MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 65

ISSN 2353-8880

CZERWIEC 2016

Wydawca

Rzecznik Finansowy

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)2016 Rzecznik Finansowy. Wszelkie prawa zastrzeżone

Spis treści do MU 65

1. Standaryzacja zadośćuczynień – głos w sprawie
2. Szkoda całkowita likwidowana z OC sprawcy – praktyczne porady
3. Gromadzenie oraz dostęp do dokumentów ubezpieczeniowych – problemy sygnalizowane Rzecznikowi Finansowemu
4. Gdzie szukać pomocy w sporach z zagranicznym zakładem ubezpieczeń
5. Utrata wartości handlowej pojazdu
6. Odpowiedzialność ubezpieczeniowa za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdów wolnobieżnych i specjalnych – część 2
7. Co zrobić, gdy ubezpieczyciel nie likwiduje szkody w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. w terminie lub gdy nie zgadzamy się z jego stanowiskiem – praktyczne porady
8. Uchwała Sądu Najwyższego dotycząca roszczeń poszkodowanych z tytułu powypadkowego leczenia i rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych
9. Informacja o XV edycji Konkursu Rzecznika Finansowego, Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Gazety Ubezpieczeniowej na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową
10. Kalendarium

Aleksander Daszewski
radca prawny, koordynator w Biurze Rzecznika Finansowego

Standaryzacja zadośćuczynień – głos w sprawie

Komisja Nadzoru Finansowego na początku roku zaprezentowała projekt rekomendacji dla ubezpieczycieli, w których został zarysowany pożądany przez organ nadzoru sposób ustalania wysokości zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej. Uzasadniając prezentowany projekt, Komisja trafnie podkreśliła, że w praktyce istnieją bardzo duże dysproporcje pomiędzy wypłacanymi przez zakłady ubezpieczeń kwotami zadośćuczynienia a kwotami zadośćuczynienia zasądzanymi w tych samych sprawach przez sądy powszechne. Ponadto w ocenie Komisji istnieje potrzeba zapewnienia przewidywalności – a więc pewnej standaryzacji – procesów ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej, bowiem „przepisy prawa nie zawierają żadnych kryteriów, jakimi należy kierować się przy określaniu (miarkowaniu) wysokości zadośćuczynienia". Ponadto, co uzasadnia podjęcie działań nadzorczych, „zakłady ubezpieczeń nie prezentują jednolitego podejścia do katalogu okoliczności, jakie powinny być brane pod uwagę przy ocenie szkody niemajątkowej, jak również do wyceny tych okoliczności, co w efekcie prowadzi do nieuzasadnionych rozbieżności w zakresie przyznawanych kwot zadośćuczynienia w podobnych sprawach". Z zapowiedzi medialnych wynika, że przygotowany projekt ma być pierwszym krokiem na drodze uregulowania problematyki zadośćuczynień. Komisja na kolejnym etapie pragnie bowiem stworzyć jeszcze bardziej szczegółowe wytyczne, w których będzie się starała usystematyzować wysokość (kwoty) świadczeń w analogicznych przypadkach.

Podobnie sprawę przewidywalności i jasnych reguł miarkowania zadośćuczynień widzą ubezpieczyciele, nie bez pewnej racji podkreślając przy tym, że dzięki wprowadzeniu standaryzujących rozwiązań – najlepiej precyzyjnych tabel – będą mogli lepiej przewidzieć, ile takie szkody będą ich kosztować, i zawiązać rezerwy w odpowiedniej wysokości. Z drugiej strony, na co równie trafnie wskazują w głównej mierze adwokaci i radcowie prawni specjalizujący się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych, a także przedstawiciele kancelarii i doradców odszkodowawczych, wprowadzenie tabel określających wysokość

świadczeń naruszyłoby niezawisłość sądów i wymaga zmiany przepisów kodeksu cywilnego bądź przyjęcia w tym zakresie odrębnej regulacji rangi ustawowej.

