi, a także szkód powstałych w okresie zimowym. Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej: brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją zakresu ochrony wynikającej z zawartej umowy, wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia oraz ustalenie przez zakład ubezpieczeń nieadekwatnej do rozmiaru szkody wysokości odszkodowania, co zdaniem skarżących wynikało z braku staranności w określaniu zakresu szkody.

Kolejna grupa skarg dotyczyła ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 98 spraw (2,3%), w tym 25 spraw (0,6%) odnosiło się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej. W porównaniu do I kwartału 2013 r. – procentowy udział w niniejszej grupie spraw nie uległ zmianie.

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 73 sprawy (1,7%) odnoszące się do problematyki ubezpieczeń rolnych. W porównaniu do analogicznego okresu sprawozdawczego minionego roku odnotowano wzrost tych spraw o 0,1%. Wśród nich najwięcej skarg dotyczyło umów obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego – 37 skarg (0,9%) – wzrost o 0,4% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku.

Pozostałe wystąpienia skarżących w zakresie ubezpieczeń rolnych dotyczyły: obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego – 27 spraw (0,6%) – spadek o 0,3% w stosunku do I kwartału 2013 r.; ubezpieczeń upraw – 3 skargi (0,1%) – w porównaniu do I kwartału 2013 r. liczba ta utrzymała się na tym samym poziomie; ubezpieczeń mienia w gospodarstwach rolnych – 1 skarga oraz ubezpieczeń maszyn rolniczych – 1 skarga.

Podobnie jak w przypadku skarg dotyczących ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych, skargi w tej grupie spraw dotyczyły m.in. nieprawidłowości w działaniach zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do szkód spowodowanych silnym wiatrem oraz intensywnymi opadami atmosferycznymi, a także szkód powstałych w okresie zimowym.

Pozostałe 4 skargi z zakresu ubezpieczeń rolnych dotyczyły Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym odmowy uznania w całości lub w części zasadności zgłaszanych roszczeń odszkodowawczych – 2 skargi (0,05%) oraz nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania

gospodarstwa rolnego i ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego (2 skargi – 0,05%).

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

- oddalenie roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 1537 skarg (36,3%). W porównaniu do I kwartału 2013 r. liczba skarg w tym zakresie wzrosła o 1,6%;
- spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 1339 skarg (31,6%). W tej grupie skarg w porównaniu do I kwartału ubiegłego roku odnotowano spadek o 0,8%;
- sposób kształtowania taryf składek oraz zawartych w nich systemów zniżek i zwyżek (bonus/malus) zarówno w ubezpieczeniach obowiązkowych jak i dobrowolnych; rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek; wezwania do zapłaty przez zakład ubezpieczeń składek powstałych na skutek ponownej kalkulacji, występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jak również przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę oraz dodatkowo w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie w szczególności z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwrot zainwestowanych środków pieniężnych, bez potrącania jakichkolwiek opłat – łącznie 735 skarg (17,3%). W porównaniu do I kwartału 2013 r. procentowy udział skarg w tym zakresie wzrósł o 0,6%;
- opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym – 299 skarg (7,1%). W porównaniu do I kwartału 2013 r. odnotowano spadek o 0,9%.

Tabela nr 3
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I	33	0,8
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	10	0,2
3.	Odmowa wykupu wartości polisy Dział I	4	0,1
4.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I	2	0,0
5.	Opieszałość w wykupie polisy Dział I	1	0,0
6.	Oddalenie roszczenia Dział I Dział II	**1537** 430 1107	**36,3** 10,2 26,1
7.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I Dział II	**1339** 140 1199	**31,6** 3,3 28,3
8.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I Dział II	**299** 17 282	**7,1** 0,4 6,7
9.	**Składki:** **Dział I** - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty, odmowa przejęcia opłacania składek **Dział II** - podwójne ubezpieczenie (dot. OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki (dot. ubezpieczeń komunikacyjnych) - wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, podwójne ubezpieczenie (dot. pozostałych ubezpieczeń)	**735** **435** **300** 106 167 27	**17,3** **10,2** **7,1** 2,6 3,9 0,6
10.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I Dział II	**8** 4 4	**0,2** 0,1 0,1
11.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I Dział II	**33** 7 26	**0,8** 0,2 0,6
12.	Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I Dział II	**97** 11 86	**2,3** 0,3 2,0
13.	Odmowa wglądu w akta Dział I Dział II	**38** 2 36	**0,9** 0,0 0,9
14.	Zmiana o.w.u. w trakcie trwania umowy Dział I Dział II	**4** 3 1	**0,1** 0,1 0,0
15.	Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I Dział II	**21** 5 16	**0,5** 0,1 0,4
16.	Inne przyczyny skargi Dział II	12	0,3
17.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozłożenia na raty kar i należności	49	1,2

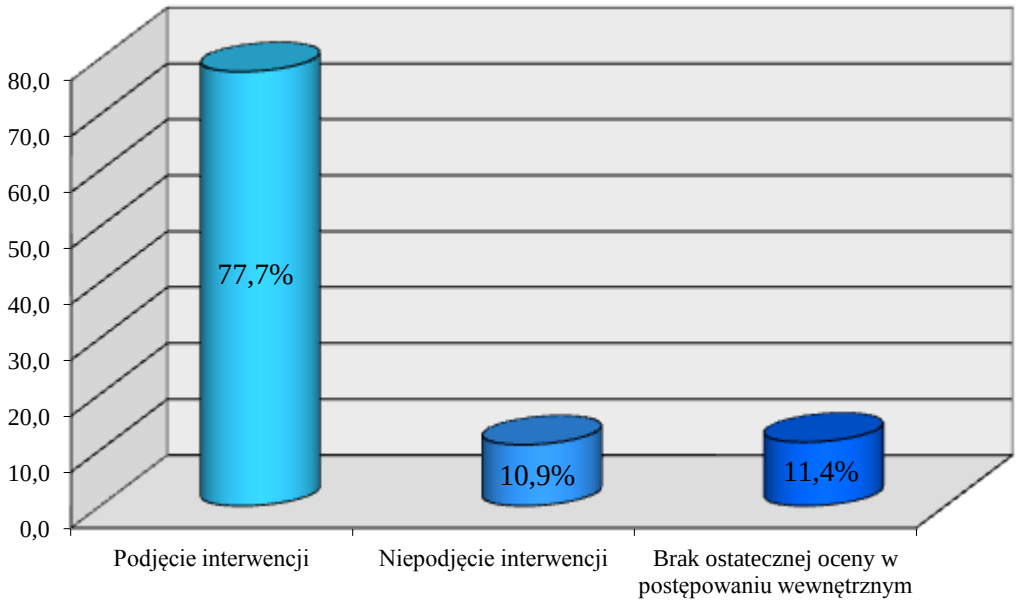
	regresowych Dział II		
18.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	11	0,3
19.	**Ogółem**	**4233**	**100**

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wyniki interwencji

W I kwartale 2014 r. w większości spraw kierowanych do urzędu tj. w 3287 sprawach (77,7%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (Wykres nr 3). Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg wzrósł o 6,9% w stosunku do I kwartału ubiegłego roku sprawozdawczego. Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub interes osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Rzecznik Ubezpieczonych odmówił podjęcia interwencji w 463 przypadkach, co stanowiło 10,9% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (w porównaniu do I kwartału 2013 r. nastąpił spadek o 1,2%). 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 11,4% skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r., nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym. Dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

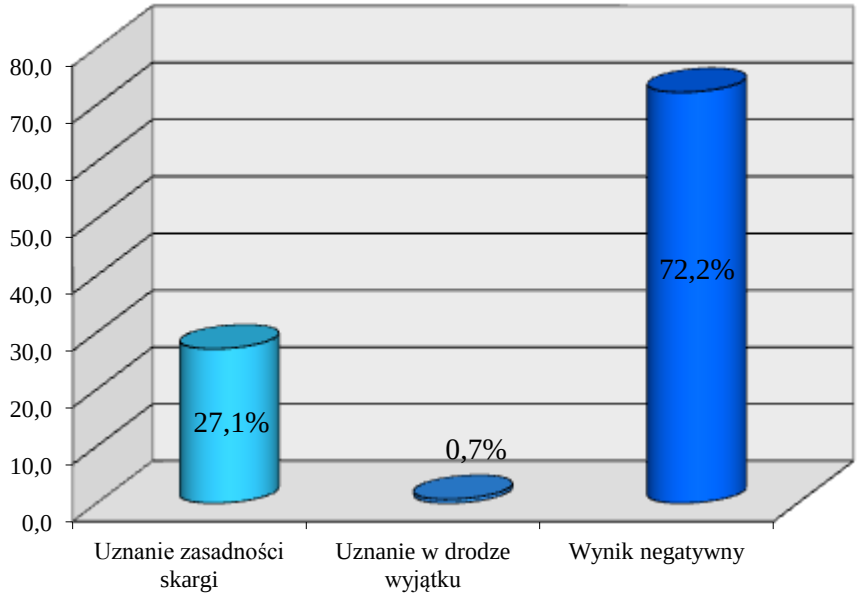
Wykres nr 3
Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r.



W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r. łącznie w odniesieniu do 286 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 27,8% wszystkich spraw zakończonych, w tym 7 spraw zostało uznanych w drodze wyjątku (0,7%). W porównaniu do I kwartału 2013 r. skuteczność interwencji (efektywność) Rzecznika Ubezpieczonych uległa zmniejszeniu o 6,3%. Dokonując oceny wyniku interwencji Rzecznika, pomimo spadku w stosunku do I kwartału ubiegłego roku, należy stwierdzić, iż jest on nadal wysoki. Szczególnie w sytuacji, gdy interwencje Rzecznika Ubezpieczonych mają zasadniczo charakter mediacyjny oraz, że Rzecznik nie prowadzi odrębnego badania stanu faktycznego, który stanowi podstawową przyczynę coraz liczniejszej grupy skarg. Dodatkowo, w ocenie Rzecznika skuteczność interwencji uległa zmniejszeniu z powodu zaostrzenia polityki finansowej niektórych podmiotów rynku ubezpieczeniowego polegającej na maksymalnym ograniczaniu wysokości odszkodowań i świadczeń poprzez permanentne nierespektowanie przepisów prawa ubezpieczeniowego.

W I kwartale 2014 r. 743 sprawy zostały zakończone wynikiem negatywnym, co stanowiło 72,2% 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 kwartale 2014 r.



Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych na poszczególne zakłady ubezpieczeń

W omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 1104 skargi odnoszące się do nieprawidłowości w dziale I, co stanowiło 26,1% wszystkich spraw. W porównaniu do I kwartału ubiegłego roku sprawozdawczego, w którym wpłynęło 978 skarg (22,3%), nastąpił wzrost o 3,8%.

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 1085 wystąpień. W 14 przypadkach sprawy odnosiły się do funkcjonowania zagranicznych podmiotów, w 1 sprawie brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga oraz 4 sprawy dotyczyły Oddziału zagranicznego zakładu ubezpieczeń w Polsce (Tabela nr 5).

W I kwartale 2014 r. odnotowano łącznie 3118 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II, co stanowiło 73,6% wszystkich spraw. W porównaniu do analogicznego okresu ubiegłego roku w którym wpłynęło 3395 skarg (77,2%), nastąpił procentowy ich spadek o 3,6%.

Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II wpłynęło 2712 skarg. W odniesieniu do 20 wniosków skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II

będącego podmiotem skargi; 290 spraw odnosiło się do działalności Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce; 52 skargi dotyczyły Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego; 19 skarg odnotowano na działalność zagranicznych zakładów ubezpieczeń; w 25 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 6).

W pozostałych 11 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych (Tabela nr 1, Wykres nr 1).

Tabela nr 5
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu I - w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.12.2013 r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba skarg	% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu I w % (stan na 31.12.2013 r.)*
1.	AEGON TU na Życie S.A.	17	1,540	3,152
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	88	7,971	1,707
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	19	1,721	6,356
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	20	1,812	5,963
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	31	2,808	3,814
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group	11	0,996	5,378
7.	BZ WBK – AVIVA TU na Życie S.A.	2	0,181	1,634
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	9	0,815	0,843
9.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	17	1,540	1,848
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	2	0,181	0,175
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	33	2,989	1,740
12.	TU na Życie Europa S.A.	123	11,141	5,733
13.	Generali Życie TU S.A.	45	4,076	3,013
14.	ING TU na Życie S.A.	13	1,178	6,513
15.	TU INTER – ŻYCIE Polska S.A.	1	0,091	0,024

16.	MACIF Życie TUW	1	0,091	0,042
17.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	17	1,540	4,017
18.	Open Life TU Życie S.A.	176	15,942	8,424
19.	Polisa – Życie TU S.A. Vienna Insurance Group	9	0,815	0,591
20.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	2	0,181	0,596
21.	PZU Życie S.A. ➢ Ub. zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel) ➢ Ub. na życie zawarte po 1989 r.	373 9 364	33,786 0,815 32,971	28,285
22.	TUW Rejent Life	-	-	0,042
23.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	2	0,181	0,128
24.	Skandia Życie TU S.A.	8	0,725	1,269
25.	TU SKOK Życie S.A.	8	0,725	0,353
26.	UNIQA TU na Życie S.A.	8	0,725	1,251
27.	TUnŻ WARTA S.A. (W dniu 30.12.2013 r. nastąpiło połączenie HDI-GERLING Życie TU S.A. z TUnŻ WARTA S.A. pod nazwą TUnŻ WARTA S.A. – spółką przejmującą jest HDI-GERLING Życie TU S.A.)	50	4,529	7,112
28.	SOGECAP S.A. Oddział w Polsce	4	0,362	-
29.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	14	1,268	-

** Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I, za: Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2013, www.knf.gov.pl.*

Tabela nr 8
Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2014 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.12.2013 r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg	% ogólnej liczby skarg	Udział zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 31.12.2013 r.)*
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	142	4,554	6,757
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	41	1,315	1,415
3.	AXA TUiR S.A.	7	0,225	0,972
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	37	1,187	0,972
5.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	34	1,090	0,746
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	7	0,225	0,601
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	123	3,945	3,922
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	2	0,064	0,071
9.	STU Ergo Hestia S.A.	248	7,954	11,284
10.	TU Euler Hermes S.A.	1	0,032	1,035
11.	TU Europa S.A.	12	0,385	2,677
12.	Generali TU S.A.	165	5,292	3,650
13.	Gothaer TU S.A.	68	2,181	1,890
14.	TU INTER Polska S.A.	5	0,160	0,441

15.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	220	7,056	4,066
16.	KUKE S.A.	-	-	0,154
17.	Link 4 TU S.A.	66	2,117	1,401
18.	MTU Moje TU S.A.	129	4,137	2,599
19.	TUiR Partner S.A.	1	0,032	0,013
20.	PTR S.A.	-	-	1,227
21.	PZU S.A.	724	23,220	31,107
22.	Signal Iduna Polska TU S.A.	14	0,449	0,186
23.	UNIQA TU S.A.	126	4,041	4,203
24.	TUiR WARTA S.A.	341	10,936	12,849
25.	TU ZDROWIE S.A.	3	0,096	0,106
26.	Concordia Polska TUW	15	0,481	1,304
27.	TUW Cuprum	-	-	0,217
28.	Pocztowe TUW	15	0,481	0,309
29.	TUW SKOK	23	0,738	1,014
30.	TUW TUW	80	2,566	1,830
31.	TUW TUZ	63	2,021	0,984
32.	**Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:** - Avanssur S.A. Oddział w Polsce (AXA Direct) - Ceska Pojistovna S.A. Oddział w Polsce (PROAMA)	**290** 117 113	**9,301** 3,752 3,624	-

	- Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Direct)	43	1,380	
	- Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	6	0,193	
	- AIG Europe Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce	4	0,128	
	- Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	2	0,064	
	- AGA International S.A. Oddział w Polsce	2	0,064	
	- ACE European Group Ltd Sp. z o.o. Oddział w Polsce	2	0,064	
	- Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce	1	0,032	
33.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	19	0,609	-
34.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	25	0,802	-

** Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II, za: Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2013, www.knf.gov.pl.*

Tomasz Młynarski,
radca prawny, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Dochodzenie roszczeń od ubezpieczyciela w procesie cywilnym– vademecum powoda – część 1

Ostatecznej, wiążącej oceny zasadności stanowiska zakładu ubezpieczeń o całkowitej lub częściowej odmowie zaspokojenia zgłoszonych mu roszczeń jest władny dokonać sąd powszechny w drodze procesu cywilnego, jako że spór dotyczący odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę ma charakter cywilnoprawny. Ubezpieczyciel, informując na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie, że świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ma w związku z tym obowiązek pouczyć ją o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Właściwość rzeczowa i miejscowa sądu

Podstawowym zagadnieniem, jakie wiąże się z wniesieniem powództwa, jest poprawne określenie sądu właściwego do rozpoznania danej sprawy. W sprawach o prawa majątkowe, a takimi są spory z ubezpieczycielem o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego (odszkodowania, zadośćuczynienia, renty itd.), właściwe są co do zasady sądy rejonowe (jest to tzw. właściwość rzeczowa). Jeżeli jednak wartość przedmiotu sporu przewyższa siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych, wówczas właściwy jest już sąd okręgowy. Jak wyliczyć wartość przedmiotu sporu? W sprawach o roszczenia pieniężne wartość przedmiotu sporu stanowi po prostu podana kwota pieniężna, do której nie wlicza się odsetek żądanych obok roszczenia głównego. Jeżeli powód dochodzi pozwem kilku roszczeń, wówczas zlicza się ich wartość. Natomiast w sprawach o prawo do świadczeń powtarzających się, takich np. jak renta, wartość przedmiotu sporu stanowi suma świadczeń za jeden rok, a jeżeli świadczenia trwają krócej niż rok – za cały czas ich trwania.

Jeśli zaś chodzi o stwierdzenie, który dokładnie sąd rejonowy lub okręgowy jest właściwy do rozpoznania danej sprawy (tzw. właściwość miejscowa), to podstawową zasadą obowiązującą w procesie jest konieczność wytoczenia powództwa przed tym sądem, w którego okręgu

pozwany ma miejsce zamieszkania bądź siedzibę (określa się to mianem właściwości ogólnej). Co jednak bardzo istotne, powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia (lub obejmujące roszczenia z tytułu tych ubezpieczeń) można wytoczyć nie tylko według przepisów o właściwości ogólnej, lecz też przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, poszkodowanego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Lista sądów powszechnych wraz z ich danymi teleadresowymi jest dostępna na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości.

Warunki formalne pozwu

Kodeks postępowania cywilnego stawia pewne minimalne wymogi, które musi spełnić każde pismo procesowe. Powinno ono zawierać:

- oznaczenie sądu, do którego jest skierowane, imię i nazwisko lub nazwę stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników;
- oznaczenie rodzaju pisma (np. „pozew", „zażalenie", „apelacja");
- osnowę wniosku lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności;
- podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika;
- wymienienie załączników.

Gdy pismo procesowe jest pierwszym pismem w sprawie, a takim jest zazwyczaj pozew, powinno ponadto zawierać:

- oznaczenie przedmiotu sporu;
- oznaczenie miejsca zamieszkania lub siedziby i adresy stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników;
- począwszy od dnia 7 lipca 2013 r. również numer PESEL lub NIP powoda będącego osobą fizyczną, jeżeli jest on obowiązany do jego posiadania lub posiada go nie mając takiego obowiązku, a w przypadku powoda niebędącego osobą fizyczną – numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w razie jego braku numer w innym właściwym rejestrze, ewidencji lub NIP.

Każde kolejne pismo procesowe powinno z kolei zawierać sygnaturę akt. Natomiast pozew powinien czynić zadość wszystkim wymienionym poprzednio warunkom, a ponadto zawierać:

- dokładnie określone żądanie, a w sprawach o prawa majątkowe także oznaczenie wartości przedmiotu sporu, chyba że przedmiotem sprawy jest oznaczona kwota pieniężna,
- przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie, a w miarę potrzeby uzasadniających również właściwość sądu.

Do pozwu należy dołączyć jego odpis i odpisy załączników przeznaczone dla strony przeciwnej, a także potwierdzenie uiszczenia opłaty sądowej oraz dokument pełnomocnictwa, jeżeli pozew wnosi pełnomocnik, który przedtem pełnomocnictwa nie złożył. Pozew może ponadto zawierać wnioski o zabezpieczenie powództwa, nadanie wyrokowi rygoru natychmiastowej wykonalności czy przeprowadzenie rozprawy w nieobecności powoda, a także wnioski służące do przygotowania rozprawy, np. o wezwanie na rozprawę wskazanych przez powoda świadków i biegłych, dokonanie oględzin, polecenie pozwanemu dostarczenia na rozprawę dokumentu potrzebnego do przeprowadzenia dowodu a będącego w jego posiadaniu, bądź też przedmiotu oględzin, zażądanie na rozprawę dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

W przypadku dochodzenia przez poszkodowanego roszczeń z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej możliwe są różnorakie konfiguracje po stronie pozwanej, a więc dopuszczalne jest pozwanie zarówno samego ubezpieczyciela, jak i samego ubezpieczonego (osoby ponoszącej odpowiedzialność odszkodowawczą za szkodę), ale też jednoczesne pozwanie ubezpieczyciela i ubezpieczonego. Jeżeli jednak dochodzi do postępowania sądowego o naprawienie szkody objętej ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej, a ubezpieczyciel nie zostaje pozwany, wówczas niezbędne jest jego przypozwanie, które umożliwia ubezpieczycielowi przystąpienie do toczącego się postępowania i działanie we własnym imieniu.

W razie braków formalnych pozwu lub nieuiszczenia należnej od niego opłaty, sąd wzywa stronę do uzupełnienia braków lub opłacenia pozwu w terminie tygodniowym, pod rygorem zwrócenia go.

