

Urszula Borowiecka

starszy specjalista w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Ubezpieczenia turystyczne – możliwe problemy i komplikacje

Ubezpieczając wyjazd turystyczny, mamy na celu przede wszystkim uniknięcie zbędnych kosztów będących następstwem nieprzyjemnych zdarzeń. Posiadając polisę ubezpieczeniową, możemy spokojnie oddać się błogiemu relaksowi. Czy aby na pewno?

Na wstępie należy zaznaczyć, że ubezpieczenia turystyczne występują w dwojakiej formie. Pierwsza z nich to ubezpieczenia wyjazdów organizowanych przez biura podróży. Są to umowy zawierane przez touroperatorów i sprzedawane w pakiecie z wycieczką. Koszt takiego ubezpieczenia wliczany jest w cenę wycieczki. Nie mamy możliwości zrezygnowania z tej części oferty, ponieważ biura podróży mają obowiązek zawrzeć na rzecz swoich klientów umowę ubezpieczenia NNW oraz KLZ (kosztów leczenia za granicą). Trzeba jednak zaznaczyć, że biura podróży zazwyczaj zawierają umowy z minimalną sumą ubezpieczenia (w granicach 10 tys. euro), co w praktyce oznacza, że możemy liczyć na zwrot kosztów leczenia maksymalnie do tej kwoty (jest to przybliżony koszt kilkudniowego pobytu w szpitalu w krajach Europy Zachodniej). Ponadto zakres takiego ubezpieczenia jest ograniczony, czyli ubezpieczyciel nie gwarantuje zwrotu wszystkich poniesionych przez nas wydatków. Nierzadko zdarza się, że wykupujący wycieczkę czy wczasy nawet nie wie, że jest ubezpieczony. Nie wie również, że może wykupić rozszerzoną wersję takiego ubezpieczenia, a wraz z doubezpieczeniem, czyli dokupieniem rozszerzonego wariantu ubezpieczenia turystycznego, z większą sumą ubezpieczenia oraz szerszym zakresem ochrony ubezpieczeniowej, rośnie prawdopodobieństwo zwrotu kosztów.

Możemy też wykupić polisę na własną rękę. Taka możliwość istnieje niezależnie od tego, czy na wypoczynek wybieramy się z tourooperatorem, czy też wyjazd organizujemy samodzielnie.

Nie o formach umów ubezpieczeń turystycznych będzie tu jednak mowa. Moim celem jest przedstawienie problemów (na przykładzie skarg napływających do Rzecznika Ubezpieczonych), z jakimi borykają się właściciele polis, które, jak okazuje się *post factum*, nie gwarantują właściwego poziomu ochrony ubezpieczeniowej. Nie sposób przedstawić

wszystkich kłopotów pojawiających się w procesie likwidacji szkód turystycznych, mam jednak nadzieję, że moja subiektywna relacja przybliży nieco temat.

Po pierwsze, jak wyżej wspomniałam, zwrot kosztów szkód poniesionych podczas wyjazdu może być znacznie ograniczony ze względu na zbyt niską sumę ubezpieczenia, która najzwyczajniej nie wystarczy na pokrycie całości wydatków, a także ze względu na liczne wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej zapisane w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Z powodu niewystarczającej sumy ubezpieczenia możemy być zobowiązani do dopłaty za pobyt w szpitalu, transport medyczny, transport do miejsca zamieszkania, lekarstwa itd.

Ze względu na wyłączenia odpowiedzialności zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia często można spotkać się z odmową wypłaty świadczenia z uwagi na rzekomą możliwość kontynuowania leczenia w kraju. *Gros* ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących kosztów leczenia za granicą zawiera punkt mówiący o tym, że w sytuacji, kiedy możliwy jest powrót do kraju, ubezpieczeni powinni kontynuować leczenie w Polsce. Jednak co zrobić, kiedy ubezpieczony znajduje się aktualnie na przykład w Stanach Zjednoczonych, a bilet powrotny wykupiony ma na – przypuśćmy – tydzień po pierwszym zabiegu. Czy wtedy koszty wcześniejszego transportu do kraju zostałyby zwrócone? Czy jest to w ogóle opłacalne? Wiadomo, że odpowiedź na powyższe zapytania jest przecząca. Po pierwsze, w sytuacji bólu i cierpienia ubezpieczony nie myśli o wcześniejszym powrocie do kraju w celu kontynuowania leczenia. Wykonuje polecenia lekarzy, mając nadzieję na szybki powrót do zdrowia. Po drugie, przebukowanie biletu z tak odległego zakątka świata stanowi problem natury finansowej, gdyż zazwyczaj takie działanie oznacza niebagatelny wzrost ceny biletu. Niestety, nie spotkałam się z przypadkiem, by ubezpieczyciel znalazł satysfakcjonujące rozwiązanie w takiej sytuacji. Odmowa wypłaty odszkodowania jednak ma miejsce, bo leczenie nie było kontynuowane w kraju. Często spotykamy się ze sformułowaniem, że koszty poniesione na leczenie za granicą przekraczają sumę kosztów niezbędnych, aby ubezpieczony osiągnął stan zdrowia umożliwiający mu powrót do kraju.