Analizując te głosy, a także bazując na własnych doświadczeniach z zakresu obsługi szkód osobowych, dochodzę do wniosku, że pomysł wypracowania generalnych standardów jest godny rozważenia, przy czym decydującym czynnikiem winien być uzasadniony interes osób poszkodowanych, a nie chęć redukcji świadczeń po stronie płatników. Z punktu widzenia poszkodowanych – bo to dla nich, a nie dla branży ubezpieczeniowej są przeznaczone te świadczenia – zasadnym i kompromisowym rozwiązaniem byłoby z jednej strony wprowadzenie określonych standardowych minimów, które gwarantowałyby adekwatny do rozmiarów krzywdy poziom finansowy świadczeń, a z drugiej strony pozostawienie sądowi w niektórych przypadkach swobody orzekania, co pozwoliłoby na ustalenie zadośćuczynienia lepiej odzwierciedlającego elementy powstałej krzywdy. Przypomnę w tym miejscu przeciwnikom takiej otwartej i elastycznej konstrukcji, że formuła ta stosunkowo często jest stosowana w regulacjach rangi ustawowej. Podobne rozwiązania spotykane są też w systemach dochodzenia roszczeń za szkody osobowe wyrządzone pacjentom w trakcie leczenia.

Ponadto rozwiązanie zamykające możliwość dochodzenia roszczeń na drodze sądowej wydaje się być sprzeczne z art. 45 ust. 1 Konstytucji RP, który ustanawia prawo do sądu, a ściślej prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Tę konstytucyjną zasadę uzupełnia orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, który wyraźnie wskazuje, iż jednym z fundamentalnych założeń demokratycznego państwa prawnego jest zasada dostępu obywateli do sądu w celu umożliwienia im obrony ich interesów przed niezawisłym organem, kierującym się wyłącznie obowiązującym w państwie prawem, przy czym Trybunał podkreśla, że na prawo do sądu składa się m.in. prawo do wyroku sądowego (prawo do uzyskania wiążącego rozstrzygnięcia). Tym samym mechanizm ograniczający prawo do sądu i ewentualne zamknięcie drogi sądowej po stronie poszkodowanych musiałyby być ocenione jako niezgodne z ustawą zasadniczą, a tym samym nielegalne. Dodatkowo instytucja zadośćuczynienia z samej swojej natury musi być elastyczna, gdyż stosuje się ją do bardzo różnorodnych stanów faktycznych. Stąd zresztą generalny i abstrakcyjny kształt norm prawnych tę instytucję opisujących. Ta różnorodność stanów faktycznych również przekonuje do przyjęcia rozwiązań elastycznych, otwartych szczególnie na te najtrudniejsze

sprawy. Są bowiem przypadki, które nigdy nie zmieszczą się w tabelach, nie mogą być ustandaryzowane i wymagają dalece indywidualnego podejścia (*ad casum*).

Oczywiste wydaje się również, że ewentualne tabele powinny znajdować odzwierciedlenie w aktualnej linii judykatury. Tym samym jeżeli zaproponowany poziom świadczeń realizowanych na podstawie tabel byłby adekwatny do krzywdy poszkodowanych, rozwiązanie takie powodowałoby naturalne ograniczenie po stronie poszkodowanych chęci do wchodzenia na drogę sądową przeciwko ubezpieczycielom, gdyż w olbrzymiej większości przypadków takie działanie byłoby skazane na niepowodzenie. Wydaje się bowiem, że jeżeli świadczenia zostaną w sposób profesjonalny obliczone w oparciu o uczciwy schemat, nie będzie podstaw, aby poszkodowani lub ich pełnomocnicy uciekali się do długotrwałej i kosztownej drogi sądowej.