Wzory pism procesowych, w tym również pozwów, dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych.

Tryby odrębne – postępowanie uproszczone i upominawcze

Zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego, jeżeli przepis szczególny tak stanowi, pisma procesowe wnosi się na urzędowych formularzach, dostępnych w siedzibach sądów oraz na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości. Dotyczy to przede wszystkim procedowania danej sprawy w ramach postępowania uproszczonego. Znajduje ono zastosowanie m.in. w sprawach należących do właściwości sądów rejonowych o roszczenia wynikające z umów (w tym umów ubezpieczenia), jeżeli wartość przedmiotu sporu nie przekracza dziesięciu tysięcy złotych. Wówczas pozew, odpowiedź na pozew, sprzeciw od wyroku zaocznego i pismo zawierające wnioski dowodowe muszą zostać sporządzone właśnie na urzędowych formularzach.

W postępowaniu tym obowiązuje szereg odmiennych zasad. Jednym pozwem można dochodzić tylko jednego roszczenia, a połączenie kilku roszczeń jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy wynikają z tej samej umowy lub umów tego samego rodzaju. Niedopuszczalna jest też zmiana powództwa. Jeżeli natomiast sąd uzna, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Jeśli jednak sąd uzna, że sprawa jest szczególnie zawiła lub jej rozstrzygnięcie wymaga wiadomości specjalnych, a w konsekwencji dopuszczenia opinii biegłego, rozpoznaje ją w zwykłym trybie.

Innym jeszcze trybem, który warto w tym miejscu omówić, jest postępowanie upominawcze, należące do właściwości zarówno sądów rejonowych, jak i okręgowych. Jest ono wdrażane z urzędu, dlatego też umieszczenie w pozwie wniosku o rozpoznanie sprawy w postępowaniu upominawczym nie jest niezbędne, choć oczywiście dopuszczalne. Kodeks postępowania cywilnego stanowi, że jeśli powód dochodzi roszczenia pieniężnego, sąd może rozpoznać sprawę na posiedzeniu niejawnym i wydać nakaz zapłaty. Nie można tego jednak uczynić, jeżeli w świetle treści pozwu roszczenie jest oczywiście bezzasadne, przytoczone okoliczności budzą wątpliwość, zaspokojenie roszczenia zależy od świadczenia wzajemnego, bądź miejsce pobytu pozwanego nie jest znane albo gdyby doręczenie mu nakazu nie mogło

nastąpić w kraju. W takich przypadkach sąd kieruję sprawę do postępowania zwykłego i wyznacza rozprawę.

W nakazie zapłaty wydanym w postępowaniu upominawczym sąd nakazuje pozwanemu, żeby w ciągu dwóch tygodni od jego doręczenia zaspokoił roszczenie w całości wraz z kosztami albo w tym terminie wniósł sprzeciw do sądu. W razie prawidłowego wniesienia sprzeciwu, nakaz zapłaty traci moc, a sąd wyznacza rozprawę i zarządza doręczenie powodowi sprzeciwu razem z wezwaniem na rozprawę.

Koszty procesu

W sprawach o prawa majątkowe od pozwu pobiera się opłatę stosunkową w wysokości 5% wartości przedmiotu sporu, jednak nie mniej niż 30 zł i nie więcej niż 100 000 zł. Końcówkę opłaty należy zawsze zaokrąglić w górę do pełnego złotego. W odrębny sposób zostały natomiast ustalone opłaty w sprawach podlegających rozpoznaniu w postępowaniu uproszczonym. W takich przypadkach pobiera się opłatę stałą uzależnioną od wartości przedmiotu zaskarżenia:

- do 2000 złotych - 30 złotych;
- ponad 2000 zł do 5000 zł – 100 zł;
- ponad 5000 zł do 7500 zł – 250 zł;
- ponad 7500 zł – 300 zł.

Od pisma wniesionego w sprawie o prawa majątkowe, w której wartości przedmiotu sprawy nie da się ustalić w chwili jej wszczęcia, przewodniczący określa z kolei opłatę tymczasową.

Opłatę sądową należy uiścić przy wniesieniu do sądu pisma podlegającego opłacie – w formie bezgotówkowej na rachunek bieżący dochodów sądu albo w formie wpłaty gotówkowej, bezpośrednio w kasie sądu lub w formie znaków opłaty sądowej o odpowiedniej wartości.

Sąd ma jednakże możliwość zwolnienia strony od kosztów sądowych. Osoba fizyczna może się domagać takiego zwolnienia, jeżeli złoży oświadczenie, z którego wynika, że nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Do wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych powinno zostać dołączone oświadczenie obejmujące

szczegółowe dane o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby ubiegającej się o zwolnienie od kosztów – na ustalonym formularzu, dostępnym w siedzibach sądów oraz na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości. Sąd może przyznać zwolnienie od kosztów sądowych także osobie prawnej lub jednostce organizacyjnej niebędącej osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, jeżeli wykazała, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie. Wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy. Możliwe jest zatem złożenie takiego wniosku zarówno wraz z wniesieniem pozwu, jak i jeszcze zanim powództwo zostanie wytoczone.

Strona w całości zwolniona od kosztów sądowych nie uiszcza opłat sądowych i nie ponosi wydatków, które obciążają tymczasowo Skarb Państwa. Sąd może zwolnić stronę od kosztów sądowych również w części, jeżeli strona jest w stanie ponieść tylko część tych kosztów. Zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia jednak strony, która przegrała sprawę, od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi, w tym wynagrodzenia dla jego adwokata lub radcy prawnego. Jedynie w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

W postępowaniu cywilnym obowiązuje zasada, zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę ma obowiązek zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi, o ile ten o to wnioskował. Do kosztów tych należy zaliczyć przede wszystkim opłatę sądową wnoszoną wraz z pozwem oraz wynagrodzenie dla adwokata lub radcy prawnego reprezentującego stronę wygrywającą, ale też inne udokumentowane koszty i wydatki (np. kwotę 17 zł wynikającą z opłaty skarbowej od dokumentu pełnomocnictwa). Koszty te obejmują również wynagrodzenie biegłych sądowych powołanych w danej sprawie, przy czym na ogół zaliczkę na poczet ich wynagrodzenia sąd żąda od strony wnoszącej o dopuszczenie takiego dowodu, całość zaś kosztów wynagrodzenia biegłych rozlicza się w momencie wyrokowania.

W razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty zostają przez sąd wzajemnie zniesione albo stosunkowo rozdzielone. Wówczas, jak powszechnie się przyjmuje, podstawę obliczeń przy podziale kosztów stanowi suma należności obu stron, dzielona proporcjonalnie do stosunku, w jakim strony utrzymały się ze swymi roszczeniami lub obroną. Otrzymane w rezultacie kwoty stanowią udziały stron w całości kosztów. Sąd może jednak obciążyć jedną ze stron obowiązkiem zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do

nieznacznej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. W orzecznictwie przyjmuje się, że również wtedy, gdy przepisy prawa cywilnego nie zawierają ścisłego kryterium do określenia wysokości żądania (np. zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę, stosowne odszkodowanie dla najbliższego członka rodziny zmarłego), a żądanie zostało uwzględnione jedynie częściowo, sąd może obciążyć jedną ze stron obowiązkiem zwrotu wszystkich kosztów procesu, chyba że zostało ono uwzględnione jedynie w niewielkim zakresie. Zwrot kosztów należy się z kolei pozwanemu, pomimo uwzględnienia powództwa, jeżeli nie dał powodu do wytoczenia sprawy (np. powód przed wszczęciem procesu w ogóle nie występował do niego z żądaniem zaspokojenia swoich roszczeń) i uznał przy pierwszej czynności procesowej żądanie pozwu.

Dr Małgorzata Więcko-Tułowiecka
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Rzecznik Ubezpieczonych pomaga konsumentom w postępowaniach sądowych dotyczących ubezpieczeń na życie z UFK

Po półtora roku od publikacji raportu Rzecznika Ubezpieczonych „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym" przed Sądem Okręgowym w Warszawie rozstrzyga się precedensowa sprawa sądowa – pierwszy zbiorowy pozew przeciwko Aegon Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. Ubezpieczyciel został pozwany przez 168 konsumentów, a wartość przedmiotu sporu to 1 778 935,45 zł. W toczącym się postępowaniu sądowym udział wziął również Rzecznik Ubezpieczonych. W dniu 7 marca 2014 r. do Biura Rzecznika wpłynęło bowiem pismo pełnomocników konsumentów zawierające wniosek o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych poglądu w sprawie.

W swojej pisemnej opinii skierowanej do sądu Rzecznik Ubezpieczonych wsparł dochodzących swoich roszczeń konsumentów. Od wielu bowiem lat Rzecznik Ubezpieczonych prowadzi szeroko zakrojone działania zmierzające do wyeliminowania z rynku ubezpieczeń inwestycyjnych nieprawidłowych praktyk. Pozew dotyczy pobieranych przez ubezpieczyciela opłat – tzw. likwidacyjnych, które doprowadziły do utraty całości bądź znacznej części wpłaconych przez ubezpieczonych pieniędzy. Jednak niezgodność wysokich opłat likwidacyjnych z prawem została ustalona już w 2008 r., kiedy zapadł pierwszy wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionujący możliwość ich pobierania w tak nieadekwatnych kwotach. Przez wiele kolejnych lat ubezpieczyciele jednak nadal stosowali niekorzystne zapisy wobec konsumentów. Skutkowało to kolejnymi wpisami w rejestrze klauzul niedozwolonych, które dziś już nie pozostawiają złudzeń, że praktyki ubezpieczycieli nie były w tym zakresie zgodne z prawem.

Zmiana praktyk ubezpieczycieli

Chcąc uniknąć zwrotu gigantycznych kwot pobranych niezgodnie z prawem, ubezpieczyciele zmieniają praktyki pobierania opłat likwidacyjnych. Tak również stało się w sprawie klientów

Aegon. Kiedy stosowane przez ubezpieczyciela zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia ustanawiające opłaty likwidacyjne zostały uznane przez SOKiK za niedozwolone, ubezpieczyciel postanowił jednostronnie zmienić system rozliczania pobieranych kwot. W oparciu o założenia przyjęte w uchwale zarządu nadal pobierał opłaty likwidacyjne przyjmując na poczet tej opłaty sumę kosztów dystrybucji umowy, wystawienia polisy oraz rozwiązania umowy. Co prawda, przyjęty (nowy) system rozliczeń w niektórych przypadkach doprowadził do zwrotu części pobranej opłaty – to w innych przypadkach doprowadził do jej podwyższenia. Najistotniejszą kwestią, według Rzecznika, był jednak fakt, iż działanie ubezpieczyciela stanowiło przejaw jednostronnej zmiany umowy z pominięciem zgody drugiej strony, co nie jest dopuszczalne. Dlatego w swoim poglądzie, który został przesłany sądowi rozpoznającemu sprawę, Rzecznik Ubezpieczonych wyraził przekonanie, że argumenty podniesione przez konsumentów w pozwie są zasadne, a ich powództwo powinno zostać uwzględnione. Do stanowiska Rzecznika załączono również raport z 2012 r. Może być on bowiem istotnym dowodem w rozpatrywanej sprawie.

Obecnie toczą się trzy inne sprawy sądowe z powództwa zbiorowego przeciwko ubezpieczycielom – wszystkie związane z ubezpieczeniami inwestycyjnymi oraz bezprawnie pobranymi opłatami likwidacyjnymi. Na podstawie istniejących już wpisów do rejestru klauzul niedozwolonych, które zakazują stosowania opłat likwidacyjnych (obecnie jest ich 6), można stwierdzić, że liczba pozwów zbiorowych przeciwko ubezpieczycielom w zakresie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może niebawem wzrosnąć. Schemat dochodzenia roszczeń jest bowiem w takich przypadkach dość prosty – zapisy umów ubezpieczenia dotyczące opłat likwidacyjnych zostały zakwestionowane już wielokrotnie – argumentów konsumentom nie będzie więc brakowało. W postępowaniach sądowych nie są jednak analizowane inne nieprawidłowości z zakresu ubezpieczeń inwestycyjnych, o których szczegółowo Rzecznik Ubezpieczonych pisał w swoim raporcie. Już obecnie część ubezpieczycieli nie umieszcza we wzorcach umownych zapisów dotyczących opłat likwidacyjnych, pobiera je jednak w innej formie i innym czasie. Skutek dla konsumenta może być jeszcze bardziej negatywny. Niestety przyczyną takiego stanu rzeczy jest wysoka prowizja, którą otrzymują podmioty oferujące ubezpieczenia inwestycyjne. Prowizja wynosi najczęściej 100% rocznej składki ubezpieczeniowej, co oznacza, że ubezpieczyciel wypłaconą pośrednikowi kwotę musi „odzyskać" z wpłaty klienta. Biorąc pod uwagę fakt, iż zawarta umowa jednocześnie nie gwarantuje klientowi żadnej konkretnej kwoty z inwestycji – ryzyko utraty pieniędzy przez klienta jest bardzo duże.

To właśnie z tego powodu ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w obecnej formie nie spełniają użytecznych społecznie funkcji – ani ochronnej ani inwestycyjnej.

Wątpliwości odnośnie charakteru prawnego umowy ubezpieczenia

Nie tylko jednak powództwa zbiorowe mogą wytyczyć drogę dalszej działalności zakładów ubezpieczeń w zakresie produktów inwestycyjnych. Innym, bardzo istotnym postępowaniem sądowym, od którego wyniku zależeć będzie interpretacja przepisów o ubezpieczeniach inwestycyjnych jest postępowanie prowadzone przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeciwko zakładowi ubezpieczeń na życie o uznanie postanowień dotyczących opłat likwidacyjnych za niedozwolone. Analiza tego postępowania, a w szczególności treść orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Warszawie wskazuje, iż zasadniczą kwestią do rozstrzygnięcia w sprawie pozostaje charakter prawny umowy, w której znajdują się kwestionowane postanowienia, a jest to właśnie umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Odpowiedź bowiem na to problematyczne zagadnienie wytyczy sposób oceny abuzywności rozpatrywanych postanowień. Z tych właśnie względów Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił pisemny pogląd w sprawie, skupiając się głównie na próbie oceny charakteru kwestionowanej umowy. Tym sposobem Rzecznik odniósł się do wytycznych płynących z orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Warszawie, który w uzasadnieniu postawił pytanie: „Czy sposób sformułowania wzorca nie prowadzi do wniosku, że za jego pomocą dochodzi do zawarcia innej umowy, niż umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a więc umowy o charakterze wyłącznie inwestycyjnym (np. służącej inwestowaniu w krótkim okresie czasu, także w celach spekulacyjnych)?”.

Kwestię charakteru umów objętych niniejszym sporem Rzecznik Ubezpieczonych analizuje szczegółowo już od 2012 r. Szerszą analizę tej kwestii zawiera rozdział I ww. raportu Rzecznika. Wskazano w nim, iż niektóre z umów (każdy przypadek należy badać indywidualnie) oferowanych przez ubezpieczycieli jako ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie są *de facto* umowami ubezpieczenia, a poza ubezpieczeniowym instrumentem finansowym o charakterze typowo inwestycyjnym. Raport nie dotyczy więc wszystkich umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – dotyczy pewnych specyficznych umów, które zostały niedawno

wprowadzone na polski rynek i skutkowały natychmiastową lawiną skarg konsumentów. W odniesieniu do niektórych umów niemożliwe jest zastosowanie przepisów art. 805 i nast. k.c., które regulują istotę umowy ubezpieczenia, a skoro nie ma możliwości ich faktycznego zastosowania to nie powinno się przywiązywać najwyższej wagi do nazwy nadanej konkretnej umowie, a raczej, zgodnie z dyspozycją art. 65 k.c., badać jej cel.

Dalsze rozważania na temat charakteru prawnego inwestycyjnych umów ubezpieczenia prowadzono podczas debaty „Ile jest ubezpieczenia w ubezpieczeniu" zorganizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych w dniu 12 kwietnia 2013 r. Uczestnicy debaty przedstawili szerzej argumenty przemawiające za uznaniem pewnych umów oferowanych przez ubezpieczycieli za umowy o charakterze innym niż ubezpieczeniowy. Wskazano m.in., iż obecnie funkcjonujące na polskim rynku umowy nazywane ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym diametralnie różnią się od umów oferowanych w latach 90., kiedy wprowadzano niezwykle szczątkowe normy prawne w tym zakresie. Wskazano, że jeżeli składka nawet w minimalnej części nie jest przeznaczana na ubezpieczenie to umowa nie powinna się nazywać umową ubezpieczenia.

Rzecznik Ubezpieczonych wyraził więc pogląd, że problem interpretacji, a także abstrakcyjnej kontroli wzorców umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest niezwykle skomplikowany i może prowadzić do uznania, że niektóre z nich nie mają charakteru umowy ubezpieczenia. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że jeżeli ocena charakteru analizowanego stosunku (umowy) doprowadziłaby do wniosków, że nie jest to umowa ubezpieczenia, zasadnym stałoby się postawienie zasadniczego pytania: czy zakłady ubezpieczeń co do zasady mogą oferować tego typu produkty, czy też wykraczają swoją działalnością poza dozwolone przez prawo (ustawę o działalności ubezpieczeniowej) ramy? Właśnie z tego względu do udziału w toczącym się postępowaniu przystąpił również Przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego wskazując, odmiennie niż Rzecznik Ubezpieczonych, iż nie ma wątpliwości prawnych w odniesieniu do charakteru umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Warto więc pamiętać, iż fakt, że w warunkach ubezpieczenia nie znalazł się zapis dotyczący opłaty likwidacyjnej nie jest jednoznaczny z tym, iż ubezpieczenie inwestycyjne będzie przynosiło oczekiwane zyski. Argumenty zawarte w raporcie Rzecznika Ubezpieczonych z 2012 r. w odniesieniu do tego rodzaju umów pozostają niestety aktualne, a ubezpieczyciele

oferujący ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinni zostać dokładnie skontrolowani przez odpowiednie organy nadzoru. Tylko bowiem w taki sposób będzie można wyeliminować z rynku nieuczciwych przedsiębiorców.

Paweł Wawszczak
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

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

W ostatnich latach przedmiotem licznych kontrowersji i sporów pomiędzy ubezpieczycielami oferującymi umowy ubezpieczenia na życie powiązane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym a ubezpieczającymi była wysokość różnie określonych opłat, które były pobierane w związku ze wcześniejszym rozwiązaniem umowy. Przez dość długi czas wiele oferowanych produktów przewidywało, że jeżeli ubezpieczający – konsument rozwiąże umowę w ciągu pierwszych lat jej obowiązywania, to opłata z tego tytułu będzie wynosić 100% składki zainwestowanej w fundusze inwestycyjne. Z upływem czasu, w kolejnych, nowych tego rodzaju produktach wysokość tych opłat zmniejszała się, niekiedy iluzorycznie (np. ze 100% do 99% lub ze 100% do 90%), jednakże nadal była zastrzeżona w bardzo wysokiej wysokości. Rezygnacja z umowy przed upływem czasu, na który została zawarta przy tak zastrzeżonej wysokości opłat likwidacyjnych skutkowała więc utratą wszystkich lub prawie wszystkich środków zainwestowanych w określony fundusz inwestycyjny. Wprowadzenie tak wysokich opłat uzasadnione miało być rzekomo wysokimi kosztami związanymi z przygotowaniem i wprowadzeniem produktów na rynek, wysokością prowizji płaconych na rzecz pośredników, niezależnie od tego, że koszty te nie mają w mojej ocenie żadnego związku z rzeczywistymi kosztami na umorzenie jednostek uczestnictwa i przekazaniem środków pieniężnych na rzecz ubezpieczającego (tj. kosztami ponoszonymi z wykonaniem umowy), a obok tego zastrzeżonych było wiele innych opłat, które jednorazowo lub okresowo w czasie obowiązywania umowy ponosił ubezpieczający (np. opłatę wstępną, za zarządzanie, za czynności biura maklerskiego, etc).

Problematyka wysokości opłat likwidacyjnych stała się przedmiotem zainteresowania Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Sąd ten w kilku dotychczas wydanych i prawomocnych wyrokach zakwestionował możliwość stosowania w obrocie z konsumentami opłat likwidacyjnych, które zastrzeżone są w rażąco wygórowanej wysokości. Warto zatem przedstawić stanowiska tego Sądu, motywy, którymi kierował się uznając dane postanowienie za niedozwolone. Aktualnie w rejestrze klauzul abuzywnych znajduje się 6 postanowień ogólnych warunków ubezpieczeń na życie powiązanych z UFK,

które odnosiły się do wysokości opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta. Zostały one wpisane odpowiednio do rejestru w pozycjach: 2161, 3834, 4632, 4633, 5608.

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie więc omówienie postanowień dotyczących opłat likwidacyjnych w umowach ubezpieczenie na życie powiązanych z UFK, które zostały uznane za niedozwolone w obrocie z konsumentami i wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Przedstawienie syntetycznego opisu stanowisk stron prezentowanych w toku postępowania o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone i co najważniejsze zaprezentowane będzie pełne uzasadnienie oceny Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze danego postanowienia umownego. Z uwagi na wymogi publikacyjne i redakcyjne w Monitorze Ubezpieczeniowym opracowanie to będzie podzielone na kilka części. W niniejszym artykule zostanie omówiona klauzula nr 2161.

Klauzula nr 2161

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 14 maja 2010 r. (sygn. akt VI ACa 1175/09), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 29 czerwca 2009 r. (sygn. akt XVII AmC 274/09), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna (koszt wykupu środków zgromadzonych na ORJU składek regularnych) – przy dokonaniu całkowitego lub częściowego wykupu certyfikatu ubezpieczeniowego – 100% jeżeli składki regularne były łącznie opłacane krócej niż 1 rok”.