Jedną z wielu tego typu spraw napływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych jest skarga ubezpieczonej, która podczas podróży do Australii znalazła się w szpitalu na skutek zakażenia groźnymi bakteriami. Z udostępnionej nam korespondencji wynika, że ubezpieczyciel odmówił zwrotu kosztów niezbędnych badań, mających na celu ustalenie stanu zdrowia skarżącej wykonanych w szpitalu, twierdząc, że przekraczają one zakres

pomocy niezbędnej do osiągnięcia przez skarżącą stanu zdrowia pozwalającego na powrót do kraju. Ubezpieczyciel nie rozpatrywał okoliczności faktycznych w szerszym kontekście, w ogóle nie wziął pod uwagę, że skarżąca przebywała w Australii, tj. że podróż do Polski wygenerowałaby znacznie wyższe koszty niż leczenie przeprowadzone na miejscu. Ponadto najważniejszym czynnikiem, jaki ubezpieczyciel powinien uwzględnić, był oczywiście stan zdrowia skarżącej, a ten nie pozwalał na odbycie podróży do Polski ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Na ostrym dyżurze stwierdzono zakażenie groźnymi bakteriami, a także częściowe odwodnienie organizmu. Podejrzewano zapalenie wątroby, w związku z czym skarżąca została skierowana na dodatkowe badania. Domniemywać zatem można, że wszystkie zalecone badania były niezbędne, by ustalić przyczynę złego stanu zdrowia, a także by stwierdzić, czy możliwy jest powrót do kraju. Ponadto przed wizytą w placówce medycznej skarżąca została poinformowana przez konsultanta infolinii ubezpieczyciela, że będzie mogła ubiegać się o zwrot kosztów, niemożliwe było bowiem rozliczenie bezgotówkowe.

Analogiczne było zdarzenie, które miało miejsce w Stanach Zjednoczonych. Skarżący wraz z żoną udał się w odwiedziny do córki. Po przybyciu na miejsce ubezpieczony zaczął odczuwać dolegliwości bólowe, w związku z czym skorzystał z pomocy amerykańskiej służby zdrowia. Nie mógł wrócić do Polski po pierwszej wizycie u lekarza, ponieważ założono mu cewnik, na którego usunięcie miał zgłosić się pięć dni później. Po usunięciu cewnika skarżący ze względu na dolegliwości bólowe ponownie trafił do szpitala, gdzie po raz drugi założono mu cewnik. Usunięto go czternaście dni później, jednak w dalszym ciągu skarżący nie czuł się dobrze. Z tego względu zmuszony był używać jednorazowych cewników. Z zaleceń lekarza wynikało, że skarżący ze względu na zły stan zdrowia nie mógł udać się w podróż powrotną do Polski. Roszczenie skarżącego o zwrot kosztów leczenia nie zostało uznane ze względu na fakt, iż udzielona pomoc medyczna wykraczała ponad zakres niezbędny, by doprowadzić skarżącego do stanu pozwalającego mu na odbycie podróży do Polski.