W mojej opinii rozważane rozwiązania standaryzacyjne powinny być uzupełnione szeregiem profesjonalnych zabezpieczeń, w tym działaniem niezależnych od zainteresowanych i nadzorowanych przez państwo komisji lekarskich z udziałem wybitnych specjalistów, kontrolą sądową zawieranych ugód, być może – ze względu na charakter chronionych dóbr – przymusem adwokackim, a także stworzeniem mechanizmów antyinflacyjnych.

Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, aplikant radcowski

Szkoda całkowita likwidowana z OC sprawcy – praktyczne porady

Pojęcie „szkoda całkowita”

Powszechnie obowiązujące prawo nie definiuje pojęcia „szkoda całkowita”. Termin ten wykształcił się w praktyce likwidacji szkód, a następnie został przyjęty przez orzecznictwo (por. wyrok SN z dnia 1 września 1970 r., sygn. akt II CR 371/70; wyrok SN z dnia 13 grudnia 1988 r., sygn. akt I CR 280/88; wyrok SN z dnia 29 stycznia 2002 r., sygn. akt V CKN 682/00).

Ze szkodą całkowitą w przypadku dochodzenia odszkodowania od ubezpieczyciela sprawcy mamy do czynienia wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy w chwili ustalenia kwoty odszkodowania przekraczają wartość rynkową pojazdu w dniu szkody.

Przykład: Wartość rynkowa samochodu przed szkodą wynosiła 40 000 zł, koszty naprawy uszkodzonego pojazdu wynoszą 50 000 zł. W takiej sytuacji występuje tzw. szkoda całkowita.

Gdy zaistniały przesłanki do określenia szkody całkowitej, wówczas odszkodowanie wypłacane w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ustalane jest tzw. metodą dyferencyjną (zwaną również różnicową). Polega ona na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie sprzed uszkodzenia o wartość pozostałości powypadkowych (wraku pojazdu). W przypadku szkody całkowitej o przywróceniu stanu poprzedniego mówimy wówczas, gdy suma wypłaconego odszkodowania oraz wartość wraku lub cena uzyskana z jego sprzedaży jest równa wartości rynkowej pojazdu sprzed szkody. Wtedy zostaje wówczas przywrócony stan praw majątkowych poszkodowanego zakłócony zdarzeniem, na skutek którego doszło do wyrządzenia szkody.

Przykład: Wartość samochodu przed szkodą wynosi 40 000 zł. Wartość pozostałości (uszkodzonego pojazdu) to 5000 zł. W związku z powyższym wysokość odszkodowania

wynosi 35 000 zł. Poszkodowany będzie mógł jednocześnie sprzedać wrak za 5000 zł i w konsekwencji łącznie będzie dysponował kwotą w wysokości 40 000 zł, a więc równą wartości rynkowej pojazdu przed szkodą.

Problemy występujące w skargach kierowanych do Rzecznika

Od początku funkcjonowania instytucji Rzecznika Ubezpieczonych, a obecnie Rzecznika Finansowego, skargi osób poszkodowanych dotyczące szkody całkowitej najczęściej obejmowały następującą problematykę: wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą i po szkodzie; dokonywania pomniejszenia kwoty odszkodowania o hipotetyczną marżę (zysk), jaką mają uzyskać podmioty, które w drodze aukcji internetowej złożyły ofertę zakupu pozostałości (wraku) pojazdu poszkodowanego; zawyżania kosztów naprawy pojazdu i stosowanie w kosztorysie odmiennych kryteriów, niż ma to miejsce przy szkodzie częściowej, w celu zakwalifikowania szkody jako szkody całkowitej.

Wycena wartości rynkowej pojazdu przed szkodą

Jednym z najczęstszych zarzutów osób skarżących jest zaniżenie przez zakłady ubezpieczeń wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody. W szczególności zarzuty dotyczą: przyjmowania błędnych wersji modelu pojazdu; nieuwzględniania w wycenach wyposażenia dodatkowego, dobrego stanu technicznego pojazdu oraz modyfikacji technicznych zwiększających wartość pojazdu; stosowania niezasadnych korekt zmniejszających wartość rynkową tego pojazdu; wreszcie nieuwzględniania rynkowych cen w ofertach sprzedaży pojazdów oraz wycen sporządzonych przez niezależnych rzeczoznawców samochodowych.