Postanowienie to w dniu 4 lutego 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2161.

W ocenie powoda postanowienie to naruszało obowiązek rzetelnego i kompleksowego informowania konsumenta o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków, a także nie realizowało przewidzianego w art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej obowiązku określenia lub zawarcia w umowie zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek

ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Powodowało to, że tak sformułowane postanowienie umowne rażąco naruszało interesy konsumenta, gdyż wykreowało nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na niekorzyść klienta. Jednocześnie, godziło w dobre obyczaje, gdyż nie pozwalało konsumentowi zapoznać się ze specyfiką i charakterystyką opłaty likwidacyjnej oraz uniemożliwiało przeprowadzenie realnej oceny o ekwiwalentności świadczeń wynikających z umowy.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, podnosząc, że ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem kapitałowym miały zastosowanie do przedsiębiorców, którzy występują w roli ubezpieczających. Nie była to umowa zawierana z konsumentem w rozumieniu art. 22^1 k.c. Powód nie posiadał zatem czynnej legitymacji procesowej. Niezależnie od tego zakwestionowane postanowienie nie miało charakteru abuzywnego.

SOKiK w całości podzielił stanowisko zaprezentowane przez ubezpieczyciela. Uznał, iż w świetle art. 479^{38} § 1 k.c. powód nie miał czynnej legitymacji procesowej, gdyż nie mógł on z ubezpieczycielem zawrzeć umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Stronami takiego stosunku zobowiązaniowego byli przedsiębiorcy, a ubezpieczony (np. powód) był wyłącznie beneficjentem takiej umowy. Poglądu takiego nie zmieniał fakt, że przepis art. 805 § 5 k.c. stanowił, że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej art. 385^1, 385^3 k.c. stosuje się odpowiednio, albowiem to przepisy kodeksu postępowania cywilnego przesądzają o katalogu podmiotów uprawnionych do inicjowania abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych, a nie przepisy prawa materialnego. Niezależnie od tego, Sąd I instancji, merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. W ocenie SOKiK postanowienie to zawierało wszelkie, niezbędne informacje. Nie można utożsamiać pojęcia składki ubezpieczeniowej z pojęciem „kosztów wykupu", gdyż w tym drugim przypadku chodziło *de facto* o koszt manipulacyjny, jaki trzeba było ponieść żeby wykupić środki zgromadzone na osobistym rachunku osoby ubezpieczonej. Poza tym, umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku ma charakter długoterminowy i powszechnie wiadomym jest, że w pierwszych latach koszt wykupu alokowanych środków jest większy, niż w kolejnych latach, a co za tym idzie również opłaty manipulacyjne są wyższe. Z tych względów zakwestionowane postanowienie

nie naruszało treści art. 385^1 § 1 k.c. i nie nosiło znamion przesłanek klauzuli abuzywnej przykładowo wymienionej w art. 385^3 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. W ocenie Sądu ubezpieczony konsument posiadał legitymację czynną do wytoczenia powództwa o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone. Wprawdzie z formalnoprawnego punktu wiedzenia nie mógł on zawrzeć umowy ubezpieczenia, ale jako jej beneficjent (potencjalny ubezpieczony) odgrywałby pierwszoplanową rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym. Na ubezpieczonym spoczywałby cały ciężar ekonomiczny związany z udzielaniem mu ochrony ubezpieczeniowej, podczas gdy dla ubezpieczającego zostały zastrzeżone tylko pewne czynności o charakterze organizacyjnym, służące należytej dbałości o interes ubezpieczonego. Dla ubezpieczonego nie jest rzeczą obojętną kwestia wysokości pobieranych przez ubezpieczyciela opłat, skoro takie wydatki są pokrywane bezpośrednio z jego środków.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd I instancji pozostawał w błędzie utrzymując, że koszty wykupu środków (opłata likwidacyjna) nie będą, w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, pochłaniały wszystkich środków, stanowiących równowartość zaewidencjonowanych na osobistym rachunku ubezpieczonego jednostek uczestnictwa w danym funduszu kapitałowym. Zgodnie z treścią o.w.u. „wykup" oznaczał wypłatę środków zgromadzonych na osobistym rachunku jednostek uczestnictwa (ORJU) pomniejszoną o koszt przewidziany w tabeli opłat i limitów, tj. o opłatę likwidacyjną. Z kolei z punktu 2 tej tabeli wynikało, że koszt ten będzie wynosił w pierwszym roku 100%, z tym że nie sprecyzowano – czego? Skoro jednak w punkcie 1 tejże tabeli inna opłata (opłata administracyjna) była określona procentowo od wartości rachunku jednostek uczestnictwa to nie było powodów, aby przyjąć odmienny punkt widzenia w przypadku sposobu wyliczenia opłaty likwidacyjnej. Poza tym, w odpowiedzi na pozew, zakład ubezpieczeń nie negował tezy powoda, że rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych w pierwszym roku trwania ubezpieczenia będzie skutkować utratą wszystkich środków, jakie zostaną uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby.

Przy czym zastrzeżenie to miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż skutkowało przejęciem przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarczało tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia jest wyższy niż w latach następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowiło też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Słusznie zatem powód wskazywał, że przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu art. 385^1 § 1 k.c.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o.w.u. o treści: „w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia […] ma prawo dokonać zmian warunków umowy poprzez dostarczenie ubezpieczającemu nowej treści OWU".

Strona powodowa zarzuciła temu zapisowi umownemu, że nie wskazywało ono postanowień objętych klauzulą modyfikacyjną, jak również ważnych przyczyn uzasadniających jednostronną zmianę umowy, co stało w sprzeczności z dyspozycją art. 385^3 pkt 10 i 19 k.c. Strona pozwana, podobnie jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2161, wniosła o oddalenie powództwa z powodu braku legitymacji czynnej powoda i z uwagi na brak przesłanek do uznania o abuzywności tego postanowienia.

SOKiK oddalił powództwo również w zakresie tego postanowienia i z przyczyn wskazanych przy opisie klauzuli abuzywnej nr 2161 (brak legitymacji powoda). Podobnie merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. SOKiK wskazał, że przewidziana możliwość zamiany o.w.u. nie regulowała praw i obowiązków konsumenta (ubezpieczonego), gdyż prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko takim zmianom przysługiwało wyłącznie ubezpieczającemu (przedsiębiorcy) i w razie dokonania takiej czynności dochodziło do wypowiedzenia umowy łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym, co nie miało wpływu na prawa i obowiązki ubezpieczonego. W treści

o.w.u. przewidziano bowiem obowiązek informowania ubezpieczonego o dokonanych zmianach przed wyrażeniem zgody na ich wprowadzenie, a wobec braku odrębnych uregulowań we wzorcu umownym, dotyczących tej kwestii, zastosowanie miały przepisy ustawowe, które gwarantowały osobie ubezpieczonej, iż w przypadku nieprzekazania jej stosowanych informacji o zamierzonych modyfikacjach w o.w.u., zmiana warunków umowy ubezpieczenia była skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej. Sąd I instancji podniósł również, że ubezpieczony miał możliwość zachowania ciągłości ubezpieczenia w drodze indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na wypadek rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd I instancji nie uznał zatem, iż zakwestionowany zapis umowny był postanowieniem niedozwolonym.

Ocena o braku abuzywności tego postanowienia umownego została podzielona w postępowaniu apelacyjnym przez Sąd Apelacyjny w Warszawie. Zdaniem tego Sądu, pomijając nawet kwestię adresata tego zapisu (dotyczył on ubezpieczającego, a nie ubezpieczonego), nie sposób było zauważyć, iż istota tego zapisu umownego sprowadzała się do zagwarantowania ubezpieczycielowi prawa dokonania zmian umowy w całym okresie jej obowiązywania. Natomiast powód w sposób nieuprawniony powiązał użyty w nim zwrot „w każdym momencie" z brakiem konieczności zaistnienia ważnej przyczyny do dokonania modyfikacji o.w.u. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel nie naruszył tu również przepisu art. 385^3 pkt 19 k.c., który zakazuje wprowadzania do umowy zastrzeżenia przewidującego uprawnienie kontrahenta konsumenta do dokonania jednostronnej zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Stosowne gwarancje stabilności postanowień zawartej na rzecz osoby ubezpieczonej umowy ubezpieczenia na życie zawierały postanowienia o.w.u., które regulowały obowiązek poinformowania ubezpieczonego o zmianach przed wyrażeniem zgody na ich dokonanie i skutki niewykonania tego obowiązku informacyjnego. Jakkolwiek z treści zakwestionowanego postanowienia umownego nie wynikało wprost – o wyrażenie czyjej zgody chodziło – to skoro była tam mowa o informacji dotyczącej zmian warunków ubezpieczenia kierowanej do ubezpieczonego, w grę mogła wchodzić tylko jego wola, tym bardziej, że ustawodawca w przepisie art. 829 § 2 k.c. zawarł wymóg uzyskania uprzedniej zgody ubezpieczonego zarówno na zawarcie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, jak i na jej zmianę. Prawidłowo zatem Sąd I instancji uznał, że sporny zapis umowny nie mógł rodzić negatywnych skutków prawnych dla ubezpieczonego.

Zgodnie z zapowiedzią wyrażoną na początku artykułu, w kolejnych wydaniach „Monitora” omówione zostaną klauzule nr 3834, nr 4632, nr 4633 oraz nr 5608.

Urszula Borowiecka
specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Co i jak – ubezpieczenia turystyczne

Zanim sezon urlopowy rozpocznie się w najlepsze, przedstawiamy tekst na temat ubezpieczeń turystycznych – pokrótce scharakteryzujemy te produkty, powiemy też, na co zwrócić uwagę decydując się na konkretne ubezpieczenie, jak je wybrać, jak dopasować do charakteru naszego wyjazdu. Poniżej przeczytacie też jak uniknąć najczęstszych problemów pojawiających się w związku z szeroko pojętym ubezpieczeniem wyjazdów.

Wśród najbardziej popularnych produktów występujących na polskim rynku dotyczących ubezpieczeń turystycznych wyróżnić możemy:

Ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą (KLZ)

Jest to podstawowe i najważniejsze ubezpieczenie turystyczne, które zakresem ochrony obejmuje najczęściej ryzyko kosztów leczenia, nagłego zachorowania oraz wypadku poza granicami Polski. Ubezpieczyciel najczęściej zobowiązuje się do zwrotu poniesionych kosztów niezbędnego leczenia za granicą, w tym kosztów za konsultacje z lekarzem, zabiegi w ambulatorium czy wydatków poniesionych na specjalistyczne badania zlecone przez lekarza; także kosztów pobytu w szpitalu wtedy, kiedy leczenia nie można odłożyć do czasu powrotu do kraju. Sumy, na które można się ubezpieczyć są bardzo różne i wahają się od 10 000 euro do 60 000 euro (w zależności od wybranego wariantu). Warto wiedzieć, że przy wypłacaniu odszkodowania zakład ubezpieczeń będzie wymagał oryginałów rachunków dokumentujących poniesione wydatki. Zatem należy zbierać wszystkie otrzymane dokumenty (także diagnozy lekarskie) związane z leczeniem, zakupem medykamentów, pobytem w szpitalu czy przebytym poza krajem zabiegiem.

Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)

Ubezpieczenie NNW zapewnia ochronę ubezpieczeniową w sytuacji utraty zdrowia lub śmierci, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku. Wartość sumy ubezpieczenia

może sięgać tutaj od 5000 zł do 20 000 zł. Oczywiście im wyższa suma tym lepiej, ale także droższa ochrona. Z polisy ubezpieczenia NNW mogą zostać wypłacone następujące świadczenia: odszkodowanie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku a w razie częściowego uszczerbku, taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku; odszkodowanie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w zależności od oferty – 100% sumy ubezpieczenia, ale zdarzają się produkty korzystniejsze, gdzie przyznaje się 200% albo mniej korzystne – 50% sumy ubezpieczenia. Podstawą przyznania świadczenia jest dostarczona ubezpieczycielowi dokumentacja lekarska a następnie ekspertyza lekarza – orzecznika zakładu ubezpieczeń. Należy pamiętać, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu jest ustalany dopiero po zakończeniu leczenia.

Ubezpieczenia assistance (pomocy w podróży)

Ubezpieczenie assistance to dodatkowe ubezpieczenie gwarantujące całodobową usługę pomocy, dzięki której ubezpieczony ma możliwość szybkiego dostępu np. do pomocy medycznej czy np. uregulowania wszystkich związanych z tym płatności od razu i na miejscu zdarzenia. Ubezpieczenie takie zazwyczaj zapewnia także, w sytuacji nagłego zachorowania ubezpieczonego, organizację i pokrycie dodatkowych kosztów rekonwalescencji (zazwyczaj do 7 dni), a także zwrot kosztów transportu do kraju w sytuacji nagłego zachorowania ubezpieczonego albo członka jego rodziny. O możliwości przewiezienia chorego ubezpieczonego do jego miejsca zamieszkania decyduje lekarz z centrum pomocy wraz z lekarzem prowadzącym leczenie. W ramach ochrony assistance zazwyczaj przewidziana jest także pomoc w sytuacji zgubienia albo kradzieży dokumentów – ubezpieczyciel pomaga wtedy uzyskać dokument zastępczy umożliwiający ubezpieczonemu opuszczenie danego kraju, doradza jak postępować w danej sytuacji. Klient otrzymuje alarmowy numer telefonu (np. numer telefonu współpracownika towarzystwa za granicą lub też całodobowego centrum pomocy w Polsce), dzięki któremu ma zapewniony dostęp do 24 godzinnego serwisu pomocy w języku polskim na całym świecie. Ubezpieczyciel w polisie przeważnie zastrzega sobie termin – zwykle do siedmiu dni – do którego trzeba zawiadomić jego przedstawiciela o zaistniałej szkodzie. W innym przypadku ubezpieczyciel może uchylić się od odpowiedzialności.

Ubezpieczenia bagażu podróżnego

Ubezpieczenie to zapewnia wypłatę odszkodowania w przypadku kradzieży lub zniszczenia bagażu podróżnego. Jednak odszkodowanie można otrzymać dopiero po powrocie do kraju na podstawie dokumentów z policji (lub hotelu), zaświadczających, że zniszczenie bagażu czy jego kradzież faktycznie miały miejsce. Wartość szkody ustala się według udokumentowanej przez ubezpieczającego wartości zaginionego bagażu lub kiedy to niemożliwe, według przeciętnej wartości rynkowej utraconych rzeczy. Warto zwrócić uwagę, że za utratę bagażu pozostawionego bez opieki lub niewłaściwie zabezpieczonego, towarzystwo zwykle nie ponosi odpowiedzialności. Suma ubezpieczenia w tym wypadku waha się w granicach 1000 zł – 3000 zł.

Ubezpieczenia OC

W ubezpieczeniu OC ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody w mieniu lub na osobie wyrządzone przez ubezpieczonego osobom trzecim (tzn. innym osobom). Suma ubezpieczenia za tzw. szkody na osobie w zależności od oferty waha się od 25 000 euro do 50 000 euro. Natomiast za szkody rzeczowe suma gwarancyjna najczęściej kształtuje się na ustalonym przez ubezpieczyciela poziomie kilkunastu procent sumy ustalonej za szkody wyrządzone na osobie.

Ubezpieczenie sprzętu sportowego

Zakres tego ubezpieczenia obejmuje utratę, zniszczenie lub uszkodzenie sprzętu sportowego związane z transportem, przechowywaniem lub użytkowaniem sprzętu podczas podróży. Suma ubezpieczenia wynosi zazwyczaj między 2000 zł a 10 000 zł. Ubezpieczyciel zazwyczaj nie odpowiada za szkody na sprzęcie profesjonalnym, w sytuacji konfiskaty sprzętu sportowego w trakcie odprawy celnej czy w sytuacji, kiedy wartość szkody nie przekracza 100 zł.

Inne ubezpieczenia

Istnieje także możliwość uzupełnienia swojej polisy o inne, niezbędne na konkretnym wyjeździe ubezpieczenia, np. ubezpieczenie kosztów odwołania uczestnictwa w imprezie turystycznej czy wcześniejszego z niej powrotu, ubezpieczenie kosztów pobytu osoby

towarzyszącej lub wezwanej do towarzyszenia (zakwaterowanie, wyżywienie oraz podróż) w przypadku, gdy ubezpieczony poddawany jest hospitalizacji za granicą, ubezpieczenie kosztów poniesionych w związku z wcześniejszym powrotem ubezpieczonego do kraju, spowodowanego nagłą sytuacją losową wymagającą jego obecności w Polsce.

Kupując wycieczkę w biurze podróży, zawsze kupujemy ją z ubezpieczeniem. Nie ma możliwości, byśmy zakupili wyjazd bez polisy. Trzeba jednak mieć na uwadze, że takie umowy ubezpieczenia zazwyczaj mają bardzo ograniczony zasięg. Wynika to z relatywnie niskich sum ubezpieczenia. Brane są pod uwagę tylko podstawowe świadczenia. Zgodnie bowiem z art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych ,,Organizatorzy turystyki, organizujący imprezy turystyczne za granicą, mają obowiązek zawarcia na rzecz osób uczestniczących w tych imprezach umów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia". Koszt takiego ubezpieczenia doliczany jest do ceny imprezy turystycznej i nie ma możliwości rezygnacji z takiego ubezpieczenia. Ze względu na to, że obowiązkowe ubezpieczenie jest dodatkowym wydatkiem dla biur podróży, wybierają one warianty najtańsze, zazwyczaj obejmujące swoim zakresem niezbędne minimum. Należy więc przejrzeć ogólne warunki takiego ubezpieczenia i zorientować się, od jakich zdarzeń jesteśmy ubezpieczeni, a jakie zdarzenia podlegają wyłączeniu. Warto sprawdzić również do jakich kwot pokrywa koszty ubezpieczyciel. Jeśli suma jest niska lub zakres bardzo ograniczony, powinniśmy ubezpieczyć się dodatkowo (doubezpieczenie).

Bardzo istotną kwestią na jaką należy zwrócić uwagę kupując ubezpieczenie turystyczne, to wysokość sumy ubezpieczenia. W zależności bowiem od miejsca docelowego podróży i zakresu kupowanej ochrony ubezpieczeniowej, firmy ubezpieczeniowe oferują określoną wartość sumy ubezpieczenia, na którą ma opiewać polisa. Suma ubezpieczenia jest proponowana zazwyczaj w kilku wariantach – do wyboru np. maksymalny czy minimalny dla danego regionu świata wariant sumy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela za jedno zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową. Tak więc, jeżeli wysokość kosztów, spowodowanych tym zdarzeniem i pokrytych przez ubezpieczyciela nie wyczerpie całej sumy, z jej pozostałej części mogą być pokryte koszty związane z innym zdarzeniem powstałym w okresie ubezpieczenia. Wartość sumy ubezpieczenia towarzystwa ubezpieczeniowe określają w walutach obcych, najczęściej

w USD lub euro. Przeliczenie sumy ubezpieczenia wyrażonej w walutach obcych na złotówki następuje zwykle według średniego kursu ustalonego przez Prezesa NBP, obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

Należy także przeanalizować bardzo dokładnie zdarzenia, za które ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności (wyłączenia odpowiedzialności). Co do zasady bowiem, ubezpieczyciele nie pokryją poniesionych wydatków na leczenie, jeżeli nie było ono objęte zakresem ochrony zawartym w umowie. Dlatego, bez posiadania stosownej umowy nie można liczyć na to, że towarzystwo ubezpieczeniowe zapewni w ramach polisy zwrot kosztów poniesionych na leczenie chorób przewlekłych, istniejących przed zawarciem umowy, na wszelkie badania kontrolne czy szczepienia profilaktyczne. Podstawową ochroną ubezpieczeniową objęte są bowiem na ogół tylko koszty koniecznego leczenia, którego nie można odłożyć do czasu ewentualnego powrotu do kraju. Towarzystwo nie zapłaci także za leczenie następstw, wynikających z nadużycia alkoholu, zaistniałych pod wpływem narkotyków czy leków zażywanych bez nadzoru lekarza. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki usiłowania popełnienia przestępstwa czy samobójstwa, za opiekę związaną z chorobą psychiczną ubezpieczonego, epilepsją, czy chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz wynikającymi z zakażenie wirusem HIV. Z ubezpieczenia wyłączone są także koszty leczenia spowodowane epidemią, działaniami wojennymi, katastrofami, skażeniem jądrowym, aktami terroryzmu, a także koszty leczenia za granicą związane z ciążą i porodem.

Jeśli kobieta jest w ciąży, musi zwrócić uwagę na ogólne warunki ubezpieczenia. Zazwyczaj bowiem jest tak, że produkt ubezpieczeniowy występuje w kilku wariantach, a ochrona ubezpieczeniowa obejmująca kobietę w ciąży występuje w wariancie rozszerzonym. Jednak tutaj zazwyczaj możemy spotkać się tylko z częściową ofertą pokrycia kosztów leczenia, taką jak pierwsza interwencja lekarska lub opieka ambulatoryjna. Co do zasady, ubezpieczyciel nie pokryje kosztów porodu ani kosztów związanych z leczeniem i opieką nad matką i dzieckiem, jeżeli pojawią się one po 25-30 tygodniu ciąży. Nie obowiązuje tutaj jednolity wzorzec umowny, w związku z czym podróżująca kobieta w ciąży powinna każdorazowo zapoznać się z warunkami kupowanego ubezpieczenia.

Ubezpieczając się powinniśmy wybrać taki wariant ubezpieczenia, który najlepiej zabezpieczy nas w podróży. Trzeba wybrać ofertę dobraną do regionu, w jaki się udajemy.