Kolejny przykład to odmowa zwrotu kosztów badania MRI (rezonansu magnetycznego), wykonanego przez austriacką klinikę. Z opisu skarżącej wynika, że badanie takie było niezbędne w celu potwierdzenia urazu, jakiego doznała podczas wypadku na nartach. Ubezpieczyciel otrzymał kartę z adnotacją austriackiego lekarza, że badanie MRI jest konieczne do potwierdzenia diagnozy. Mimo to ubezpieczyciel nie wyraził na to badanie zgody. Opinia lekarza dyżurnego orzekającego zaocznie w imieniu ubezpieczyciela stanowiła

podstawę odmowy zwrotu kosztów przedmiotowego badania. Lekarza orzecznika nie było na miejscu, nie widział obrażeń, jakie poniosła skarżąca, jak więc mógł jednoznacznie stwierdzić, że badanie nie jest konieczne? Ponadto podczas konsultacji w austriackiej klinice skarżąca została poinformowana, że przedmiotowe badanie jest niezbędne ze względu na ewentualną konieczność operacji, którą trzeba by wykonać w ciągu dwóch dni od wypadku. Skarżąca nie byłaby w stanie dojechać do Polski w tak krótkim czasie, a tym bardziej wykonać takiego badania w naszych realiach. W opisywanej sytuacji nie można było zatem mówić o doprowadzeniu ubezpieczonej do takiego stanu zdrowia, który pozwoliłby jej na bezpieczny powrót do kraju i kontynuowanie leczenia w Polsce.

Jeśli chodzi o ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW), nierzadko zdarza się, że odszkodowanie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest na podstawie najniższego wskaźnika zamieszczonego w tabeli znajdującej się w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Przykładowo klient jednego z towarzystw ubezpieczeniowych domagał się wypłaty świadczenia w związku ze złamaniem kości lewej ręki. Ze złamaniem wiązały się liczne operacje i dziewięciomiesięczny okres zwolnienia lekarskiego. W odczuciu skarżącego, a także w opinii lekarzy prowadzących (co potwierdza dokumentacja medyczna) uszczerbek na zdrowiu został przez ubezpieczyciela znacznie zaniżony. Zaocznie orzeczono 4% uszczerbku na zdrowiu, mimo odczuwalnych przez skarżącego do chwili obecnej następstw niedowładu ręki. Ubezpieczyciel nie wyraził zgody na powołanie komisji lekarskiej, która mogłaby zweryfikować wydane zaocznie orzeczenie.

Podobna sytuacja miała miejsce w innym zakładzie ubezpieczeń, w którym również orzeczenie zostało wydane w trybie zaocznym i ubezpieczyciel nie wyraził zgody na powołanie komisji lekarskiej w celu weryfikacji stanu zdrowia skarżącej. Zdaniem ubezpieczonej orzeczenie 8% uszczerbku na zdrowiu przy utrzymujących się problemach z wydolnością stawu kolanowego połączonych z bólem i ograniczeniem ruchowym, mimo zakończonej rehabilitacji, to zdecydowanie za mało.

Aby w miarę możliwości zapobiec kłopotliwym sytuacjom na wyjeździe, warto przede wszystkim przed zakupem polisy zapoznać się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia. Należy dwa razy sprawdzić umowę, którą podpisujemy, ponieważ zdarza się, że możemy zostać wprowadzeni w błąd już na etapie wyboru ubezpieczenia. Pośrednicy ubezpieczeniowi nie zawsze bowiem zachowują się profesjonalnie – zdarza się, że proponują produkty

ubezpieczeniowe nieadekwatne do potrzeb klientów. Zwracając się do agenta, ufamy, że zakupione przez nas ubezpieczenie będzie nas w pełni chronić podczas wyjazdu. Niestety, taki tok myślenia może okazać się błędny.

Niedawno do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęła skarga dotycząca odmowy wypłaty odszkodowania ze względu na fakt, iż zawarta przez skarżących umowa ubezpieczenia nie zawierała rozszerzonej opcji dotyczącej następstw nieszczęśliwych wypadków w sytuacji uprawiania sportów ekstremalnych. Jak wynika z korespondencji przesłanej do naszego Biura, ubezpieczeni zostali wprowadzeni w błąd przez agenta ubezpieczeniowego, który wiedząc, w jakim celu chcą wykupić ubezpieczenie, nie zaproponował im odpowiedniej oferty. Co więcej, ubezpieczeni wyraźnie zaznaczyli, że wybierają się w góry w celu uprawiania narciarstwa. Mimo tego nieświadomie zakupili ubezpieczenie bez opcji w ich sytuacji najważniejszej – dotyczącej ryzyka uprawiania sportów zimowych, w tym narciarstwa. Zatem koszty powstałe na skutek wypadku na stoku nie były objęte ochroną ubezpieczeniową i nie zostały zrefundowane.