W odniesieniu do wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą należy wskazać, że brak jest norm prawnych czy też wytycznych, które regulowałyby albo wskazywałyby, w jaki sposób należy dokonać wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą. W praktyce przy wycenie wartości pojazdów zarówno w trakcie prowadzonych czynności likwidacyjnych, jak też postępowań cywilnych najczęściej korzysta się z dwóch programów komputerowych: Eurotax oraz InfoEkspert, które zawierają aktualizowane w każdym miesiącu informacje z polskiego rynku motoryzacyjnego, w szczególności zawierające ceny pojazdów nowych, dla każdego modelu i wszystkich lat, średnie wartości rynkowe używanych pojazdów przyporządkowane założonym normatywnym przebiegom i okresom użytkowania, informacje o wyposażeniu poszczególnych modeli samochodów w kolejnych latach ich

sprzedaży w Polsce itp. Niezależnie od tego, czy ubezpieczyciel korzysta z pomocy wymienionych programów, istotne jest, aby dokonując wyceny wartości pojazdu, zakład ubezpieczeń w sposób prawidłowy ustalił jego wartość rynkową w dniu szkody. Jak bowiem wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 października 2001 r. (sygn. akt III CZP 57/01), w warunkach gospodarki rynkowej każda rzecz mająca wartość majątkową może być w każdym czasie przeznaczona na sprzedaż. Zbycie rzeczy jest takim samym uprawnieniem właściciela jak korzystanie z niej, wobec czego traci znaczenie odróżnienie wartości użytkowej rzeczy od jej wartości handlowej. Miernikiem wartości majątkowej rzeczy jest pieniądz, a jej weryfikatorem rynek. Rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku. Niezależnie zatem od tego, czy ubezpieczyciel korzysta z pomocy specjalistycznych narzędzi (programów) do wyceny wartości rynkowej pojazdu, istotne jest, aby dokonując wyceny wartości pojazdu, w sposób prawidłowy ustalił jego wartość rynkową w dniu szkody, zaś wysokość odszkodowania powinna w pełni kompensować poniesioną przez poszkodowanego szkodę.

Wycena przeprowadzona przez ubezpieczyciela nie ogranicza prawa poszkodowanego do jej zakwestionowania w sytuacji, gdy w jego ocenie np. zaniżono wartość rynkową pojazdu przed powstaniem szkody. Wycena zakładu ubezpieczeń nie jest zatem niepodważalna, jednakże aby ją podważyć, należałoby przedstawić dowody potwierdzające zasadność zastrzeżeń wobec wyceny ubezpieczyciela bądź też dowody potwierdzające, iż wartość rynkowa pojazdu przed szkodą była w rzeczywistości większa, niż określił to w postępowaniu likwidacyjnym zakład ubezpieczeń (np.: wskazanie na błędy zamieszczone przez likwidatora w wycenie; wskazanie na ceny analogicznych pojazdów zawartych w dostępnych ofertach sprzedaży; przedstawienie opinii niezależnego rzeczoznawcy samochodowego itp.). Przy czym katalog środków dowodowych jest katalogiem otwartym i to od poszkodowanego zależy, jakie dowody przedstawi celem dowiedzenia, iż w rzeczywistości wartość rynkowa pojazdu przed powstaniem szkody była wyższa niż oszacował to zakład ubezpieczeń.

Wycena wartości rynkowej pojazdu po szkodzie

Podobne jak w przypadku wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody analiza skarg osób poszkodowanych wskazuje, że jednym z głównych problemów w przypadku likwidacji szkody całkowitej jest wycena wartości rynkowej pozostałości (wraku)

pojazdu. W szczególności skarżący podnoszą, że ubezpieczyciele zawyżają wartość rynkową pozostałości pojazdu, nie udzielają pomocy w zbyciu wraku, a także nie odkupują wraków po ustalonej przez siebie wartości.