Ubezpieczyciele zazwyczaj dzielą świat na trzy części (Europa oraz kraje basenu Morza Śródziemnego, USA, Kanada, Australia i Japonia, reszta świata). Trzeba też zwrócić uwagę na zakres niezbędnej ochrony ubezpieczeniowej. Można zakupić polisę chroniącą od jednego, konkretnego ryzyka, albo pakiet ubezpieczeniowy zapewniający kompleksową ochronę ubezpieczonemu i jego rodzinie. Zdecydowanie bardziej opłaca się zakupić pakiet ubezpieczeniowy, ponieważ jest na ogół tańszy niż polisy pojedyncze, gwarantujące ochronę w ramach jednego ryzyka. Jeśli chodzi o składkę ubezpieczeniową, trzeba pamiętać, że jej wysokość zazwyczaj adekwatna jest do udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w związku z czym nie należy sugerować się jej najniższą ceną.

EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

Przed wyjazdem na urlop do krajów UE i Wspólnego Obszaru Gospodarczego, nie możemy zapomnieć, aby zaopatrzyć się w europejską kartę ubezpieczenia zdrowotnego, która stanowić będzie podstawę do refundacji ewentualnego leczenia w zagranicznych placówkach publicznej służby zdrowia. Wniosek o wydanie takiej karty dostępny jest na stronie internetowej NFZ oraz w siedzibach oddziałów i delegatur NFZ.

Na marginesie wspomnę jeszcze, że w sytuacji, gdy okaże się, że impreza turystyczna nie powiedzie się z przyczyn zależnych od organizatora, przysługuje nam zwrot kosztów poniesionych w związku z tą imprezą. Biura podróży mają bowiem obowiązek zawrzeć umowę gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej**,** która ma zagwarantować ich płynność finansową po to, by zwrócić nam koszty w sytuacji niewykonania przez nie zobowiązań wynikających z umowy, w tym zwrócić koszty powrotu do kraju.

Aby wybrać najbardziej korzystny dla nas wariant ubezpieczenia, możemy skorzystać z internetowych porównywarek ubezpieczeń turystycznych.

Więcej na temat ubezpieczeń turystycznych znajdziecie na naszej stronie internetowej.

Zachęcam też do zapoznania się z programem informacyjnym dotyczącym praw i obowiązków związanych z wypoczynkiem urlopowym, realizowanym wspólnie przez 35 instytucji.

Cezary Orłowski
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Nowe rozwiązania rynkowe w likwidacji szkód
Jak powinna wyglądać likwidacja szkód z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych?

4 kwietnia 2014 r. PZU S.A. wprowadził w życie system bezpośredniej likwidacji szkód – BLS charakteryzujący się tym, że osoba ubezpieczona w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a będąca poszkodowaną w wyniku zdarzenia drogowego, za którego spowodowanie odpowiedzialność ponosi posiadacz innego pojazdu ubezpieczonego w innym towarzystwie ubezpieczeniowym, będzie mogła zgłosić szkodę u swojego ubezpieczyciela (tu, PZU S.A.).

Jest to zupełnie nowe rozwiązanie na polskim rynku ubezpieczeniowym, chociaż nieobce rozwiązaniom funkcjonującym na ternie innych państw europejskich.

System BLS początkowo wprowadzony przez PZU S.A. już jest „kopiowany" przez kolejnych ubezpieczycieli. UNIQA TU S.A. rozpoczyna przygodę z BLS'em od 1 czerwca 2014 r., kolejna w kolejce wymieniana jest WARTA TUiR S.A., który to ubezpieczyciel jeszcze przed PZU S.A. miał podobny system, aczkolwiek niepełny, gdyż z ograniczeniami, których BLS nie posiada. Ostatecznie system BLS ma dotyczyć całego rynku ubezpieczeniowego, w tym zakresie trwają prace w Polskiej Izbie Ubezpieczeń.

Wprowadzenie powyższego rozwiązania dotyczącego likwidacji szkód w pojeździe skłoniło mnie do ogólnej refleksji na temat ewolucji dokonującej się w praktyce likwidacji szkód (nie tylko komunikacyjnych) na polskim rynku ubezpieczeniowym, jej skutków oraz spodziewanej przyszłości.

Przykład BLS'u zapoczątkowanego przez PZU S.A. nie wydaje się odstępować od utartego w naszej ubezpieczeniowej praktyce związanej z innowacyjnością w likwidacji szkód. Ogólnie rzecz biorąc wygląda to tak, że w zdecydowanej większości autorami nowoczesnych rozwiązań byli i są „najwięksi" ubezpieczyciele. Rozwiązania takie jak: centra likwidacji

szkód (CLS, RCLS), sieć naprawcza (szkód komunikacyjnych) były na początku XXI wieku wprowadzane przez PZU i WARTĘ i następnie powielane przez cały rynek. Nie inaczej będzie w przypadku BLS i nie powinno to nikogo dziwić. W zasadzie można powiedzieć, że za chwilę kwestię kompleksowej likwidacji szkód komunikacyjnych będziemy mieć rozwiązaną poprzez przyjęcie przez cały rynek BLS.

Co w takim razie z pozostałymi obszarami likwidacji szkód? Mam na myśli przede wszystkim tzw. szkody majątkowe (poza komunikacyjne). Komunikacja ma swoje centra likwidacji szkód, sieci naprawcze aut oraz BLS. Majątek natomiast może pochwalić się tylko centralizacją, brak w nim rozwiązań w postaci sieci naprawczej (remontowej) ubezpieczyciela, czy też BLS. W prawdzie BLS na gruncie szkód majątkowych mógłby być rozwiązaniem ryzykownym, nie tak jak w przypadku szkód komunikacyjnych, to jednak stanowiłby również duży plus w podejściu przed front klienta.

Wygląd procesu likwidacji szkód w kilku zdaniach

Skupiając się na likwidacji szkód majątkowych można ją opisać według kryterium technicznego i merytorycznego oraz postulatów, jakie każde z nich powinno spełniać. Większość poniżej prezentowanych postulatów jest już obecnie realizowana bądź wdrażana przez ubezpieczycieli, jednak warto przedstawić je zbiorczo z uwagi na potrzebę zwrócenia uwagi na zasadnicze problemy z jakimi spotykają się klienci usług ubezpieczeniowych w związku z techniczną jak i merytoryczną likwidacją szkód.

I. Postulaty technicznej części likwidacji szkód (likwidatorzy techniczni, rzeczoznawcy zewnętrzni).

a) szybka i sprawna likwidacja szkód, realizowana poprzez:

- przeprowadzenie oględzin mienia niezwłocznie po zgłoszeniu szkody w terminie od 3 do 7 dni,
- przesyłanie dokumentacji do zleceniodawcy (ubezpieczyciela) za pomocą nowoczesnych środków przesyłania informacji (mail, faks, kurier), tak aby nie było przestojów w likwidacji merytorycznej szkody spowodowanych np. oczekiwaniem ubezpieczyciela na doręczenie dokumentacji wysłanej pocztą;

b) profesjonalizm, realizowany w następujący sposób:

- umawianie terminu oględzin i jego dotrzymywanie,

- telefoniczne potwierdzenie przybycia na oględziny na dzień przed terminem,
- wczesne, co najmniej na jeden dzień przed oględzinami, telefoniczne informowanie klienta o przesunięciu terminu na dzień następny, a nie robienie tego w dniu oględzin.
- protokolarna forma opisu przedmiotu oględzin,
- zwiększenie udziału specjalistycznych opinii w sytuacjach spornych bądź wątpliwych,
- rzeczowe i jasne opisywanie przedmiotu oględzin, stwierdzonych uszkodzeń,
- ograniczanie się w wypowiedziach jedynie co do aspektów technicznych likwidacji szkody, unikanie wypowiedzi dotyczących odpowiedzialności za szkodę; daną kwestią zajmują się likwidatorzy merytoryczni,
- unikanie przywoływania w opiniach przepisów prawa, do których odnosi się ustalony w sprawie stan faktyczny oraz „ferowania wyroków";

c) transparentność

- umożliwienie zapoznania się z wynikiem oględzin,
- dopuszczenie osoby zainteresowanej do zgłaszania uwag, sugestii do protokołu na etapie oględzin,
- wręczanie kopii protokołu klientowi.

II. Postulaty merytorycznej części likwidacji szkód

a) sprawność i efektywność, realizowane poprzez:

- zwiększenie obsady likwidatorów (niewystarczająca ich liczba jest często powodem przewlekłości postępowań),
- podejmowanie inicjatywy dowodowej, a nie tylko oczekiwanie na dokumenty, które prześle poszkodowany, sąd, prokuratura, czyli częstsze niż dotychczas korzystanie z opinii biegłych na etapie weryfikacji roszczeń,
- zgłaszanie udziału w ramach toczących się postępowań karnych oraz w sprawach o wykroczenia w charakterze pokrzywdzonego;

b) profesjonalizm

- wymóg kwalifikacji; częstokroć likwidatorzy merytoryczni muszą podejmować decyzję w sprawie, która wymaga wiedzy prawniczej, stąd też zasadne jest aby osoba ta posiadała wiedzę z zakresu prawa cywilnego (w tym zobowiązań),
- odchodzenie od likwidacji szkód „z za biurka" na rzecz bezpośredniej likwidacji szkód – w terenie, np. przeprowadzenie oględzin miejsca zdarzenia, przepytania świadków,

w sprawach szczególnie trudnych powołanie z własnej inicjatywy biegłego zamiast oczekiwania na rozstrzygnięcie sądu karnego,

- odejście od utożsamiania postępowania ubezpieczeniowego z postępowaniem procesowym w ramach, gdzie ciężar dowodu spoczywa na powodzie. Postępowanie likwidacyjne jest bowiem specyficznym trybem postępowania określonym w art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, którego cechy wskazują na odwrócenie dowodu. Stąd też to na ubezpieczycielu jako profesjonaliście spoczywa obowiązek przeprowadzenia tego postępowania w sposób całościowy z wykorzystaniem wszelkich możliwości dowodowych mających na celu weryfikację zgłaszanych roszczeń.

c) transparentność

- udostępnianie ubezpieczonemu, poszkodowanemu etc. na każdym etapie likwidacji szkody dokumentacji, która miała wpływ na odpowiedzialność i wysokość odszkodowania,
- odejście od scentralizowanej infolinii; doświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych wskazują na „totalną klapę" tego rozwiązania na gruncie likwidacji szkód, którą cechuje zmienność stanów faktycznych, sytuacji (kauzalność); infolinia spełnia natomiast swoją rolę, jako narzędzie informacyjne o produktach ubezpieczeniowych, doradcze w zakresie postępowania w przypadku szkody, organizowania pomocy w ramach assistance; infolinia jest bezradna w obliczu sytuacji spornych bądź wymagających wyjaśnienia; konieczny jest wówczas kontakt z osobą decyzyjną, a tą nie jest konsultant,
- traktowanie podmiotu występującego z roszczeniem odszkodowawczym jako równorzędnego partnera w dyskusji, odejście od arbitralnego rozstrzygania spraw na rzecz polubownej drogi rozwiązywania sporów np. w drodze ugody.

Czy sieć remontowa może być panaceum na bieżące problemy w likwidacji szkód majątkowych?

W obecnych rozwiązaniach likwidacji szkód majątkowych (szkody zalaniowe, włamaniowe, pożarowe itd. w budynkach, budowlach) brak jest kompleksowego narzędzia obsługi szkód, które gwarantować będzie minimalną potrzebę zaangażowania klienta ubezpieczyciela w proces likwidacji szkód. Tak jak zaznaczono we wstępnie niniejszego artykułu, za dobre rozwiązanie uznać należy funkcjonowanie sieci naprawczych towarzystw ubezpieczeniowych

w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych. Likwidacja szkód w tym przypadku charakteryzuje się nie tylko bezgotówkowym rozliczeniem szkody, ale przede wszystkim szybkością postępowania i mniejszym formalizmem, gdyż przyjęcie zgłoszenia szkody, opis uszkodzeń, wycena i uzgodnienie z ubezpieczycielem ostatecznych kosztów naprawy następuje w drodze wymiany informacji pomiędzy ubezpieczycielem a warsztatem sieci naprawczej. Dodać przy tym należy, iż ta forma współpracy jest znacznie mniej sporna niż w przypadku napraw poza siecią. Oczywiście rozwiązanie te ma także wady, do których należą zasady napraw pojazdów według preferowanych przez ubezpieczycieli części zamiennych. Chodzi tutaj przede wszystkim o wpływ towarzystwa ubezpieczeniowego na to jaki rodzaj części zamiennych będzie montowany w pojeździe, tj. czy tzw. zamienniki czy też części oryginalne. O ile warunki ubezpieczenia autocasco tę kwestię zazwyczaj regulują, to zagadnienie to wygląda zupełnie inaczej w przypadku ubezpieczeń OC. Tutaj, to jaka część będzie montowana determinować powinna wola osoby poszkodowanej, tak jednak często nie jest, gdyż to ubezpieczyciel stara się narzucić swój wybór, a przez fakt, iż naprawa ma miejsce w sieci naprawczej, która z nim współpracuje, często decyzja ubezpieczyciela uzyskuje najwyższy status.

Przyjrzyjmy się teraz bliżej likwidacji szkód majątkowych. Wprawdzie w tym segmencie występują także, jak ma to miejsce w ubezpieczeniach komunikacyjnych, ubezpieczenia assistance, które rozwiązują problem drobnych awarii i usługi ich usunięcia przez specjalistów takich jak hydraulicy, elektrycy. Brak jednak w tym aspekcie kompleksowego rozwiązania w postaci pełnej usługi remontowo-budowlanej w ramach kompensacji szkód ubezpieczeniowych. Moim zdaniem w tym miejscu obecnie występuje nisza, której wypełnienie mogłoby przynieść rewolucyjne skutki, bardzo podobne do opisanego we wstępie BLS.

Wyobraźmy sobie proces likwidacji szkody zalaniowej, w którym aktywność osoby ubezpieczonej ograniczona jest do zawiadomienia o szkodzie. Po czym na miejsce zdarzenia, tj. do mieszkania albo domu, przybywa wybrana przez ubezpieczonego firma remontowa „sieci remontowo-budowlanej" ubezpieczyciela, która zajmuje się opisem szkody, strat i ich wyceną. Następnie zajmuje się uzgodnieniem z ubezpieczycielem kwestii ochrony ubezpieczeniowej i odpowiedzialności, aby po potwierdzeniu tej ostatniej przeprowadzić natychmiastowy remont przedmiotu ubezpieczenia. Korzyści dla wszystkich zainteresowanych tą opcją są oczywiste. Klient zakładu ubezpieczeń po otrzymaniu

kosztorysu nie musi pytać towarzystwa ubezpieczeń, co niestety jest obecnie bardzo częstym przypadkiem, kto jemu za kwotę wynikającą z kosztorysu przeprowadzi remont? Ubezpieczony nie będzie musiał więc szukać wykonawcy remontu zwykle po najniższej cenie za usługę naprawczą. Zgłosi szkodę do ubezpieczyciela, a ten zapewni jej fizyczne usunięcie. Ubezpieczyciel uniknie w ten sposób większości sporów dotyczących kosztorysowania remontów mieszkań i domów, przeprowadzi likwidację szkody terminowo i profesjonalnie, zaś firma budowlana otrzyma za wykonaną usługę wymierne wynagrodzenie, które z uwagi na owocną długofalową współpracę z ubezpieczycielem będzie kompromisem oczekiwań ubezpieczyciela i zainteresowanej firmy. Oczywiście przedstawiony system, tak jak to ma miejsce w przypadku sieci naprawczej aut będzie miał również i wady, których nie sposób nigdy uniknąć. Jednakże, gdy zestawimy aspekt pozytywny z ewentualnymi zagrożeniami, to system ten zdecydowanie wypada na korzyść konsumentów.

Piotr Budzianowski
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Bezpośrednia likwidacja szkód komunikacyjnych

Rzecznik Ubezpieczonych już w 2009 r. na międzynarodowej konferencji „Nowoczesne rozwiązania w likwidacji szkód komunikacyjnych z perspektywy konsumentów", współorganizowanej przez Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej, Stowarzyszenie „ProMotor", Stowarzyszenie na Rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP oraz Wydział Zarządzania Politechniki Warszawskiej, prezentował m.in. system bezpośredniej likwidacji szkody (BLS), jako jedną z metod poprawy jakości procesów likwidacji szkód komunikacyjnych pod względem rzetelności wyceny szkody, rekonstrukcji zdarzenia i szybkości wypłaty odszkodowania.

Niestety konferencja nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Rynek nie podjął działań mających na celu poprawę jakości procesów likwidacji szkód m.in. poprzez wykorzystanie systemu bezpośredniej likwidacji szkód. Rzecznik Ubezpieczonych analizując kierowane do niego skargi w dalszym ciągu dostrzegał nieprawidłowości w zakresie zgodności procedur likwidacyjnych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a także z orzecznictwem sądowym. Jedną z metod jaką Rzecznik skutecznie zaczął wykorzystywać, aby poprawić sytuację osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, było kierowanie zapytań do Sądu Najwyższego w razie dostrzeżenia rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego. Uchwały Sądu Najwyższego (najem pojazdu zastępczego, amortyzacja części, części oryginalne) wraz z uzasadnieniami stanowią wytyczne do stosowania prawa ubezpieczeniowego oraz powinny być podstawą do ustalania procedur likwidacji szkód komunikacyjnych.

Dopiero pod koniec 2013 r. ukazały się informacje medialne o rozpoczęciu przez samorząd ubezpieczycieli, Polską Izbę Ubezpieczeń, prac nad systemem bezpośredniej likwidacji szkód komunikacyjnych, który miał zostać wdrożony przez zainteresowanych członków Izby (docelowo przez cały rynek). Jak bardzo potrzebne są głębokie zmiany w zakresie jakości likwidacji szkód komunikacyjnych przedstawiono m.in. w raporcie Rzecznika Ubezpieczonych „Orzecznictwo Sądu Najwyższego, a praktyka likwidacji szkód

komunikacyjnych", który został opublikowany na początku 2014 r. Wyrażamy przekonanie, że te działania o charakterze ogólnym jakie przez ostatnie lata podejmował Rzecznik Ubezpieczonych, spowodowały intensyfikację działań całego rynku ubezpieczeniowego w zakresie uruchomienia systemu bezpośredniej likwidacji szkód.

BLS w PZU S.A.

Nieoczekiwanym dla rynku ubezpieczeniowego działaniem było samodzielne wprowadzenie przez PZU z dniem 4 kwietnia 2014 r. nowej usługi dla klientów ubezpieczonych w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w PZU – tzw. bezpośredniej likwidacji szkód. Istotą bezpośredniej likwidacji ma być usługa likwidacji szkody w pojeździe klienta PZU z ubezpieczenia OC sprawcy szkody ubezpieczonego w innym zakładzie ubezpieczeń.

Poniżej opisane procedury zostały zawarte w materiale informacyjnym o systemie bezpośredniej likwidacji szkód, jaki został dostarczony przez PZU do Rzecznika Ubezpieczonych.

Podstawą prawną podejmowanych przez PZU działań jest art. 3 ust. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 950), który stanowi, że zakład ubezpieczeń może – na wniosek osoby uprawnionej – wykonywać czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 3 ust. 4 pkt 2 oraz ust. 5 pkt 1 i 2 ww. ustawy, także z tytułu umów zawartych w innym zakładzie ubezpieczeń w granicach odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, który zawarł umowę OC z posiadaczem pojazdu, którego kierowca wyrządził szkodę.

Do bezpośredniej likwidacji PZU przyjmuje szkody spełniające łącznie poniższe kryteria:

1) szkoda związana jest z uszkodzeniem lub zniszczeniem pojazdu;
2) w zdarzeniu nie było szkód na osobie;
3) poszkodowany posiada ubezpieczenie OC zawarte w PZU na pojazd poszkodowany w dniu zgłoszenia lub w dniu zdarzenia;
4) szkoda wydarzyła się na terenie RP i sprawca posiada OC w krajowym zakładzie ubezpieczeń;
5) w zdarzeniu brało udział nie więcej, niż dwóch uczestników i dwa pojazdy;
6) nie było to zajechanie bezkolizyjne;

7) samochód poszkodowanego jest osobowy lub ciężarowy w nadwoziu osobowego;
8) szkoda w pojeździe poszkodowanego nie została zgłoszona w innym zakładzie ubezpieczeń.

Likwidacja szkody w ramach bezpośredniej likwidacji odbywa się zgodnie z przepisami prawa polskiego właściwymi dla likwidacji szkód z ubezpieczeń OC, w tym ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392).

Likwidacja obejmuje wszelkie szkody majątkowe wynikające z uszkodzenia samochodu osobowego w kolizji: koszty holowania, parkowania, naprawy uszkodzonego pojazdu, najmu pojazdu zastępczego i inne.

Proces bezpośredniej likwidacji w PZU składa się z kilku etapów:

I. Proces bezpośredniej likwidacji na etapie zgłoszenia szkody

Szkoda w ramach usługi bezpośredniej likwidacji może być zgłaszana kanałem telefonicznym, sms (wówczas do klienta oddzwania pracownik infolinii) a także w oddziale PZU.