Adekwatnie do potrzeb klientów nie dostosował oferty również inny agent, który sprzedał skarżącym ubezpieczenie turystyczne NNW i KLZ, natomiast celem wyjazdu za granicę nie był wypoczynek, lecz kontynuowanie leczenia syna ubezpieczonych. Klienci, podobnie jak w poprzednim wypadku, wyraźnie zaznaczyli cel swojego wyjazdu. W momencie zawierania umowy skarżący dokładnie nakreślił agentowi cel i okoliczności towarzyszące wyjazdowi do Niemiec. Agent natomiast wyraźnie wprowadził klientów w błąd, sugerując zupełnie inny wariant umowy. Zachowanie agenta podyktowane było faktem, że w systemie nie można było zaznaczyć ikony „wyjazd na leczenie”, gdyż była nieaktywna. Agent zastąpił ją więc ikoną „cel turystyczny”. Ponadto chorobę nowotworową, na którą chorował syn skarżących, zamieniono na chorobę przewlekłą, aby dodać do polisy turystycznej pakiet rozszerzony o ryzyko dotyczące chorób przewlekłych. Wobec powyższego zakupiony przez skarżącego produkt zupełnie nie gwarantował ochrony ubezpieczeniowej podczas wyjazdu, którego celem było leczenie.

Brak kompetencji można dostrzec nie tylko na etapie zawierania umów. Również po powstaniu szkody zauważyć można pewne nieprawidłowości.

W celu pomocy ubezpieczonym przebywającym za granicą towarzystwa ubezpieczeniowe dysponują tzw. centrami alarmowymi. Ubezpieczyciele zobowiązują się za pośrednictwem centrów alarmowych kierować ubezpieczonych do określonych placówek

służby zdrowia, organizować transport do kraju i udzielać wszelkich informacji odnośnie postępowania w razie zajścia zdarzenia szkodowego. Ubezpieczyciele powinni udzielać pomocy sprawnie i bez zbędnych komplikacji. Problemy jednak zaczynają się już w momencie kontaktu z centrum alarmowym. Po pierwsze, zdarza się, że klienci długo oczekują na przekazanie adresu wybranej placówki służby zdrowia, która ma zawartą umowę z ubezpieczycielem i może zająć się pacjentem w chwili, kiedy on tego potrzebuje. Po drugie, konsultanci nie informują szczegółowo o zakresie wykupionej przez ubezpieczonych umowy. Klienci nie są informowani o tym, czy mogą w ramach polisy dokonywać określonych działań, po czym okazuje się, że nie wszystkie poniesione koszty były objęte ochroną ubezpieczeniową.

W jednej ze spraw ubezpieczony skarży się, że ubezpieczyciel odmówił zwrotu kosztów transportu taksówką ze szpitala do hotelu. Jak twierdzi skarżący, w rozmowach z centrum alarmowym zostało uzgodnione, że może z takiego transportu skorzystać, a koszty tegoż zostaną mu zwrócone. Z nagrania rozmowy telefonicznej wynika wprost, że konsultantka z centrum pomocy informuje o możliwości powrotu taksówką ze szpitala, a także o przysługującym zwrocie kosztów z tego tytułu. Ogólne warunki ubezpieczenia obejmują zaś jedynie transport ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do najbliższego szpitala albo placówki służby zdrowia. W konsekwencji ubezpieczony nie uzyskał zwrotu przedmiotowych kosztów. Gdyby skarżący został należycie poinformowany, mógłby zdecydować, czy ma skorzystać z usług taksówkarskich, wiedząc, że płaci za transport z własnej kieszeni.

Znacznym problemem wdaje się być także nieinformowanie klientów o szczegółach prowadzonego postępowania likwidacyjnego, czyli działanie wbrew przepisom ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, a w szczególności art. 16 ust. 1 i 2 tejże ustawy, zgodnie z którym ubezpieczyciel zobowiązany jest w ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o szkodzie podjąć postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także poinformować osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Ponadto jeżeli w terminach określonych w umowie lub w ustawie zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach

niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

Powyższy materiał pokrótce ukazuje meandry praktyki ubezpieczeń turystycznych. Oczywiście nie każda sprawa kończy się w sposób niekorzystny dla klientów, jednak należy mieć na względzie, że nie zawsze wszystko pójdzie po naszej myśli. Zalecam zatem uważne czytanie umów, by nie być niemiło zaskoczonym w razie wystąpienia zdarzenia szkodowego.