Analogicznie jak w przypadku wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody wartość pozostałości (wraku) pojazdu powinna odpowiadać jego wartości rynkowej, jeśli rzeczywiście wrak posiada określoną wartość majątkową. Zakład ubezpieczeń, określając wysokość odszkodowania w przypadku kwalifikacji szkody jako całkowitej, jest zatem zobowiązany ustalić wartość rynkową pojazdu zarówno przed powstaniem szkody, jak i po szkodzie. W praktyce stosowane są dwa sposoby ustalenia wartości rynkowej pozostałości pojazdu: na podstawie wyceny sporządzanej w programie komputerowym oraz poprzez umieszczenie oferty sprzedaży wraku na platformie internetowej (aukcji).

Pierwszy sposób, co pokazują skargi osób poszkodowanych, jest niejednokrotnie zawodny, wartość rynkowa wraku pojazdu ustalana jest przez ubezpieczyciela samodzielnie, na podstawie symulacji w programach eksperckich. Przy czym nie jest badane, za jaką rzeczywistą kwotę byłaby możliwa sprzedaż pozostałości pojazdu na rynku. Ponadto istnieje możliwość ingerencji w dane programu (np. poprzez współczynnik zbywalności wykorzystywany przy ustalaniu wartości rynkowej pozostałości pojazdu), co dodatkowo stwarza ryzyko nieuzasadnionej ingerencji w celu zawyżenia wartości rynkowej wraku pojazdu.

Sposobem pozwalającym w sposób realny określić wartość rynkową pozostałości pojazdu jest zamieszczenie oferty sprzedaży wraku pojazdu na portalu aukcyjnym. Przy czym oferta ta jest zanonimizowana, bowiem nie są ujawniane wrażliwe dane osobowe właściciela pojazdu (poszkodowanego), jak również dane pozwalające na identyfikację uszkodzonego pojazdu (numer rejestracyjny). W opinii Rzecznika wycena wartości uszkodzonego pojazdu otrzymana w wyniku aukcji jest najbardziej obiektywną (rynkową) metodą wyceny. Ponadto pozwala na uniknięcie sytuacji, w której poszkodowany nie jest w stanie sprzedać uszkodzonego pojazdu za kwotę wskazaną w wycenie ubezpieczyciela. Jednocześnie poszkodowany sam decyduje, czy chce zbyć pojazd. Wówczas we wskazanym terminie może, choć nie ma takiego obowiązku, skontaktować się z podanym oferentem.

W praktyce, pojawiają się problemy związane ze zbywaniem pozostałości pojazdu po cenie, która została zaproponowana przez ubezpieczyciela, głównie w sytuacjach kiedy wartość rynkowa pozostałości pojazdu określana jest na podstawie wyceny sporządzanej w

programie komputerowym. Przykładowo: wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym oszacowana przez zakład ubezpieczeń wynosi 4500 zł, a poszkodowany uważa że ma realną możliwość zbycia wraku za kwotę 2000 zł. W takim stanie faktycznym poszkodowany powinien najpierw wystąpić do ubezpieczyciela o pomoc w zbyciu wraku, a następnie przy odpowiedzi negatywnej dokonać próby sprzedaży wraku po cenie ustalonej przez ubezpieczyciela. Poszkodowany powinien wówczas wystawić uszkodzony pojazd np. w prasie pośredniczącej w sprzedaży pojazdów mechanicznych. Można również umieścić pojazd na aukcji internetowej na zwyczajowo przyjęty czas (np. 10 dni) po cenie ustalonej przez ubezpieczyciela. Jeżeli poszkodowany nie dokonałby zbycia po tak ustalonej cenie bądź zakład ubezpieczeń nie znajdzie nabywcy, a poszkodowany znalazłby jednak nabywcę uszkodzonego pojazdu, lecz nie uzyskałby ceny oferowanej i zaakceptowanej przez ubezpieczyciela, ma on prawo przedłożenia umowy sprzedaży i żądania pokrycia różnicy między szacunkową wyceną uszkodzonego pojazdu a wartością uzyskaną w wyniku sprzedaży. Oczywiście takie roszczenie będzie zasadne w sytuacji, gdy zgodnie z art. 6 k.c. poszkodowany przedstawi dowody, iż nie doszło do zbycia pozostałości pojazdu po cenie zaakceptowanej przez ubezpieczyciela. Takimi dowodami mogą być np. ogłoszenie w prasie lub portalu internetowym, na które sprzedający nie otrzymał żadnej oferty kupna lub otrzymał, ale po cenie niższej niż ustalonej przez ubezpieczyciela**.** Wówczas można też domagać się zwrotu kosztów zamieszczonych ogłoszeń.