1. Jeżeli klient przy zgłoszeniu szkody informuje, że chce skorzystać z usługi bezpośredniej likwidacji, pracownik infolinii informuje, że usługa taka odbywa się na zlecenie poszkodowanego i jest realizowana przez PZU bezpłatnie dla wypadków komunikacyjnych, spełniających określone kryteria. Ponadto, operator informuje klienta, że ma on możliwość wyboru i może skorzystać z oferty PZU lub zgłosić szkodę do zakładu ubezpieczeń sprawcy.
2. Jeżeli klient przy zgłoszeniu szkody informuje, że nie wie, gdzie sprawca jest ubezpieczony, wówczas operator sprawdza istnienie ewentualnego pokrycia dla sprawcy kolizji w systemie informatycznym PZU. W przypadku braku pokrycia w PZU operator przyjmuje zgłoszenie, które podlega dalszej weryfikacji. W sytuacji potwierdzenia, że sprawca posiada ubezpieczenie w innym krajowym towarzystwie ubezpieczeń PZU oddzwania do klienta i informuje o możliwości dalszej likwidacji w ramach usługi bezpośredniej likwidacji szkody w PZU. Dodatkowo klient jest

informowany o fakcie, że usługa taka odbywa się na zlecenie poszkodowanego i jest realizowana przez PZU bezpłatnie dla wypadków komunikacyjnych, spełniających określone kryteria. Ponadto, operator informuje klienta, że ma on możliwość wyboru i może skorzystać z oferty PZU lub zgłosić szkodę do zakładu ubezpieczeń sprawcy.

Jeżeli klient wyraża zgodę na bezpośrednią likwidację w PZU i gdy szkoda odpowiada warunkom bezpośredniej likwidacji, informuje się klienta, że w celu wykonania usługi niezbędne jest zawarcie umowy z PZU. Informuje również o możliwościach zawarcia umów zlecenia i przelewu wierzytelności: w określonym oddziale PZU albo poza lokalem PZU z przedstawicielem PZU albo w przypadku klienta instytucjonalnego korespondencyjnie. Jeżeli szkoda nie spełnia ww. kryteriów, PZU informuje poszkodowanego o braku możliwości likwidacji szkody w PZU oraz proponuje przekazanie zebranej dokumentacji do ubezpieczyciela sprawcy.

Ponadto, w każdym przypadku informuje się klienta, że bezpośrednia likwidacja szkody przez PZU polega na tym, że na podstawie umowy zlecenia zawartej z poszkodowanym PZU ustala sprawcę określonej szkody komunikacyjnej, rozmiar i wysokość tej szkody i wypłaca świadczenie równe temu jakie przysługuje poszkodowanemu z polisy OC sprawcy. Po wypłacie tego świadczenia, w związku z zawartą umową zlecenia i przelewem wierzytelności, PZU występuje z roszczeniem o zwrot wypłaconej kwoty do zakładu ubezpieczeń sprawcy. **Likwidacja odbywa się zgodnie z przepisami prawa polskiego właściwymi dla likwidacji szkód przez zakład ubezpieczeń z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody związane z ruchem tych pojazdów i jest bezpłatna dla poszkodowanego.**

II. Proces likwidacji bezpośredniej szkody na etapie podpisywania umów i informowania klientów

Szkoda, po zarejestrowaniu, przekazywana jest do likwidacji merytorycznej, gdzie weryfikowana jest wcześniejsza identyfikacja klienta wykonana na etapie zgłoszenia szkody, sprawdzane jest pokrycie ubezpieczeniowe wskazanego sprawcy szkody w bazie danych UFG, oraz ustalany jest właściwy zakład ubezpieczeń odpowiedzialny za szkodę w ramach umowy ubezpieczenia OC. W przypadku braku potwierdzenia ww. danych w bazie UFG,

PZU występuje do domniemanego ubezpieczyciela sprawcy szkody o potwierdzenie gwarancji ubezpieczeniowych.

W ramach bezpośredniej likwidacji PZU realizuje wszystkie obowiązki ustawowe dotyczące terminów wykonywania czynności likwidacyjnych.

Zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w terminie 7 dni PZU wysyła do poszkodowanego pisma informacyjne o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania z ubezpieczenia OC sprawcy szkody ubezpieczonego w innym zakładzie ubezpieczeń, likwidowanej w ramach likwidacji bezpośredniej w PZU.

Przed wysłaniem ww. pism, przedstawiciel PZU kontaktuje się z klientem w celu dokonania oględzin pojazdu. Jeśli umowy zlecenia i przelewu nie zostały już zawarte w oddziale PZU albo w przypadku klienta instytucjonalnego – korespondencyjnie, przed rozpoczęciem oględzin przedstawiciel PZU informuje poszkodowanego będącego osobą fizyczną o formalnościach związanych z zawieraniem umów zlecenia i przelewu wierzytelności, a w szczególności o możliwości odstąpienia od tych umów oraz doręcza mu pismo w tym zakresie wraz ze wzorem oświadczenia o odstąpieniu od tych umów. Następnie przedstawiciel PZU przystępuje do zawierania z poszkodowanym ww. umów zlecenia i przelewu wierzytelności. Jeden egzemplarz podpisanych dokumentów (pisma i umów) otrzymuje klient, a drugi egzemplarz załączany jest do elektronicznych akt szkody, oryginał natomiast archiwizowany jest przez PZU. Każdy przedstawiciel PZU podpisujący ww. dokumenty posiada pełnomocnictwo w tym zakresie i okazuje je klientowi.

W piśmie zawierającym wzór oświadczenia o odstąpieniu, PZU informuje klienta o przysługujących mu prawach:

1) odstąpienia od ww. umowy zlecenia i umowy przelewu wierzytelności w terminie 10 dni od zawarcia tych umów stosownie do art. 2 ust. l ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1225);
2) wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia, dotyczących wykonywania przez PZU ww. umów; skargę lub zażalenie składa się na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej PZU; PZU udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie,

w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia; klientowi przysługuje również prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych;

3) odwołania do sądu powszechnego według przepisów o właściwości ogólnej, bądź do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania klienta z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy zlecenia.

PZU informuje również, iż w razie odstąpienia od ww. umów, są one uważane za niezawarte, a w przypadku spełnienia przez PZU świadczenia określonego w ww. umowie zlecenia, klient jest zobowiązany do zwrotu tego świadczenia nie później, niż w terminie 14 dni.

Jeżeli klient podczas oględzin nie może (bez względu na powód) podpisać ww. umów, umawia się z przedstawicielem PZU na inny termin lub miejsce podpisania tych umów, w tym również w określonym oddziale PZU. W przypadku odebrania podczas oględzin od klienta przez przedstawiciela PZU dokumentów niezbędnych do likwidacji szkody, PZU odstępuje od wysłania do klienta pisma dotyczącego wymaganych dokumentów. W przypadku klienta instytucjonalnego (np. firmy leasingowej) PZU w każdym przypadku wysyła pocztą pismo w sprawie wymaganych dokumentów wraz z umowami zlecenia i przelewu wierzytelności (w 2 egzemplarzach) bezpośrednio do właściciela pojazdu (leasingodawca) oraz do użytkownika. Przesyłane do klienta instytucjonalnego umowy zlecenia i przelewu wierzytelności są już podpisane przez PZU (jako stronę umowy). W pismach PZU informuje, że umowy po podpisaniu przez klientów mogą być odesłane do PZU pocztą, przekazane przedstawicielom PZU, jak również złożone w oddziałach PZU.

III. Proces bezpośredniej likwidacji na etapie likwidacji merytorycznej i technicznej

W procesie bezpośredniej likwidacji pracowników PZU obowiązują te same zasady, które mają zastosowanie w likwidacji szkód z ubezpieczeń OC zawartych z PZU, tj. określone w procedurach merytorycznej i technicznej likwidacji szkód w pojeździe stanowiące załącznik nr 1 i 2 do okólnika nr 0/61/2013 Dyrektora Biura Likwidacji Szkód i Świadczeń z dnia 9 lipca 2013 r., które regulują procesy związane z ustalaniem odszkodowania, tj. odpowiedzialności za szkodę, wysokości odszkodowania, odmowy lub wypłaty świadczenia.

Obowiązują również wytyczne, zawarte w procedurze merytorycznej likwidacji szkody, dotyczące wydawania odmowy przyznania odszkodowania lub świadczenia w przypadku braku dowodów lub informacji, od których zależy ustalenie odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia. Wytyczne dotyczą wysyłania, tzw. „30-dniowych pism informacyjnych", które nie są odmową przyznania odszkodowania lub świadczenia na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej lub art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, a jedynie pismami przypominającymi o brakujących przedmiotach, dokumentach, oświadczeniach lub informacjach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia, którymi poszkodowany dysponuje lub może dysponować, a których PZU nie może samodzielnie uzyskać od innych podmiotów.

Obowiązuje również procedura analogiczna, jak w przypadku najmu pojazdu zastępczego w procesie likwidacji z ubezpieczenia OC zawartego z PZU. W zakresie roszczenia o najem pojazdu zastępczego najdogodniejszą formą dla klienta jest realizacja roszczenia w drodze najmu pojazdu organizowanego przez Centrum Wynajmu Pojazdów PZU. Organizacja pojazdu przez PZU odbywa się w takim przypadku bezpośrednio po zgłoszeniu roszczenia o najem pojazdu, bez konieczności angażowania środków finansowych Klienta. W przypadku zorganizowania najmu pojazdu zastępczego bez udziału PZU, uznawanie kosztów najmu w kwocie należnego odszkodowania odbywa się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wytycznymi - tak samo jak dla szkód likwidowanych w ramach ubezpieczenia OC.

IV. Współpraca z zakładem ubezpieczeń sprawcy szkody

Po podpisaniu umowy zlecenia i umowy przelewu wierzytelności, PZU wysyła do zakładu ubezpieczeń sprawcy szkody zawiadomienie o podjętych czynnościach likwidacyjnych. W piśmie tym PZU informuje, że poszkodowany zgłosił w PZU szkodę związaną z uszkodzeniem pojazdu i jednocześnie wystąpił o przeprowadzenie przez PZU postępowania likwidacyjnego w granicach odpowiedzialności z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, zawartej w tym zakładzie ubezpieczeń przez posiadacza pojazdu, którym wyrządzono szkodę, w tym wypłatę należnych świadczeń.

PZU informuje także, że działając zgodnie z art. 3 ust. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej podjął się, na zlecenie poszkodowanego, wykonywania czynności ubezpieczeniowych w przedmiotowej szkodzie, a po zapłacie świadczenia pieniężnego odpowiadającego należnemu odszkodowaniu, wystąpi z roszczeniem o zwrot tego świadczenia. Przesyłana jest również informacja o wysokości rezerwy jaka według PZU powinna być ustalona na odszkodowanie oraz wszystkie pozostałe dane niezbędne do zarejestrowania szkody i przekazania informacji do UFG przez ten zakład ubezpieczeń. W trakcie procesu likwidacji szkody do zakładu ubezpieczeń sprawcy przekazywana jest również informacja o potrzebie aktualizacji rezerwy.

Dodatkowo, zgodnie z ustawowymi terminami PZU wysyła pisma:

1) do posiadacza pojazdu, którym szkodę wyrządzono, informujące o zgłoszonej szkodzie z ubezpieczenia OC sprawcy szkody ubezpieczonego w innym zakładzie ubezpieczeń wraz z prośbą o przesłanie kopii wymaganych dokumentów oraz załączonym drukiem „Potwierdzenia okoliczności wypadku przez sprawcę szkody”;
2) do klienta instytucjonalnego, gdy jest on posiadaczem pojazdu, którym szkodę wyrządzono, informujące o zgłoszonej szkodzie z ubezpieczenia OC sprawcy szkody ubezpieczonego w innym zakładzie ubezpieczeń wraz z prośbą o przesłanie kopii wymaganych dokumentów oraz załączonym drukiem „Potwierdzenia okoliczności wypadku przez sprawcę szkody”;
3) do sprawcy, informujące o otrzymaniu zgłoszenia szkody przez poszkodowanego, w przypadku, gdy na miejscu zdarzenia była policja.

W przypadku odmowy wypłaty świadczenia pieniężnego, PZU informuje poszkodowanego oraz zakład ubezpieczeń sprawcy szkody. W sytuacji jeżeli w toku postępowania klient zrezygnuje z usługi bezpośredniej likwidacji PZU informuje zakład ubezpieczeń sprawcy szkody wysyłając stosowne pismo.

Podsumowanie

Opisany powyżej schemat funkcjonowania usługi bezpośredniej likwidacji szkody w PZU jest oczywiście tylko teoretycznym przedstawieniem wprowadzonego do obrotu mechanizmu. Niestety zbyt krótki czas od wprowadzenia usługi nie pozwala na zaprezentowanie jak w praktyce wygląda ten proces. Jednakże już na tym etapie warto

zwrócić uwagę np. na punkt „Proces bezpośredniej likwidacji na etapie likwidacji merytorycznej i technicznej”. Osobiście uważam, jako potencjalny klient PZU, iż brak jest tam informacji, że będąc klientem PZU, w sytuacji wyrządzenia szkody w moim pojeździe przez klienta ubezpieczonego w innym zakładzie ubezpieczeń, przysługiwało będzie odszkodowanie np. na kosztorys obejmujące, w przypadku uszkodzenia części oryginalnych, części oryginalne, średnie stawki za roboczogodzinę na danym rynku, brak urealnienia na części zamienne, a także kiedy jest to celowo i ekonomicznie uzasadnione – pokrycie lub zorganizowanie najmu pojazdu zastępczego na cały okres naprawy uszkodzonego pojazdu. Reasumując, chciałbym aby w ramach BLS wyliczone odszkodowanie było adekwatne do poniesionej szkody, a sposób jego wyliczenia, zgodny z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego.

Obecnie kolejni ubezpieczyciele samodzielnie uruchamiają usługę bezpośredniej likwidacji szkód, a samorząd ubezpieczycieli dalej pracuje nad wprowadzeniem systemowego rozwiązania dla całego rynku. Żywimy nadzieję, że wprowadzenie BLS będzie momentem pewnego przełomu, bowiem jest doskonałą okazją do równoległego wdrożenia procedur likwidacyjnych spójnych z wytycznymi płynącymi z orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach odszkodowawczych.

Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz. U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.), zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody:

1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona;
2) wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty;
3) polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych;
4) polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie obejmuje szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tym samym finansującym lub zostały przewłaszczone przez posiadaczy tych pojazdów na tego samego wierzyciela lub które są przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela.

Cel jak najpełniejszego zabezpieczenia poszkodowanych w wypadkach samochodowych realizuje się między innymi w zamkniętym katalogu wyłączeń odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń. Wyłączenia wskazane w art. 38 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK zawarte są w czterech punktach i dotyczą okoliczności

specyficznych dla ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Ochrona ubezpieczeniowa doznaje ograniczenia w przypadku szkód na mieniu należącym do posiadacza pojazdu. Wyłączone z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela są również szkody w odpłatnie przewożonych przesyłkach lub bagażach. Odpowiedzialność za takie szkody ma bowiem charakter kontraktowy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje ponadto szkód wysokiego ryzyka, a mianowicie utraty drogocennego mienia. Wreszcie zakład ubezpieczeń nie odpowiada, gdy szkoda polega na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Ochrona poszkodowanego w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest priorytetem. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK nie przewiduje wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w razie umyślnego wyrządzenia szkody przez ubezpieczonego. Gdy posiadacz lub kierowca pojazdu spowodują wypadek samochodowy, działając umyślnie, zakład ubezpieczeń nie jest wolny od odpowiedzialności gwarancyjnej. Ochroną ubezpieczeniową jest również objęta odpowiedzialność za szkody wyrządzone ruchem pojazdu kierowanego przez osobę nieposiadającą uprawnień lub będącą w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii. Poszkodowany otrzyma również odszkodowanie, gdy kierujący pojazdem wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa, czy też zbiegł z miejsca zdarzenia. W takich sytuacjach jednak ubezpieczycielowi przysługuje przeciwko sprawcy roszczenie zwrotne.

Brak odpowiedzialności za szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego

Wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej w okolicznościach wskazanych w art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK wzbudzało sporo wątpliwości. Przepis ten przewiduje, że zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego,

w którym szkoda została wyrządzona. Z pozoru mogłoby się wydawać, iż chodziło tutaj o wyłączenie odpowiedzialności za szkody wyrządzone „samemu sobie", jednakże wyłączenie to jest znacznie szersze.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje sytuacji, w której kierujący wyrządzi szkodę posiadaczowi pojazdu. Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania także w przypadku, gdy posiadaniem tego samego posiadacza objęte będą obydwa uczestniczące w kolizji pojazdy. Przepis wyłącza zatem ochronę ubezpieczeniową, np. gdy pracownik kierując pojazdem swojego pracodawcy, uszkodzi inny pojazd należący do niego.

Przepis zawarty w art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK nie rozróżnia sytuacji, w której współwystępuje posiadanie samoistne oraz zależne pojazdu. Powstaje zatem pytanie, czy zachodzi odpowiedzialność ubezpieczyciela, gdy przykładowo osoba, która jest samoistnym posiadaczem pojazdu mechanicznego wyrządzi tym pojazdem szkodę w innym pojeździe najmowanym przez tę osobę, będącym jednak własnością osoby trzeciej. Literalne brzmienie przepisu w praktyce powoduje, że w takich okolicznościach właściciel wynajmowanego pojazdu ma problemy z uzyskaniem odszkodowania.

W tym miejscu warto zatrzymać się nad treścią art. 38 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, który przewiduje wyjątek od zasady określonej w ust. 1 pkt 1, wyłączając jej stosowanie w odniesieniu do szkody wyrządzonej w mieniu w sytuacji, kiedy pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tym samym finansującym lub zostały przewłaszczone przez posiadaczy tych pojazdów na tego samego wierzyciela lub które są przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela.

Wyjątek ten został wprowadzony w następstwie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 2005 r. (sygn. akt III CZP 99/04), w której Sąd Najwyższy szczegółowo analizował zakres wyłączenia określonego w art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

W uzasadnieniu tej uchwały Sąd Najwyższy stwierdził między innymi, że ustawodawca uczynił przesłanką wyłączającą odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody tożsamość posiadacza pojazdu „sprawczego" i posiadacza pojazdu „poszkodowanego" bez bliższego wskazania, o jaki rodzaj posiadania chodzi. Nie zmierzał jednak do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sytuacji, w której oba pojazdy uczestniczące w kolizji są przedmiotem posiadania samoistnego tego samego podmiotu, a takim właśnie posiadaczem samoistnym jest ich właściciel, który na mocy stosownych umów (kredytowych, przewłaszczenia, leasingu) oddał pojazdy w posiadanie zależne. Żadne racjonalne względy nie przemawiają za pozbawieniem ochrony ubezpieczeniowej poszkodowanego właściciela pojazdów tylko z tego powodu, że jest on zarazem samoistnym posiadaczem obu pojazdów mechanicznych uczestniczących w kolizji, skoro szkody powstałe w związku z ich ruchem były spowodowane zachowaniem jednego spośród różnych posiadaczy zależnych każdego z obu pojazdów, którzy ubezpieczyli swoją odpowiedzialność cywilną w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Wynikająca z funkcji i celu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ochrona ubezpieczeniowa także poszkodowanego doznałaby – przy zastosowaniu odmiennej, jedynie gramatycznej wykładni – również znacznego uszczuplenia. Poszkodowany mógłby wówczas bowiem liczyć tylko na nie zawsze efektywną kompensatę poniesionych szkód wyłącznie przez podmiot bezpośrednio odpowiedzialny za szkodę.

Jeśli więc tożsamość posiadacza obu pojazdów mechanicznych uczestniczących w kolizji jest – według art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – przesłanką wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkodę, to nie ma racjonalnych powodów do uznania, że w przepisie tym chodzi o tożsamość posiadacza samoistnego. Należy zatem uznać, że zastosowanie tego przepisu przez ubezpieczyciela w celu wyłączenia jego odpowiedzialności znajdowałoby uzasadnienie w sytuacji, w której oba pojazdy mechaniczne uczestniczące w kolizji są przedmiotem posiadania tego samego posiadacza zależnego, który w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 23 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK zawarł z ubezpieczycielem umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC za szkody związane z ruchem każdego z obu pojazdów mechanicznych, będących przedmiotem jego posiadania zależnego.

Wniosek powyższy również nie zasługuje na aprobatę, zważyć bowiem należy, że specyficznym świadczeniem ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia OC jest ponoszenie odpowiedzialności za szkody wyrządzone osobie trzeciej. Następstwa kolizji obu pojazdów będących w posiadaniu zależnym tego samego podmiotu nie powodują więc powstania szkody w majątku posiadacza zależnego, gdyż oba te pojazdy nie są przedmiotem jego własności. Gdyby tak było, to istniałyby racje przemawiające za wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia OC, który nie może odpowiadać za szkodę wyrządzoną przez ubezpieczonego samemu sobie i powstałą w jego własnym majątku. Szkoda polegająca na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojazdów mechanicznych, nawet będących przedmiotem posiadania zależnego tego samego posiadacza, jest szkodą wyrządzoną właścicielowi tych pojazdów, będącemu osobą trzecią. Za szkodę tę posiadacz zależny ponosi odpowiedzialność cywilną na podstawie art. 436 § 1 zd. 2 k.c., a ryzyko jej poniesienia ubezpieczył w umowie obowiązkowego ubezpieczenia OC. W takiej sytuacji nie ma podstaw do wyłączania odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż nie chodzi wówczas o szkodę, którą ubezpieczony posiadacz zależny wyrządził sam sobie we własnym mieniu, mimo że oba pojazdy uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem posiadania zależnego tego samego posiadacza.

Sąd Najwyższy podkreślił wówczas, iż przy interpretacji art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK należy uwzględnić przede wszystkim *ratio legis* wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jedynym sensownym uzasadnieniem wprowadzenia tego wyłączenia wydaje się niedopuszczalność pokrycia w ramach ubezpieczenia OC szkody, którą sprawca, a właściwie podmiot ponoszący odpowiedzialność cywilną, „wyrządził" w mieniu własnym. W ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC ubezpieczyciel ma odpowiadać jedynie za taką szkodę, za którą odpowiedzialność ponosi posiadacz pojazdu mechanicznego. Taki jest właśnie cel tego ubezpieczenia. Jest oczywiste, że posiadacz pojazdu mechanicznego ponoszący odpowiedzialność cywilną za szkodę nie może odpowiadać wobec samego siebie, gdyż nie może być jednocześnie dłużnikiem i wierzycielem uprawnionym do żądania rekompensaty powstałej szkody. Interpretacja art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy uzasadnia więc stwierdzenie, że użyte w nim sformułowanie „posiadacz pojazdu, w którym szkoda została wyrządzona" oznacza posiadacza samoistnego. Wynika to z istoty szeroko pojmowanej odpowiedzialności odszkodowawczej, skoro to właśnie w jego majątku powstaje szkoda

polegająca na zniszczeniu bądź uszkodzeniu pojazdu, którego właścicielem jest jego posiadacz samoistny; szkody w takiej postaci, a więc w zakresie *damnum emergens,* nie doznaje posiadacz zależny pojazdu. Użyte w omawianym przepisie sformułowanie „posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona" może natomiast odnosić się tylko do takiego posiadacza (współposiadacza), który na podstawie art. 436 § 1 k.c. ponosi odpowiedzialność za szkodę wynikłą z ruchu pojazdu. Jest nim co do zasady posiadacz samoistny, chyba że oddał pojazd w posiadanie zależne. W tej sytuacji posiadaczem ponoszącym odpowiedzialność cywilną jest wyłącznie posiadacz zależny na podstawie art. 436 § 1 zd. 2 k.c.

Rozważania Sądu Najwyższego mówiące o tym, że sformułowanie „posiadacz pojazdu, w którym szkoda została wyrządzona" oznacza posiadacza samoistnego, skłaniają do uznania, że wyłączenie z art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK nie dotyczy sytuacji, w której osoba, która jest samoistnym posiadaczem pojazdu mechanicznego wyrządzi tym pojazdem szkodę w innym pojeździe, będącym w jej posiadaniu zależnym, jednakże będącym własnością osoby trzeciej.

Mając na uwadze *ratio legis* art. 38 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, a także cel całej ustawy, słuszne wydaje się twierdzenie, iż wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela zachodzi jedynie wówczas, gdy poszkodowany posiadacz samoistny pojazdu jest jednocześnie posiadaczem ponoszącym odpowiedzialność za szkodę powstałą w związku z ruchem drugiego pojazdu.

Na zakończenie wyraźnie należy podkreślić, że wyłączenie określone w art. 38 ust. 1 pkt. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK dotyczy jedynie szkód w mieniu.

Warto też przypomnieć o uchwale Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2008 r. (sygn. akt III CZP 115/07), w której Sąd Najwyższy uznał, 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 tego pojazdu.

Zakład ubezpieczeń odpowiada z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych; odpowiada również za szkodę na osobie wyrządzoną przez kierowcę pojazdu jego posiadaczowi lub współposiadaczowi (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2007 r., sygn. akt III CZP 146/06).

Wyłączenie szkód wynikłych w przewożonych za opłatą przesyłkach lub bagażu

Zgodnie z przepisem ustawy zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty.

Przepis ten skutkuje brakiem ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji, gdy posiadacz pojazdu (kierujący pojazdem) wyrządzi szkodę w przesyłkach, czy też bagażu przewożonych odpłatnie. Obowiązkowe ubezpieczenie OC nie obejmuje więc uszkodzenia bagażu transportowanego odpłatnie taksówką bagażową, ani utraty przesyłki w czasie jej przewozu dokonywanego za opłatą.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela będzie natomiast zachodziła, gdy uszkodzony lub zagubiony bagaż będzie przewożony wraz z pasażerem, bez pobierania dodatkowych opłat z tego tytułu. Na tle stosowania tego przepisu incydentalnie pojawiają się wątpliwości, kiedy mamy do czynienia z przewożeniem za opłatą w rozumieniu tego przepisu. W orzecznictwie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 8 maja 2013 r., sygn. akt I A Ca 345/13) spotkać można pogląd, że nie można mówić o odpłatnym charakterze przewozu w przypadku poniesienia przez poszkodowanego pewnych wydatków związanych z kosztami utrzymania kierowcy pojazdu w trakcie wyjazdu, jeżeli wydatki te nie były ponoszone na rzecz właściciela pojazdu, ale na rzecz kierowcy pojazdu, a sam właściciel nie otrzymał z tego tytułu żadnego ekwiwalentu, który mógłby zostać uznany za jakąkolwiek formę odpłatności. Wreszcie o nieodpłatnym charakterze spornego przewozu świadczyć może okoliczność pozostawania poszkodowanego i przewożącego w bliskich relacjach koleżeńskich. Wówczas należy zbadać, czy przewóz nie

miał charakteru bezinteresownej pomocy koleżeńskiej. Na marginesie wskazywana jest również kwestia braku świadczenia przez przewożącego ładunek usług w zakresie przewozu.

Wyłączenie odpowiedzialności w przypadku utraty cennych dóbr

W myśl art. 38 ust. 1 pkt 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych. Wyłączenie to jest uzasadniane wysokim ryzykiem dla ubezpieczyciela.

W najświeższym orzecznictwie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 stycznia 2013 r., sygn. akt I ACa 1003/12) uznaje się, że **zegarek** – również złoty – spełnia rolę użytkową, a nie służy do ozdoby, co jest istotną cechą biżuterii, za której utratę zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności. Podobny pogląd został wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 sierpnia 1997 r. (sygn. akt I CR 268/77).

Wyłączenie odpowiedzialności za szkody polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska

Ostatnim ograniczeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela jest brak ochrony ubezpieczeniowej dla szkód polegających na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska. Wyłączenie to nie budzi zasadniczych sporów w praktyce. Można natomiast się zastanawiać nad słusznością takiego rozwiązania, szczególnie ze względu na to, że tego typu szkody mogą być bardzo poważne w skutkach dla poszkodowanych.

Aleksander Daszewski
r.pr. koordynator w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Zakres zwrotu kosztów pochówku w orzecznictwie sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego

Omawiając zakres zwrotu kosztów pochówku, warto na początku przypomnieć, iż funkcja kompensacyjna odszkodowania realizowana jest w oparciu o normy zawarte w art. 361 k.c. oraz art. 446 § 1 k.c. Dyspozycja pierwszego z przytaczanych przepisów wyraźnie wskazuje, iż prawo polskie statuuje zasadę pełnego odszkodowania, co oznacza, że w razie zaistnienia szkody zobowiązany do jej naprawienia ponosi odpowiedzialność za wszelkie straty, które poszkodowany poniósł a także korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. W odniesieniu do zwrotu kosztów pochówku uzupełnieniem tej generalnej zasady w przypadkach szkód osobowych skutkujących zgonem poszkodowanego jest m.in. obowiązek dokonania zwrotu kosztów pogrzebu, który precyzuje wprost norma art. 446 § 1 k.c., zgodnie z którą jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł.

Zakres wydatków związanych z pogrzebem szeroko wskazały natomiast wytyczne płynące z bogatego dorobku orzecznictwa, zwłaszcza Sądu Najwyższego zawarte m.in. w filarowym dla omawianej problematyki wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 1982 r. (sygn. akt II CR 556/81). Sąd Najwyższy szerzej wyjaśnił, że obowiązek zwrotu kosztów pogrzebu na podstawie art. 446 § 1 k.c. obejmuje zwrot kosztów bezpośrednio związanych z pogrzebem (jak przewóz zwłok, nabycie trumny, zakup miejsca na cmentarzu), jak również zwrot wydatków, odpowiadających zwyczajom danego środowiska. Do tych wydatków zalicza się koszt postawienia nagrobka (w granicach kosztów przeciętnych, jeżeli nawet koszty rzeczywiste były znacznie wyższe – np. z uwagi na materiał lub wystrój nagrobka), wydatki na wieńce i kwiaty, koszty zakupu odzieży żałobnej. Ponadto do tych wydatków zaliczono także wydatki na poczęstunek biorących udział w pogrzebie osób, przy uwzględnieniu okoliczności konkretnego przypadku, skoro jest to zwyczaj w zasadzie powszechnie przyjęty,

a zwłaszcza jeżeli jest w danym środowisku stosowany i dotyczy przede wszystkim krewnych zmarłego (bliższych i dalszych członków rodziny), jak również innych osób bliżej ze zmarłym związanych, np. najbliższych współpracowników. Sąd podkreślił, iż koszt takiego poczęstunku, utrzymany w rozsądnych, stosownie do okoliczności, granicach (nie mającego charakteru tzw. stypy pogrzebowej), podlega zwrotowi na równi z innymi kosztami pogrzebu zgodnie z art. 446 § 1 k.c. Podobne w treści jest wcześniejsze orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1981 r. (sygn. akt II CR 600/80), gdzie Sąd uznał, że przepis art. 446 § 1 k.c. uzasadnia żądanie zwrotu wydatków związanych z pogrzebem, które odpowiadają zwyczajom panującym w danym środowisku, a przy ocenie kosztów postawienia nagrobka można brać pod uwagę ceny nagrobków przeciętnych, zaś przy rozstrzyganiu o zwrocie kosztów wyżywienia uczestników uroczystości pogrzebowych jedynie zasadniczy posiłek. Analogiczne wytyczne można odnaleźć w szeregu wcześniejszych orzeczeń, gdzie przykładowo Sąd stwierdził, iż do kosztów pogrzebu w rozumieniu art. 162 § 1 kodeksu zobowiązań (obecnie art. 446 § 1 k.c.) można zaliczyć m.in. umiarkowany wydatek poniesiony na zakup niezbędnej odzieży żałobnej, której noszenie zarówno w czasie pogrzebu, jak i przez dłuższy czas po zgonie osoby bliskiej jest zwyczajowo przyjęte w wielu środowiskach w naszym społeczeństwie. Aktualizując nieco te wytyczne wydaje się, że prócz wyżej wymienionych przez Sąd kosztów, do niezbędnych i celowych kosztów pochówku należy obecnie zaliczać również koszty związane z pokryciem mszy żałobnej, posługi kapłańskiej na cmentarzu, oprawy ceremonii pogrzebowej, gratyfikacji dla organisty, przygotowania nekrologów a także zyskującej na znaczeniu w ostatnich latach – kremacji zwłok.

Nieco modyfikując zasadę pełnego odszkodowania odwołując się do przeciętnych zwyczajów sądy, w niektórych przypadkach ograniczają zwrot kosztów pomników nagrobnych. Wskazanie takie znalazło swój wyraz w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 1972 r. (sygn. akt I CR 509/72), w którym Sąd ograniczył zakres roszczeń odszkodowawczych twierdząc, iż skoro o wysokości odszkodowania pod postacią kosztów wystawienia nagrobka decydują przeciętne zwyczaje, to indywidualne upodobania osób bliskich poszkodowanego, wykraczające poza powszechnie przyjęte, nie mogą obciążać osoby zobowiązanej do odszkodowania. Sąd Najwyższy potwierdził również ten kierunek zapatrywań w wyroku z dnia 8 sierpnia 1973 r. (sygn. akt I CR 554/73) uznając, że wydatki

na postawienie i urządzenie nagrobka (pomnika) wchodzą w skład kosztów pogrzebu w rozumieniu art. 446 § 1 k.c. niezależnie od rodzaju nagrobka i czasu jego postawienia, jednocześnie wyraźnie dodając, iż odszkodowanie obejmuje zwrot pełnych poniesionych na ten cel kosztów, chyba że sąd dojdzie do przekonania na podstawie okoliczności sprawy, że koszty te są rażąco wygórowane w zestawieniu z normalnymi wydatkami przyjętymi w podobnych przypadkach. Ponadto, co istotne w dochodzeniu roszczeń o zwrot kosztów wykonania grobowca, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 czerwca 1998 r. (sygn. akt II CKN 852/97) uznał, iż „za przedwczesne należy uznać powództwo o zasądzenie kosztów nagrobka przed jego wzniesieniem".

Oczywiście omawiane powyżej koszty związane z pogrzebem powinny być udowodnione, przy czym w braku ich szczegółowego udokumentowania, jak wskazuje w wyroku z dnia 18 marca 2008 r. (sygn. akt II C 80/06) Sąd Okręgowy w Gliwicach, za koszty pogrzebu można przyjąć koszty zwyczajowo ponoszone w takiej sytuacji, co zdecydowanie ułatwia proces dochodzenia roszczeń w sytuacji braku rachunków dokumentujących poniesione koszty. Doświadczenie bowiem uczy, że nie wszystkie wymienione wyżej koszty związane z pochówkiem są możliwe do udokumentowania fakturami.

Podkreślić również trzeba, że zwrot kosztów związanych z pogrzebem należy się osobie, która faktycznie je poniosła bez względu na to czy jest ona spadkobiercą, czy członkiem najbliższej rodziny zmarłego, na co m.in. wskazuje Sąd Okręgowy w Poznaniu w wyroku z dnia 9 lipca 2009 r. (sygn. akt XII C 1063/08). Analogiczne wytyczne w odniesieniu do pokrycia kosztów pomnika nagrobnego można odnaleźć w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 29 sierpnia 1995 r. (sygn. akt ACr 440/95), który stwierdził, iż zwrotu kosztów nagrobka może domagać się osoba, która koszty te faktycznie poniosła.

Na koniec warto też przypomnieć, że absolutnie nie można w zwracanych kosztach pochówku uwzględniać kwoty zasiłku pogrzebowego. Jednoznacznie zabronił tego Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 15 maja 2009 r. (sygn. akt III CZP 140/08), który w pełnym składzie Izby Cywilnej Sądu Najwyższego, odpowiadając na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych uznał, iż „Zasiłek pogrzebowy przewidziany art. 77 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz.

353 z późn. zm.) nie podlega uwzględnieniu przy ustalaniu odszkodowania dochodzonego na podstawie art. 446 § 1 k.c.”

Przenosząc powyższe uwagi na grunt ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej deliktowej, obowiązek pokrycia kosztów pochówku w opisanym powyżej zakresie obciążać będzie odpowiadającego gwarancyjnie ubezpieczyciela, który odpowiada w granicach odpowiedzialności cywilnej sprawcy. W takim przypadku to ubezpieczyciel sprawcy zobowiązany będzie do zwrotu szeroko rozumianych kosztów związanych z pochówkiem poszkodowanego w powyżej opisanym zakresie.

Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Podatki w ubezpieczeniach – część 2

Podatek VAT w odszkodowaniach z ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Możliwość wystąpienia do zakładu ubezpieczeń z roszczeniem o wypłatę odszkodowania wraz z podatkiem VAT lub o zwrot niewypłaconej kwoty podatku VAT (niezależnie od tego czy odszkodowanie było, bądź też będzie wypłacone na podstawie faktury, czy też na podstawie kosztorysu), uzależnione jest od tego, czy poszkodowany stosownie do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, jest zarejestrowanym podatnikiem podatku VAT oraz czy ma prawo do dokonania obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego przy nabywaniu rzeczy bądź usługi. W sytuacji, gdy poszkodowany nie jest zarejestrowanym podatnikiem podatku VAT, odszkodowanie w ramach ubezpieczenia OC sprawcy kolizji drogowej przysługuje w pełnej wysokości (wraz z podatkiem). Natomiast w sytuacji, gdy poszkodowany jest zarejestrowanym podatnikiem podatku od towarów i usług, możliwość wystąpienia do zakładu ubezpieczeń z roszczeniem o wypłatę odszkodowania wraz z podatkiem VAT lub o zwrot niewypłaconej kwoty podatku VAT (niezależnie od tego czy odszkodowanie będzie wypłacone na podstawie faktury, czy też na podstawie kosztorysu), uzależnione jest od tego, czy ma on prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego przy nabywaniu rzeczy bądź usługi.

Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 22 kwietnia 1997 r. (sygn. akt III CZP 14/1997) wskazał, 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". Sąd Najwyższy podjął powyższą uchwałę w okolicznościach, w których poszkodowany przedstawił fakturę zakupu.

Podobnie wskazał Sąd Najwyższy w odniesieniu do odszkodowań ustalanych metodą kosztorysową. Mianowicie w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06), wskazał iż: „Odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług, obejmuje kwotę podatku od towarów i usług (VAT) w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego".

Należy pamiętać, że chodzi o prawo podatnika do obniżenia kwoty podatku należnego, a nie o rzeczywiste skorzystanie przez podatnika z tego uprawnienia. W sytuacji ,gdy poszkodowany miałby prawo dokonać obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego z tytułu zakupu rzeczy bądź usługi (zostały spełnione warunki wynikające z ustawy o podatku od towarów i usług), a nie skorzystał z tego uprawnienia, kwota odszkodowania powinna być wypłacona w kwocie netto (bez VAT), ponieważ obowiązkiem poszkodowanego jest działanie zmierzające do ograniczenia rozmiarów szkody (z uzasadnienia do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1997 roku). Powyższe uprawnienia poszkodowanego do dokonania odliczenia, należy rozpatrywać zatem w sposób hipotetyczny, tzn. czy otrzymując kwotę odszkodowania poszkodowany mógłby dokonać zakupu niezbędnych części do naprawy czy też zakupu usług i w konsekwencji dokonać potrącenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego w fakturach zakupu części bądź też usługi.

W związku z powyższym, jeżeli poszkodowany jako podatnik podatku VAT miałby równocześnie prawo do dokonania obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego (np. z faktury dokumentującej remont uszkodzonego pojazdu wystawionej przez zakład naprawczy, czy też kupując potrzebne części do naprawy w ramach środków pieniężnych otrzymanych z odszkodowania), wówczas w takiej sytuacji, nie będzie poszkodowanemu przysługiwało roszczenie do zakładu ubezpieczeń o wypłatę kwoty podatku VAT niezależnie od tego czy odszkodowanie będzie ustalane w oparciu o kosztorys czy też fakturę za naprawę pojazdu. Koszty podatku VAT będzie musiał wówczas ponieść sam poszkodowany, który zakupując niezbędne części lub usługi będzie mógł dokonać następnie odliczenia w ramach rozliczeń z urzędem skarbowym.

Gdyby uznać inaczej, tzn. zakłady ubezpieczeń powinny wypłacać zawsze kwotę brutto wszystkim poszkodowanym (również tym, którzy są podatnikami i mają prawo do dokonania stosownego obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego), to wówczas, ci poszkodowani, którzy mieliby takie prawo, równocześnie mogliby zostać bezpodstawnie wzbogaceni o tę właśnie kwotę podatku VAT (poniżej przykład to ilustrujący).

Przykład: Wyliczona kwota odszkodowania według kosztorysu wynosi brutto 1000,40 zł (kwota netto 820,00 zł, kwota podatku VAT 180,40 zł). Zakład ubezpieczeń wypłaca przelewem poszkodowanemu kwotę brutto, tj. 1000,40 zł. Poszkodowany będąc podatnikiem podatku VAT zleca dokonanie naprawy warsztatowi naprawczemu, zgodnie z kosztorysem. Zakład naprawczy wystawia fakturę VAT na kwotę brutto 1000,40 zł (kwota netto 820,00 zł, kwota podatku VAT 180,40 zł) i poszkodowany odliczając z faktury kwotę podatku VAT w wysokości 180,40 zł o tę właśnie kwotę będzie niejako wzbogacony. Bowiem zakład ubezpieczeń pokryłby pełne koszty naprawy i równocześnie poszkodowany zapłaciłby do urzędu skarbowego podatek pomniejszony o kwotę 180,40 zł albo uzyskałby zwrot różnicy podatku.

Sama okoliczność, iż poszkodowany prowadzi działalność gospodarczą i jest jednocześnie zarejestrowany jako podatnik podatku VAT nie powoduje automatycznie, iż odszkodowanie zawsze powinno być wypłacone w kwocie netto bez podatku VAT. Mogą bowiem wystąpić takie stany faktyczne, kiedy poszkodowany jako podatnik podatku VAT nie będzie miał prawa do dokonania obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego, a wówczas odszkodowanie powinno zostać wypłacone wraz w kwotą podatku VAT, która nie podlega odliczeniu. Dla przykładu, taka sytuacja będzie miała miejsce wówczas, kiedy użytkowany przez poszkodowanego pojazd, który został następnie uszkodzony w wyniku zdarzenia drogowego, nie był używany w działalności gospodarczej (tzw. samochód prywatny), zatem w świetle art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, nie był wykorzystywany do wykonywania czynności opodatkowanych.

Najnowsze zmiany w ustawie o podatku od towarów i usług, a odszkodowanie z ubezpieczenia OC sprawcy

W kontekście rozważań na temat zasadności roszczeń odszkodowawczych wraz z podatkiem VAT, trzeba zwrócić uwagę na najnowszą nowelizację ustawy o podatku od towarów i usług,

która wprowadziła istotne zmiany w zakresie możliwości dokonywania odliczenia podatku VAT z tytułu napraw pojazdów samochodowych, czyli jak wskazuje definicja w art. 2 pkt 33 przedmiotowej ustawy, tych pojazdów których dopuszczalna masa całkowita nie przekracza 3,5 tony.

Zgodnie bowiem z treścią art. 86a ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług: „W przypadku wydatków związanych z pojazdami samochodowymi kwotę podatku naliczonego, o której mowa w art. 86 ust. 2, stanowi 50% kwoty podatku wynikającej z faktury otrzymanej przez podatnika. Do tych wydatków zalicza się:

1) nabycie, import lub wytworzenie tych pojazdów oraz nabycie lub import ich części składowych;
2) używanie tych pojazdów na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu lub innej umowy o podobnym charakterze;
3) nabycie lub import paliw silnikowych, oleju napędowego i gazu, wykorzystywanych do napędu tych pojazdów, usług naprawy lub konserwacji tych pojazdów oraz innych towarów i usług związanych z eksploatacją lub używaniem tych pojazdów.