Analogicznie jak zostało to wyżej opisane, będzie wyglądała sytuacja, kiedy poszkodowany w ogóle nie znajdzie nabywcy na zakup wraku, który trzeba będzie zezłomować.

Pomniejszenia kwoty odszkodowania o hipotetyczną marżę

Analiza skarg osób poszkodowanych wskazuje również na praktykę zakładów ubezpieczeń polegającą na zaniżaniu kwoty odszkodowania poprzez pomniejszenie należnego świadczenia o hipotetyczną marżę (zysk), jaką mają uzyskać podmioty, które w drodze aukcji internetowej złożyły ofertę zakupu pozostałości pojazdu poszkodowanego.

Praktyka ta polega bowiem na tym, że do zgłoszonej najwyższej oferty zakupu ubezpieczyciele dodają sobie tylko znaną szacunkową wartość (marżę), jaką mają stosować firmy specjalizujące się w obrocie uszkodzonymi pojazdami. Określona w ten sposób wartość pozostałości ma w ocenie zakładów ubezpieczeń odpowiadać kwocie, za którą możliwe jest

zbycie pojazdu bez korzystania z usług firm zajmujących się obrotem uszkodzonymi pojazdami. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej ustalane jest metodą dyferencyjną (wartość pojazdu przed szkodą pomniejszona o wartość jego pozostałości), powoduje to pomniejszenie kwoty odszkodowania o szacunkową marżę, którą samodzielnie ustalił zakład ubezpieczeń. Przy czym ta hipotetyczna marża jest ustalana w różnej wysokości, w zależności od konkretnego zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciele w sprawach będących przedmiotem postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika nie przedstawiali osobom poszkodowanym dowodów, które potwierdzałyby faktycznie, że oferenci nie są finalnymi nabywcami, tylko pośrednikami, i że marża, którą stosują, wynosi właśnie 10 lub 15%. Wprost przeciwnie: dane potencjalnych oferentów w części spraw wskazują, że niejednokrotnie nabywcami uszkodzonych pojazdów są podmioty zajmujące się naprawą pojazdów, najprawdopodobniej zainteresowane wykorzystaniem uszkodzonych samochodów w charakterze źródła części zamiennych lub też ich wyremontowaniem i dalszą odsprzedażą. Zatem oferentami zainteresowanymi zakupem wraków nie są wyłącznie pośrednicy, którzy dokonują dalszej odsprzedaży pozostałości pojazdu z odpowiednią marżą. Nie znajduje zatem potwierdzenia argumentacja, że wszyscy oferenci są tylko pośrednikami, nie zaś finalnymi nabywcami pojazdów. Ubezpieczyciele nie przedstawiają ponadto jakichkolwiek dowodów na okoliczność, że poszkodowany mógłby samodzielnie zbyć wrak za kwotę wyższą o 10–15% niż złożona oferta zakupu, a tym samym że faktycznie wartość rynkowa wraku jest wyższa o 10–15% od tej ustalonej w drodze aukcji internetowej. Nie są też przedstawiane dowody na domniemany fakt, że poza podmiotami specjalizującymi się w skupie wraków istnieje rynek podmiotów nieprofesjonalnych zainteresowanych zakupem wraków po cenie wyższej np. o 15% od ceny oferowanej przez podmioty uczestniczące w aukcji.