Stosownie zaś do treści art. 86a ust. 3 ustawy o podatku od towarów i usług, powyższy przepis nie ma zastosowania, w przypadku gdy pojazdy samochodowe (pojazdy o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 tony), są wykorzystywane wyłącznie do działalności gospodarczej podatnika lub są konstrukcyjnie przeznaczone do przewozu co najmniej 10 osób łącznie z kierowcą, jeżeli z dokumentów wydanych na podstawie przepisów o ruchu drogowym wynika takie przeznaczenie.

Puentując opisane wyżej normy, należy wskazać, iż w przypadku wypłaty odszkodowania, gdzie poszkodowanym jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą, zarejestrowany jako podatnik podatku VAT i jednocześnie uszkodzony samochód o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 tony jest wykorzystywany zarówno w działalności gospodarczej, jak również w celach prywatnych, zakład ubezpieczeń powinien powiększyć kwotę odszkodowania o kwotę podatku VAT, którą poszkodowany nie może odliczyć. A zatem odszkodowanie w takim przypadku powinno obejmować również 50% kwoty podatku VAT.

Samochód w leasingu, a podatek VAT w przypadku szkód likwidowanych w ramach ubezpieczenia OC sprawcy

W sytuacji, kiedy pojazdem uszkodzonym, jest pojazd, który jest przedmiotem leasingu, w pierwszej kolejności w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych zasadnicze znaczenie ma, kto w świetle obowiązujących norm prawnych jest poszkodowanym, innymi słowy, kto poniósł uszczerbek spowodowany uszkodzeniem pojazdu oraz czy poszkodowany miał prawo dokonać obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego.

W przypadku uszkodzenia pojazdu będącego przedmiotem leasingu, właścicielem i zarazem posiadaczem samoistnym jest finansujący (leasingodawca), zaś posiadaczem zależnym jest korzystający (leasingobiorca). Sedno problemu związanego z ustaleniem wysokości odszkodowania wraz z podatkiem VAT leży w ustaleniu czy korzystający jest podmiotem bezpośrednio poszkodowanym? Istotne zatem z punktu widzenia korzystającego jest ustalenie, kto w ramach umowy leasingu ponosi faktyczną szkodę z powodu zdarzenia drogowego, nakładającego na ubezpieczyciela obowiązek wyrównania szkody w razie wystąpienia określonego w umowie wypadku. Czy szkoda ta powstaje w majątku finansującego czy też korzystającego?

Powyższego problemu nie da się rozstrzygnąć bez odwołania się do art. 361 § 2 k.c. oraz orzecznictwa Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 15 listopada 2001 r. (sygn. akt III CZP 68/01), Sąd Najwyższy wskazał, iż szkodą w rozumieniu art. 361 § 2 k.c. jest różnica pomiędzy stanem majątku poszkodowanego, jaki istniał po zdarzeniu wywołującym szkodę, a stanem tego majątku, jaki istniałaby, gdyby to zdarzenie w ogóle nie wystąpiło. Skoro zatem właścicielem pojazdu przez cały okres trwania umowy leasingu pozostaje finansujący, to on powinien być uznany za poszkodowanego. To bezpośrednio w jego majątku powstaje szkoda. Zatem w razie kolizji dwóch pojazdów mechanicznych, których następstwem jest uszkodzenie jednego z tych pojazdów, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, poszkodowanym jest zawsze właściciel pojazdu. To w jego majątku powstaje uszczerbek spowodowany uszkodzeniem lub zniszczeniem pojazdu, a którego wysokość określają koszty niezbędne do przywrócenia pojazdu do stanu poprzedniego. Wynika to z szeroko pojmowanej odpowiedzialności odszkodowawczej, bowiem to właśnie w majątku posiadacza samoistnego powstaje szkoda w postaci straty rzeczywistej, polegająca na zniszczeniu bądź uszkodzeniu pojazdu (*damnum emergens*). Takiej szkody nie doznaje zaś posiadacz zależny. Taki wniosek

można wysnuć z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 2005 r. (sygn. akt III CZP 99/04). Zatem, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie obejmuje szkód powodujących zwiększenie pasywów po stronie korzystającego, związanych ze zleceniem naprawy uszkodzonego pojazdu, które podlegają rozliczeniu pomiędzy korzystającym a finansującym w ramach łączącej strony umowy leasingu. W opinii Rzecznika, dla oceny kto jest osobą poszkodowaną nie ma znaczenia okoliczność, w jaki sposób dochodzi do wzajemnych rozliczeń pomiędzy leasingodawcą – leasingobiorcą – warsztatem naprawczym.

Reasumując zatem, możliwość wypłaty odszkodowania wraz z podatkiem VAT, uzależniona jest od tego czy leasingodawca (finansujący) jest podatnikiem podatku VAT i ma prawo do dokonania obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego przy nabywaniu rzeczy bądź usług (np. przy zakupie potrzebnych części, czy też usług koniecznych do naprawy pojazdu). Jeżeli poszkodowany ma prawo dokonać obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego z tytułu zakupu rzeczy bądź usługi (zostały spełnione warunki wynikające z ustawy o podatku od towarów i usług), a nie korzysta z tego uprawnienia, kwota odszkodowania powinna być wypłacona w kwocie netto (bez VAT), ponieważ obowiązkiem poszkodowanego jest działanie zmierzające do ograniczenia rozmiarów szkody.

Możliwe jest powstanie szkody po stronie leasingobiorcy (posiadacza zależnego pojazdu), która będzie miała postać utraconych korzyści majątkowych wskutek braku możliwości korzystania z pojazdu przez określony czas, zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego, czy też zwrotu kosztów holowania pojazdu. Wówczas jeżeli leasingobiorca nie jest podatnikiem podatku VAT, poniesione koszty związane z przedmiotową szkodą wynikające z faktury VAT powinny być wypłacone na rachunek leasingobiorcy (korzystającego) w kwocie brutto wraz z podatkiem VAT.

Mateusz Kościelniak
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – część 2 – obowiązkowe ubezpieczenie podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkody

Celem niniejszego opracowania, które stanowi kontynuację tematyki związanej z odpowiedzialnością odszkodowawczą za zdarzenia medyczne jest wskazanie kręgu podmiotów, które mogą – w zależności od okoliczności faktycznych – ponosić odpowiedzialność za zdarzenia medyczne. Należy zwrócić uwagę, że szpitale, lekarze, a nawet pielęgniarki są zobowiązani zawrzeć obowiązkowe umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W przedmiotowym artykule wskazane zostaną zatem najważniejsze rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych związanych z działalnością lecznicą, medyczną oraz zakres i warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie OC podmiotu leczniczego

W pierwszej kolejności, zobowiązane do posiadania obowiązkowego ubezpieczenia OC są podmioty lecznicze. Wyjaśniając pojęcie podmiotu leczniczego należy zwrócić uwagę na definicję zawartą w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217). Definicja ta wskazuje, że podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są: przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W rozumieniu tej definicji za podmiot wykonujący działalność leczniczą uważa się również lekarza i pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową w formach określonych w art. 5 ustawy o działalności leczniczej (m.in.: lekarze bądź pielęgniarki w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, spółki jawnej).

Ustawodawca nakłada zatem na osoby prawne, jednostki organizacyjne wykonujące działalność leczniczą, pielęgniarki oraz lekarzy wykonujących zawód w ramach działalności

leczniczej jako indywidualną praktykę obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Przede wszystkim przepis ten określa zakres umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. Norma wskazuje, że odpowiedzialność cywilna wynikająca z umowy obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz obejmuje szkody powstałe w wyniku zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powyższe oznacza, iż zakres ubezpieczenia jest dosyć szeroki, bowiem obejmuje on nie tylko zdarzenia medyczne zdefiniowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale również szkody wynikające z udzielaniem świadczeń zdrowotnych bądź zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego (pod warunkiem, że zaniechanie to było bezprawne). Istotne jest również, że suma gwarancyjna ubezpieczenia (kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności) w przypadku szpitali jest uzależniona od sumy łóżek szpitalnych, jednakże nie może ona wynosić mniej niż 300 000 zł. Zgodnie z art. 25 ust. 1b ustawy, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł. Przepis ten pozwala również w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawrzeć zastrzeżenie franszyzy integralnej bądź udziału własnego ubezpieczającego, jednakże do wysokości nie większej niż 50% sumy ubezpieczenia. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej zawiera również upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia. Szczegółowe warunki ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729). Rozporządzenie to określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia. Jak wskazuje się w § 2 ww. rozporządzenia, ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenie to natomiast nie obejmuje

szkód wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej; polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Należy też mieć na uwadze, że § 2 ust. 4 omawianego rozporządzenia wskazuje, że ubezpieczenie OC obejmuje wszelkie szkody w zakresie określonym w rozporządzeniu bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. A zatem, ustawodawca określa w rozporządzeniu sztywne ramy zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela bez możliwości ich modyfikacji przez strony umowy. Wartość minimalnych sum gwarancyjnych została określona natomiast w § 3 omawianego rozporządzenia. W odniesieniu do podmiotów leczniczych (innych niż szpitale) suma gwarancyjna na jedno zdarzenie wynosi 75 000 euro (na wszystkie zdarzenia 350 000 euro). Dla szpitali suma gwarancyjna wynosi 100 000 euro na jedno zdarzenie, natomiast 500 000 euro na wszystkie zdarzenia. Jeżeli chodzi o lekarza wykonującego indywidualną praktykę zawodową to suma ubezpieczenia wynosi 75 000 euro na jedno zdarzenie, a na wszystkie zdarzenia 350 000 euro. Dla pielęgniarki wykonującej praktykę zawodową suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi 30 000 euro na jedno zdarzenie, a na wszystkie zdarzenia 150 000 euro.

Ubezpieczenie OC świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z treścią art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), świadczeniodawca podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Za świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. b i d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych rozumie się osobę fizyczną inną niż podmiot wykonujący działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne

będące przedmiotami ortopedycznymi. Przepis art. 136b ust. 2 ww. ustawy zawiera delegację ustawową do wydania rozporządzenia określającego szczegółowy zakres ubezpieczenia świadczeniodawców. Zgodnie z § 1 w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1728) ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczenia za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające z działania lub zaniechania ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, powstałych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią § 2 ust. 2 rozporządzenia, ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy; polegających na zapłacie kar umownych; powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru. Również i w tym przypadku, ustawodawca przyznaje stronom uprawnienia do umownego ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym świadczeniodawca obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 4 omawianego rozporządzenia wysokość minimalnych sum gwarancyjnych dla świadczeniodawcy będącego osobą fizyczną inną niż podmiot wykonujący działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej wynosi 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy. W przypadku świadczeniodawcy będącego podmiotem realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, minimalna wysokość sumy ubezpieczenia wynosi 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy.

Charakter odpowiedzialności ubezpieczyciela

Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC uzależniony jest oczywiście od możliwości przypisania odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającemu. Ubezpieczyciel odpowiada gwarancyjnie na mocy umowy ubezpieczenia zawartej ze sprawcą, który jednocześnie w stosunku prawnym ubezpieczenia występuje w charakterze ubezpieczającego.

W razie wyrządzenia szkody osobie trzeciej, na skutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia OC, pomiędzy poszkodowanym, ubezpieczonym i ubezpieczycielem wystąpi szereg powiązanych ze sobą relacji prawnych. Między poszkodowanym a ubezpieczonym powstaje roszczenie o naprawienie szkody, którego źródło stanowią przepisy o odpowiedzialności deliktowej. Fakt powstania tego roszczenia determinuje zarazem powstanie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela, który zobowiązany jest do wypełnienia zobowiązań ciążących na nim z racji umowy ubezpieczenia łączącej go z ubezpieczającym. Poszkodowany może też żądać naprawienia wyrządzonej mu szkody bezpośrednio od ubezpieczyciela – oczywiście w ramach ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez tego ostatniego.

Poszkodowany na podstawie art. 822 § 4 k.c. może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Oznacza to, iż poszkodowany na skutek błędu medycznego czy innego zdarzenia rodzącego odpowiedzialność podmiotów wskazanych w opracowaniu może skierować swoje roszczenia zarówno bezpośrednio do sprawcy (np. lekarza wykonującego zabieg, szpitala) jak również do jego ubezpieczyciela odpowiadającego gwarancyjnej. Przeważnie w praktyce związanej ze zgłaszaniem roszczeń odszkodowawczych, po zgłoszeniu roszczenia odszkodowawczego bezpośrednio do sprawcy, sprawca wskazuje poszkodowanemu numer polisy oraz ubezpieczyciela, do którego powinien on zgłosić roszczenia odszkodowawcze. Należy pamiętać jednak, że w razie doznania szkody na skutek błędu medycznego odpowiedzialność solidarną (tzw. niewłaściwą) ponosi sprawca szkody razem z ubezpieczycielem. Odpowiedzialność solidarna tych osób oznacza, iż poszkodowany (wierzyciel) może żądać całości lub części świadczenia odszkodowawczego od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregokolwiek z dłużników zwalnia pozostałych. Aż do zupełnego zaspokojenia wierzyciela wszyscy dłużnicy solidarni pozostają zobowiązani.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2013 r. (sygn. akt I ACa 1354/12), gdzie wskazano, że odpowiedzialność ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony sprawca. Nie oznacza to jednak, że między zakresem odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego sprawcy a odpowiedzialnością ubezpieczyciela można postawić znak równości. Odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy musi mieścić się w granicach ochrony udzielonej przez ubezpieczyciela, a poza tym musi wystąpić wypadek ubezpieczeniowy, czyli zdarzenie, które strony w umowie ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność ubezpieczyciela. Zakres ochrony ubezpieczeniowej wyznacza przewidziana w umowie suma gwarancyjna, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z chwilą wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego poszkodowanemu przysługuje bezpośrednio przeciwko ubezpieczycielowi roszczenie prawno-ubezpieczeniowe, które w doktrynie kwalifikowane jest jako specyficzna figura prawna, niepodlegająca zaliczeniu do tradycyjnej konstrukcji roszczenia deliktowego czy kontraktowego (*actio directa*). W relacji ubezpieczyciel – poszkodowany mają zastosowanie zarówno przepisy prawa ubezpieczeń, jak i przepisy prawa cywilnego dotyczące obowiązku naprawienia szkody, natomiast poszkodowany zajmuje na gruncie tych zasad szczególną pozycję prawną, ponieważ przysługują mu dwa odrębne roszczenia. Zachodzi między nimi ścisła współzależność polegająca na tym, że oba roszczenia istnieją obok siebie dopóty, dopóki jedno z nich nie zostanie zaspokojone. Poszkodowany nie może uzyskać dwóch odszkodowań, a o tym, w jaki sposób i w jakiej kolejności nastąpi realizacja przysługującego mu odszkodowania decyduje sam, kierując żądanie przeciwko ubezpieczonemu albo ubezpieczycielowi, albo przeciwko obu nim równocześnie. W razie pozwania obu wymienionych podmiotów nie ma podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności sprawcy szkody i ubezpieczyciela. W sytuacji, w której dwaj dłużnicy na podstawie różnych stosunków prawnych łączących ich z wierzycielem mają spełnić na jego rzecz to samo świadczenie, może być wykorzystana konstrukcja odpowiedzialności *in solidum*.

Należy też zwrócić uwagę, iż skierowanie roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio do ubezpieczyciela jest pewnym zabezpieczeniem finansowym dla poszkodowanego. Z reguły, ubezpieczyciele są bardziej wypłacalni aniżeli sprawcy szkody. Ubezpieczyciele dysponują bowiem rezerwami finansowymi przeznaczonymi na realizację roszczeń odszkodowawczych.

Reasumując powyższe, należy stwierdzić, że istnienie systemu obowiązkowych ubezpieczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz udzielających świadczeń zdrowotnych pozwoli lepiej zabezpieczyć interesy osób poszkodowanych. Pozytywnie należy również ocenić istnieje minimalnych sum gwarancyjnych na poziomie określonym w przytoczonych wyżej rozporządzeniach. Oczywiście ustawodawca wskazuje pewne minimum, które powinno być zachowane przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jednakże brak jest jakichkolwiek przeszkód do tego, aby strony umówiły się na wyższą sumę ubezpieczenia. Częstokroć roszczenia odszkodowawcze wynikające z błędów medycznych są dosyć wysokie (zadośćuczynienie, renty, odszkodowania majątkowe), a spory niezwykle skomplikowane. Osiągnięcie maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia pozwoli w pełni zagwarantować „wypłacalność" ubezpieczyciela oraz zrealizować prawo poszkodowanego do należnych mu świadczeń.

Marcin Bielecki
specjalista w Biurze Rzecznik Ubezpieczonych, aplikant radcowski

Odpowiedzialność odszkodowawcza szkół

Koniec roku szkolnego (a w perspektywie również początek nowego) to dobry moment, aby poświęcić chwilę na zastanowienie się nad problemem odpowiedzialności cywilnej szkół do których chodzą nasze dzieci, a także sprawdzenie czy na pewno interesy ewentualnych poszkodowanych są rozważnie zabezpieczone.

Co roku w polskich szkołach dochodzi do około 100 tys. wypadków z udziałem uczniów. Obejmuje to zdarzenia w trakcie zajęć w szkolnych, podczas przerw, kółek zainteresowań. Typowe szkody, które powstają to zarówno szkody osobowe (np. skręcenia, złamania i inne obrażenia ciała), jak i majątkowe (np. zbicie szyby w budynku, uszkodzenia sprzętu elektronicznego czy uszkodzenia karoserii samochodowych). Odpowiedzialność za powstanie tego rodzaju szkód może się różnie rozkładać – w części przypadków ponosić ją będą szkoły, w innych nauczyciele lub wychowawcy opiekujący się młodzieżą szkolną.

W tym artykule chcę pokrótce opisać kwestię odpowiedzialności cywilnej szkół z tytułu niewłaściwego nadzoru, skutków niewłaściwego wykonywania swoich obowiązków przez administrację szkoły i odpowiedzialności nauczycieli.

Zacząć należy od wyjaśnienia, że odpowiedzialność za szeroko rozumiane szkody szkolne może pochodzić z różnych źródeł. Będą to: odpowiedzialność z tytułu nadzoru, odpowiedzialność z tytułu szkód na osobie powierzonych opiece i odpowiedzialność z tytułu szkody wyrządzonej przez samych podopiecznych.

Odpowiedzialność z tytułu nadzoru

Nadzór to najprościej rzecz ujmując całokształt działań podejmowanych w celu zapewnienia bezpieczeństwa na terenie szkoły. Do jego zapewnienia zobowiązany jest przede wszystkim dyrektor szkoły. Nadzór ze strony dyrektora dotyczy całokształtu działalności kierowanej placówki, organizacji pracy podległego personelu pedagogicznego, administracyjnego oraz

technicznego. Dyrektor placówki będzie ponosił odpowiedzialność za skutki wszelkich zdarzeń wynikających z braku należytego zabezpieczenia, uchybień stanu technicznego budynków i budowli czy otoczenia obiektów np. drzewostanu, wszelkich budynków i urządzeń znajdujących się zarówno na terenie budynków szkolnych (sal gimnastycznych, basenów, saun, budynków gospodarczych, szatni, przechowalni rowerów, skrzyń, kozłów, drabinek, lin do wspinania, łańcuchów, równoważni, trampolin etc) jak i na terenie będącym we władztwie placówki (bieżni i płotków, boisk i kortów oraz znajdujących się w ich sąsiedztwie przyrządów do ćwiczeń i zabawy, huśtawek, zjeżdżalni, skateparków, ścianek wspinaczkowych i innych tego typu urządzeń).

Powyższe nie oznacza, że odpowiedzialność musi spoczywać osobiście na dyrektorze. Zgodnie bowiem z art. 5 ust. 7 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.), organem odpowiedzialnym za działalność szkoły jest organ prowadzący szkołę. „Organem prowadzącym" są te podmioty, które mogą zakładać i prowadzić szkoły oraz placówki określone w ustawie o systemie oświaty. Szkoły publiczne są zakładane i prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego. Organem prowadzącym niektórych szkół mogą być ministrowie (np. szkoły dla dzieci obywateli polskich za granicą czy szkoły artystyczne.) Organami prowadzącymi mogą być również osoby fizyczne i prawne (np. szkoły prowadzone przez stowarzyszenia). Zgodnie z ustawą o systemie oświaty, właśnie na organach prowadzących spoczywa odpowiedzialność cywilna za wynikłą szkodę, gdyż do zadań tego organu należy zapewnienie odpowiednich warunków działania szkoły. Stąd też organ prowadzący szkołę odpowiada za jej działalność, a więc także za szkodę wyrządzoną przez nauczycieli, wychowawców i pracowników administracyjnych.

Podstawę odpowiedzialności cywilnej organów prowadzących szkoły publiczne stanowi art. 417 § 1 k.c., który wskazuje, iż za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa. Ponadto jeżeli wykonywanie zadań z zakresu władzy publicznej zlecono, na podstawie porozumienia, jednostce samorządu terytorialnego albo innej osobie prawnej, solidarną odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi ich wykonawca oraz zlecająca je jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa.

W odniesieniu do odpowiedzialności nauczycieli zastosowanie znajdzie art. 430 k.c., który stanowi, iż kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Oznacza to, że odpowiedzialność organu prowadzącego placówkę oświatową nie wyklucza odpowiedzialności nauczycieli. Tym samym w przypadku ustalenia winy nauczyciela będą miały zastosowanie odpowiednie przepisy prawa cywilnego.