W ocenie Rzecznika Finansowego, praktyka ta budzi uzasadnione wątpliwości w zakresie zgodności takowego postępowania z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z treścią art. 361 § 2 k.c. Jeżeli bowiem do ustalonej w drodze aukcji wartości rynkowej pozostałości doliczana jest arbitralnie ustalana marża, niepoparta żadnymi dowodami na okoliczność, iż wartość rynkowa pozostałości w rzeczywistości jest większa, w konsekwencji kwota należnego odszkodowania pomniejszana jest o tę właśnie marżę, ustaloną według metodologii znanej tylko ubezpieczycielowi. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że odszkodowanie za szkodę całkowitą wypłacane jest jako różnica pomiędzy wartością

pojazdu w stanie sprzed szkody a wartością pozostałości, to naliczenie owej marży powoduje w konsekwencji zmniejszenie świadczenia należnego poszkodowanemu.

Reasumując, w ocenie Rzecznika praktyka polegająca na dodawaniu do najwyższej złożonej oferty zakupu wraku arbitralnie ustalonej marży, co prowadzi do pomniejszenia kwoty odszkodowania, budzi uzasadnione wątpliwości w zakresie zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności zachodzi podstawa do stawiania zarzutów naruszenia art. 361 § 2 k.c., czyli zasady pełnego odszkodowania.

Zawyżania kosztów naprawy pojazdu

Do Rzecznika Finansowego wpływają również skargi, w których poszkodowani zarzucają zakładom ubezpieczeń celowe zawyżanie kosztów naprawy, w szczególności w pojazdach starszych wiekiem, celem rozliczenia określonej szkody jako tzw. szkody całkowitej, czyli kreowanie stanu faktycznego, w którym koszty naprawy pojazdu są wyższe od jego wartości z dnia szkody. Poszkodowani w przedmiotowych skargach wskazują m.in., iż zakłady ubezpieczeń w kalkulacji kosztów naprawy przyjmują ceny nowych części oryginalnych, choć możliwa byłaby naprawa przy zastosowaniu części alternatywnych o porównywalnej jakości, zaś stawki za roboczogodzinę uwzględniane są według najwyższych stawek obowiązujących w autoryzowanych stacjach obsługi.

Zdaniem Rzecznika ustalanie kosztów naprawy kilkunastoletnich pojazdów według maksymalnych stawek w odróżnieniu od powszechnie przyjętych przez ubezpieczycieli odmiennych reguł wyliczania kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu przy wypłacie odszkodowania za szkody częściowe ma na celu wyłącznie zakwalifikowanie danej szkody jako całkowitej i w konsekwencji wypłatę odszkodowania w wysokości niższej, niż wynikałoby to z kalkulacji kosztów naprawy uwzględniającej tzw. urealnienie cen części.

W ocenie Rzecznika, ustalając wysokość odszkodowania, należy kierować się obiektywnymi kryteriami wyboru rodzaju części zamiennych oraz wnioskami płynącymi z orzecznictwa Sądu Najwyższego. Powinny być stosowane zatem jednolite, zgodne z orzecznictwem Sądu Najwyższego zasady wyceny kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, niezależnie od tego, czy określona szkoda zostanie zakwalifikowana jako częściowa, czy całkowita.

Wycena przeprowadzona przez ubezpieczyciela nie ogranicza prawa poszkodowanego do jej zakwestionowania w sytuacji, gdy jego zdaniem np. zawyżono koszty

naprawy pojazdu, które w rzeczywistości są mniejsze, a w konsekwencji powstała szkoda jest częściowa, nie zaś całkowita. Wycena zakładu ubezpieczeń nie jest zatem niepodważalna, jednakże aby ją podważyć, należałoby przedstawić dowody potwierdzające zasadność zastrzeżeń wobec wyceny ubezpieczyciela bądź też dowody potwierdzające, że koszty naprawy są niższe, niż ustalił to ubezpieczyciel.