Odpowiedzialność z tytułu szkody na osobie powierzonej opiece

Drugie źródło potencjalnej odpowiedzialności cywilnej to odpowiedzialność z tytułu szkody osoby powierzonej opiece. Wypadek ucznia, czyli osoby powierzonej opiece, zaistniały na terenie szkoły zalicza się do tzw. wypadków powstałych w szczególnych okolicznościach. Uzasadnia to przyznanie poszkodowanemu przysługujących z tego tytułu szeregu odszkodowawczych świadczeń – wskazuje na to ustawa z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 737). Wypadek to zdarzenie nagłe wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w czasie zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych realizowanych przez jednostki organizacyjne systemu oświaty.

Nie zawsze świadczenia z tytułu wypadków w szczególnych okolicznościach (a tak kwalifikowane są wypadki, do których doszło w czasie przebywania uczniów pod nadzorem szkoły) pozwalają naprawić całość doznanej przez ucznia szkody. Wynika to z faktu, że wysokość odszkodowania jest w ustawie precyzyjnie określona. W takiej sytuacji uczeń (a częściej jego rodzice jako opiekunowie prawni) może dochodzić roszczeń o naprawienie szkody w zakresie w jakim nie została ona naprawiona na podstawie ustawy o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach.

Aby móc mówić o odpowiedzialności nauczyli i szkoły za powstałe skutki wypadku, wypadek musi wynikać z zaniedbań po stronie zobowiązanych.

Zaistnienie odpowiedzialności cywilnej wymaga łącznego wystąpienia warunkujących jej istnienie trzech kolejnych przesłanek:

1) uszczerbek majątkowy (np. zniszczenie mienia w trakcie zajęć szkolnych) lub niemajątkowy (szkoda na osobie, np. w wyniku wypadku), jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach chronionych przez prawo;
2) fakt powodujący uszczerbek czyli zdarzenie – ludzkie działanie, niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania lub inne zdarzenie – w wyniku którego została wyrządzona szkoda osobie trzeciej, a z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy;
3) związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem, z którym prawo łączy obowiązek odszkodowawczy. Kodeks cywilny w art. 361 § 1 stanowi, że zobowiązany do odszkodowania odpowiada tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Nauczyciel, który nie pilnował uczniów, powinien albo odpowiadać za to, że ulegli wypadkowi i są ranni (bo gdyby ich pilnował to do wypadku nie doszłoby), albo tylko za to, że nie wykonał obowiązku starannego sprawowania pieczy nad dziećmi (np. w czasie zajęć wychowania fizycznego kazał im wchodzić na wysokie drzewo, z którego potem spadły).

Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 361 k.c. związek przyczynowy zachodzi, gdy skutek jest zwykłym następstwem przyczyny, ocena zaś opiera się nie tyle na subiektywnym przewidywaniu sprawcy ile na przesłankach obiektywnych takich jak doświadczenie życiowe i wiedza naukowa. Doświadczenie życiowe wskazuje, że wykonanie polecenia wejścia na wysokie drzewo przez ucznia może skończyć się tragicznie. Jeśli dziecko nieszczęśliwie z niego spadnie i dozna urazu, to pomiędzy zdarzeniem, którego skutkiem jest szkoda da się wyprowadzić związek przyczynowy. Z powyższego wynika, kto jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo dzieci w szkole. Dbając o bezpieczeństwo ucznia w szkole wprowadzono przepisy nie dopuszczające pozostawienie uczniów bez nadzoru upoważnionej do tego osoby (w trakcie zajęć, jak i w przerwach). Do obowiązków nauczyciela należy stały nadzór w trakcie prowadzenia zajęć, systematyczne kontrolowanie miejsc, gdzie prowadzone są zajęcia, powiadomienie o uszkodzonych salach lub sprzętach dyrektora szkoły. Ważnym czynnikiem bezpieczeństwa jest także kontrola obecności uczniów na każdych zajęciach. Źródłem zobowiązania będzie zatem czyn niedozwolony (np. oddalenie się nauczyciela sprawującego dyżur w czasie przerwy lekcyjnej i pozostawienie uczniów bez opieki).

Podobnie jak w przypadku odpowiedzialności cywilnej nauczycieli, podstawy odpowiedzialności cywilnej organu prowadzącego szkołę mogą być różne, ale zawsze poszkodowany musi wykazać związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem ją powodującym. To oznacza, że musi on w postępowaniu udowodnić, że za powstanie szkody ponosi szkoła z tytułu czynu niedozwolonego.

Oznacza to, że obowiązek naprawienia szkody powstaje jedynie w razie takiego działania lub zaniechania (zaniedbania w wykonaniu swoich obowiązków) zobowiązanego podmiotu, które noszą znamiona winy, czyli naruszenia określonych obowiązków poprzez niedopełnienie swoich powinności. W praktyce więc to poszkodowany, dochodząc swoich roszczeń będzie musiał wskazać, kto w rzeczywistości ponosi winę oraz jakich dopuścił się on zaniedbań.

Odpowiedzialność z tytułu szkody wyrządzonej przez podopiecznych

Trzecim źródłem ewentualnej odpowiedzialności cywilnej jest odpowiedzialność z tytułu szkody wyrządzonej przez podopiecznych. Do powstania szkody na terenie szkoły może dojść również w sytuacji, gdy dziecko powierzone opiece nauczyciela spowoduje innej osobie szkodę, za którą w szeregu przypadków będzie odpowiedzialna osoba sprawująca nad taką osobą nadzór – na ogół nauczyciel. Podstawą takiej odpowiedzialności jest art. 427 k.c., z którego wynika, że kto z mocy ustawy lub umowy jest zobowiązany do nadzoru nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można, ten obowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej przez tę osobę, chyba że uczynił zadość obowiązkowi nadzoru albo że szkoda byłaby powstała także przy starannym wykonywaniu nadzoru. Przepis ten stosuje się również do osób wykonywających bez obowiązku ustawowego ani umownego stałą pieczę nad osobą, której z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego winy poczytać nie można.

Tak więc nauczyciel, który chciałby uchylić się od odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez swojego podopiecznego musiałby wykazać, że obowiązek opieki był wykonywany właściwie albo, że (w sytuacji, gdy jest ewidentne, że obowiązek nadzoru nie był przez nauczyciela wykonywany właściwie) do szkody wyrządzonej przez ucznia doszłoby i tak.

Odpowiedzialność nauczyciela w takiej sytuacji istnieje o ile do powstania szkody doszło na terenie szkoły w trakcie zajęć szkolnych (czyli również przerw) i istnieje związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a powstaniem szkody.

Warto zauważyć, że wspomniany wyżej „teren szkoły" należy traktować raczej umownie, gdyż chodzi tu przede wszystkim o miejsce i czas w którym dziecko pozostaje pod opieką nauczyciela. Zatem odpowiedzialność istnieć może również w trakcie wycieczki szkolnej do muzeum czy np. w trakcie przejazdu autobusem szkolnym. W tym świetle szczególnie interesujące z perspektywy nauczycieli mogą być również wyjazdy szkolne tzw. zielone szkoły, w trakcie których nauczyciel ponosi odpowiedzialność przez całą dobę i wszystkie dni tygodnia kiedy dzieci pozostają pod jego opieką. Oczywistym się wydaje, że nauczyciel jest w takich sytuacjach obarczony dużo większym ryzykiem niż w trakcie normalnych zajęć szkolnych.

Przesłanki miejsca (teren szkoły) i czasu (godziny zajęć szkolnych) muszą występować łącznie. Tzn. nie istnieje odpowiedzialność nauczyciela jeżeli do szkody doszło na terenie szkoły, ale poza godzinami zajęć np. długo po ostatniej lekcji, gdyż w tym czasie dzieci nie pozostawały już pod opieką nauczyciela.

Odpowiedzialność nauczyciela nie ustaje w razie gdy uczeń-sprawca posiada zdolność do odpowiadania za swoje czyny. W żaden sposób nie zmienia to sytuacji nauczyciela, który odpowiada, jeżeli wskutek zaniedbania, zaniechania itp. dopuścił do powstania zdarzenia.

Niewątpliwie praca z dziećmi i młodzieżą wiąże się ze znacznym wysiłkiem i wymaga specjalistycznych umiejętności. Warto też pamiętać, że przepisy uznają kadrę nauczycielską i administrację szkolną za podmioty szczególnie zobowiązane do sprawowania opieki i nadzoru nad uczniami, im i szkole jako całości powierzonymi.

Mariusz Denisiuk
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Zasady gromadzenia oszczędności na IKZE

Jednym z dostępnych sposobów gromadzenia dodatkowych oszczędności na cele emerytalne jest zawarcie umowy o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE). Zakładanie i prowadzenie IKZE reguluje ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. Nr 116, poz. 1205 z późn. zm.). Fakt, iż ich funkcjonowanie reguluje ta sama ustawa co indywidualnych kont emerytalnych (IKE) wynika z tego, iż są to konstrukcje bardzo do siebie podobne.

IKZE, podobnie jak IKE, może przybrać wiele postaci. Uproszczając, IKZE może być prowadzone w formie funduszu inwestycyjnego, rachunku w biurze maklerskim, ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, rachunku bankowego, dobrowolnego funduszu emerytalnego.

Kto może oszczędzać?

Na IKE lub IKZE może gromadzić oszczędności wyłącznie jeden oszczędzający. Oszczędzającym może być jedynie osoba fizyczna. Możliwe jest także założenie IKZE przez małoletniego, który ukończył 16 rok życia, ale jedynie w wypadku, gdy wpłaty na IKZE w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę, nie będą wyższe niż pobierane wynagrodzenie. Przed zawarciem umowy o prowadzenie IKZE osoba fizyczna składa oświadczenie, że nie gromadzi środków na IKZE w innej instytucji finansowej albo gromadzi środki na IKZE w innej instytucji finansowej, podając równocześnie nazwę tej instytucji i potwierdzając, że dokona ona wypłaty transferowej.

Gromadzeniem oszczędności jest więc dokonywanie wpłat, wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na IKZE. Wpłat dokonuje oszczędzający, którym jest osoba fizyczna, która gromadzi środki na IKZE.

Zwolnienie podatkowe

Co niezwykle istotne, oszczędzający na IKZE ma prawo do odliczenia od dochodu wpłat na IKZE na zasadach i w trybie określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, jeżeli na podstawie umowy o prowadzenie IKZE gromadzi oszczędności tylko na jednym IKZE. Wpłaty dokonywane na IKZE w roku kalendarzowym nie mogą więc przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,2-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone. W przypadku gdy kwota 1,2-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKZE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.

Limit wpłat

Jak zostało powiedziane, wpłaty na IKZE nie mogą przekroczyć 1,2-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok. Po przekroczeniu tej kwoty instytucja finansowa jest obowiązana do przekazania nadpłaconej kwoty w sposób określony w umowie o prowadzenie IKZE. Omawiany limit nie ma jednak zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych. Limit natomiast ogłasza minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE.

Skoro ustalono limit wpłat, istotnym będzie przytoczenie definicji wpłaty na IKZE. Będzie nią więc wpłata środków pieniężnych dokonywana przez oszczędzającego na IKZE lub przekazanie pożytków z papierów wartościowych zgromadzonych na IKZE oszczędzającego.

Zawarcie umowy

IKZE jest prowadzone na podstawie pisemnej umowy zawartej przez oszczędzającego z instytucją, która IKZE prowadzi. Będzie to fundusz inwestycyjny; dobrowolny fundusz emerytalny; podmiot prowadzący działalność maklerską; zakład ubezpieczeń; bank. Oszczędzający ma prawo do zmiany instytucji finansowej prowadzącej jego IKZE, zawierając umowę z inną a następnie dokonując wypłaty transferowej.

Umowa o prowadzenie IKZE określa w szczególności oznaczenie IKZE umożliwiające jego identyfikację; sposób oznaczenia dyspozycji dotyczących środków gromadzonych na IKE lub IKZE; sposób postępowania instytucji finansowej w przypadku, gdy suma wpłat dokonanych przez oszczędzającego na IKZE w danym roku kalendarzowym przekroczy limit wpłat; zakres, częstotliwość i formę informowania oszczędzającego o środkach zgromadzonych na IKZE; koszty i opłaty obciążające oszczędzającego w związku z prowadzeniem IKZE; okres wypowiedzenia umowy; termin dokonania wypłaty, wypłaty transferowej, częściowego zwrotu oraz zwrotu; warunki wypłaty w ratach, w tym liczbę rat, w przypadku dokonywania wypłaty w ratach; sposób postępowania z pożytkami z papierów wartościowych zgromadzonych IKZE oszczędzającego. W przypadku podpisania umowy o prowadzenie IKZE z zakładem ubezpieczeń, umowa ta zawiera ponadto określenie zasad, na jakich zakład ubezpieczeń wyodrębnia z płaconej składki część przeznaczoną na rachunek IKZE w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym oraz wskazuje cel, na który przeznaczona jest pozostała część składki ubezpieczeniowej.

Instytucja finansowa wydaje oszczędzającemu na IKZE potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie IKZE. Potwierdzenie zawarcia umowy powinno zawierać dane osobowe oszczędzającego oraz nazwę instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę, i numer rachunku, na który należy dokonać wypłaty transferowej. W przypadku dokonania wypłaty

transferowej oszczędzający może dokonywać wpłat dopiero po wpływie środków będących przedmiotem wypłaty transferowej z dotychczasowej instytucji prowadzącej IKZE.

Wypłata środków

Wypłata środków zgromadzonych na IKZE następuje wyłącznie po osiągnięciu przez oszczędzającego wieku 65 lat oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w 5 latach kalendarzowych. Wypłata może być, w zależności od wniosku oszczędzającego dokonywana jednorazowo albo w ratach. Wypłata w ratach środków zgromadzonych przez oszczędzającego następuje przez co najmniej 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty. Wypłata jednorazowa oraz pierwsza rata, w przypadku wypłaty w ratach, powinny być dokonane w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty chyba że oszczędzający zażąda wypłaty w terminie późniejszym. Oszczędzający, który dokonał wypłaty jednorazowej albo wypłaty pierwszej raty, nie może ponownie rozpocząć gromadzenia oszczędności na IKZE. Podobnie, oszczędzający nie może dokonywać wpłat na IKZE, jeżeli została dokonana wypłata pierwszej raty. Kwota wypłat objęta jest zryczałtowanym, 10% podatkiem dochodowym.

Wypłata środków w wypadku śmierci oszczędzającego

W umowie o prowadzenie IKZE oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób, którym zostaną wypłacone środki zgromadzone na IKZE w przypadku jego śmierci. Dyspozycja ta może być w każdym czasie zmieniona. Jeżeli oszczędzający wskazał kilka osób uprawnionych do otrzymania środków po jego śmierci, a nie oznaczył ich udziału w tych środkach lub suma oznaczonych udziałów nie jest równa 1, uważa się, że udziały tych osób są równe. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania środków po śmierci oszczędzającego staje się bezskuteczne, jeżeli osoba ta zmarła przed śmiercią oszczędzającego. W takim przypadku udział, który był przeznaczony dla zmarłego, przypada w częściach równych pozostałym osobom wskazanym, chyba że oszczędzający zadysponuje tym udziałem w inny sposób. W przypadku braku osób wskazanych przez oszczędzającego środki zgromadzone na IKZE wchodzą do spadku.

Zasady prowadzenia IKZE, a także tryb oraz warunki zawarcia i rozwiązania umowy o prowadzenie IKZE określają: statut funduszu inwestycyjnego – w przypadku funduszu inwestycyjnego; statut dobrowolnego funduszu emerytalnego – w przypadku dobrowolnego funduszu emerytalnego; regulamin prowadzenia rachunku papierów wartościowych i rachunku pieniężnego – w przypadku podmiotu prowadzącego działalność maklerską; ogólne warunki ubezpieczenia oraz regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – w przypadku zakładu ubezpieczeń; umowa rachunku bankowego – w przypadku banku. Ta sama stawka obejmuje kwoty wypłacone na rzecz uprawnionych po śmierci oszczędzającego.

Podobnym zasadom jak wypłata z IKZE podlega wypłata na rzecz uprawnionych w przypadku śmierci oszczędzającego. Możliwa jest także wypłata transferowa na IKZE uprawnionego. Wypłata ta będzie zwolniona od podatku.

Wypłata transferowa

Wypłata transferowa jest dokonywana:

1) instytucji finansowej prowadzącej IKE lub IKZE do innej instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE lub IKZE, albo
2) z instytucji finansowej prowadzącej IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił oszczędzający, albo
3) z programu emerytalnego, w przypadkach, o których mowa w przepisach o pracowniczych programach emerytalnych, do instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE, albo
4) z IKE zmarłego oszczędzającego na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego uprawniony przystąpił, albo
5) z IKZE zmarłego oszczędzającego na IKZE osoby uprawnionej.

Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie dyspozycji oszczędzającego albo osoby uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie. Wypłata transferowa powinna być dokonana w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej

przez oszczędzającego albo przedstawienia przez osoby uprawnione dokumentów niezbędnych do wypłaty oraz złożenia dyspozycji wypłaty transferowej. Z chwilą przekazania środków umowa o prowadzenie IKZE zawarta z instytucją finansową dokonującą wypłaty transferowej ulega rozwiązaniu, z wyłączeniem przypadku, gdy oszczędzający dokonuje wypłaty transferowej części środków zgromadzonych na IKZE pomiędzy funduszami inwestycyjnymi zarządzanymi przez to samo towarzystwo.

Przedmiotem wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKZE, z wyłączeniem przypadku, gdy oszczędzający dokonuje wypłaty transferowej pomiędzy funduszami inwestycyjnymi zarządzanymi przez to samo towarzystwo.

Każda z osób uprawnionych do środków zgromadzonych na IKZE zmarłego może dokonać wypłaty transferowej całości przysługujących jej środków wyłącznie na swoje IKZE.

Zwrot środków z IKZE

Zwrot środków zgromadzonych na IKZE następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKZE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej. Na równi ze zwrotem, w tym także do celów podatkowych, traktuje się pozostawienie środków zgromadzonych na IKZE na rachunku oszczędzającego, jeżeli umowa o prowadzenie IKZE wygasła, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej. Zwrot środków zgromadzonych na IKZE powinien nastąpić przed upływem terminu wypowiedzenia umowy. Częściowy zwrot następuje w ciągu 30 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wniosku, pod warunkiem że zwrot dotyczy wpłat dokonanych na IKE a następnie przeniesionych na IKZE w formie wypłaty transferowej. Kwota zwrotu z IKZE stanowi dochód podatnika i jest rozliczana w rocznym zeznaniu podatku dochodowego od osób fizycznych.

Umowa zawarta z instytucją finansową może ustanawiać termin, nie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, w którym dokonanie wypłaty, wypłaty transferowej lub zwrotu wiąże się z koniecznością poniesienia przez oszczędzającego dodatkowej opłaty, której wysokość

instytucja finansowa określi w umowie. W przypadku gdy oszczędzający dokonuje wypłaty, wypłaty transferowej lub zwrotu przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1, instytucja finansowa ma prawo do potrącenia dodatkowej opłaty z wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKZE. Po upływie wspomnianego okresu 12 miesięcy, podmiot prowadzący działalność maklerską, dokonując wypłaty transferowej środków zgromadzonych na IKZE, może pobrać opłatę z tytułu przeniesienia papierów wartościowych, instrumentów finansowych niebędących papierami wartościowymi i środków pieniężnych, jednak nie wyższą niż opłata pobierana od tego podmiotu przez Krajowy Depozyt Papierów Wartościowych S.A., określona w regulaminie, o którym mowa w art. 50 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 94).

Kalendarium

09.04.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w uroczystości wręczenia nagród w X Wielkopolskiej Olimpiadzie Wiedzy Konsumenckiej.

14.05.2014 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział oraz wygłosili referat na VII Forum Assistance „Klient jest najważniejszy. Aktualne zmiany na rynku *bancassurance* a efektywna sprzedaż", zorganizowanym przez Europ Assistance.

22.05.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w Europejskim Wykładzie Otwartym „Wynajmujesz samochód w Europie – wynajmujesz problem?", zorganizowanym przez Biuro Funduszy Europejskich i Rozwoju Gospodarczego Urzędu m.st. Warszawy, Punkt Informacji Europejskiej Europe Direct – Warszawa oraz Europejskie Centrum Konsumenckie.

28.05.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w debacie „Polubowne rozstrzyganie sporów konsumenckich – stan obecny, kierunki zmian", zorganizowanej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

29.05.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie I kwartału 2014 r. Jest to opracowanie statystyk skargowych, które Rzecznik prezentuje kwartalnie przekazując je m.in. do organu nadzoru oraz udostępniając do publicznej wiadomości.

29–31.05.2014 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w XVII Kongresie Brokerów z wiodącym tematem „Klient, ubezpieczyciel, regulator – wyzwania dla rynku", zorganizowanym przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.

09.06.2014 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz Prezes Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych wzięli udział w konferencji „Mediacja na rynku finansowym – dlaczego tak?", zorganizowanej przez Centrum Mediacji Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego.

10.06.2014 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział oraz wygłosił referat na konferencji „Wytyczne KNF – szansa na zmiany, czy koniec pewnej epoki polskich ubezpieczeń?", zorganizowanej przez TG-Doradztwo i Zarządzanie oraz AhProfit Sp. z o.o. Sp.k.

10.06.2014 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w spotkaniu z cyklu „Mini-debaty konsumenckie w Ośrodku Debaty Międzynarodowej" pt. „Branża turystyczna dziś i jej problemy, a perspektywa nowej dyrektywy turystycznej", zorganizowanym przez Europejskie Centrum Konsumenckie i Ośrodek Debaty Międzynarodowej.

11.06.2014 – W siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się uroczyste wręczenie nagród w XIII edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

Opracował:
Piotr Budzianowski