Powszechnie w takich sytuacjach ubezpieczycielowi przed podjęciem naprawy przedstawia się kosztorys, na podstawie którego będzie wykonana naprawa. Ubezpieczyciel sprawcy szkody już po uznaniu szkody za całkowitą może przyjąć nowy kosztorys naprawy i zaakceptować taką kalkulację i później pokryć koszty naprawy uszkodzonego pojazdu. Jednakże w ocenie Rzecznika należy mieć na uwadze, że nowa kalkulacja kosztów naprawy powinna obejmować wszystkie uszkodzenia, powinna być sporządzona w oparciu o zalecenia producenta pojazdu oraz umożliwiać pełne przywrócenie pojazdu do stanu sprzed szkody. W ocenie Rzecznika, ustalając wysokość odszkodowania, należy kierować się obiektywnymi kryteriami wyboru rodzaju części zmiennych oraz wnioskami płynącymi z orzecznictwa Sądu Najwyższego (uchwała z dnia 12 kwietnia 2012 r., sygn. akt III CZP 80/11 oraz postanowienie z dnia 20 czerwca 2012 r., sygn. akt III CZP 85/11).

W związku z powyższym, w opinii Rzecznika, dla przykładu zastosowanie w kalkulacji kosztów naprawy sporządzonej na zlecenie poszkodowanego części używanych zamiast nowych (części zamiennych lub oryginalnych) nie będzie obiektywnym określeniem wysokości kosztów naprawy zgodnie z zaleceniami producenta pojazdu oraz orzecznictwem Sądu Najwyższego.

Przepisy prawa nie nakazują poszkodowanym uprzedniego przedkładania kosztorysów do akceptacji ubezpieczyciela. Należy jednak liczyć się z tym, że na etapie przedsądowym ubezpieczyciel nie uzna zgłoszonych roszczeń, wskazując, że nie miał możliwości zweryfikowania rzetelności sporządzonej naprawy, w tym – dla przykładu – jakie części zostały zastosowane do jej przeprowadzenia. Tym samym powstały spór będzie mógł być rozstrzygnięty wyłącznie na drodze postępowania sądowego.

Krystyna Krawczyk
Dyrektor Wydziału Klienta Rynku Ubezpieczeniowo-Emerytalnego w Biurze Rzecznika Finansowego

Gromadzenie oraz dostęp do dokumentów ubezpieczeniowych – problemy sygnalizowane Rzecznikowi Finansowemu

Czynnościom związanym z zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również z jej wykonaniem towarzyszy gromadzenie informacji będących podstawą ustalenia zakresu ochrony i wysokości należnej składki, a w sytuacji zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – określenia zasadności i wysokości zgłaszanego roszczenia. Zakład ubezpieczeń może gromadzić wyłącznie te dokumenty, które mają związek z prowadzoną działalnością, a klient ze swej strony powinien je udostępnić. Nie dotyczy to wyników badań genetycznych. Odnotowujemy jednak i takie przypadki, gdy osoba ubezpieczona mimo wcześniejszej deklaracji zgody odmawia ubezpieczycielowi dostępu do dokumentów, co na ogół skutkuje odmową wykonania umowy przez ubezpieczyciela. Mimo iż nie istnieje bezwzględny obowiązek pisemnego (lub na trwałym nośniku) potwierdzania wszelkich czynności ubezpieczeniowych (poza wymienionymi w ustawie), to praktyka wskazuje, iż dla bezpieczeństwa obrotu oraz ułatwienia rozwiązywania ewentualnych sporów gromadzenie dokumentacji przez ubezpieczycieli zarówno w formie papierowej, jak i (coraz częściej) na nośnikach elektronicznych jest powszechnie praktykowane.

Odrębną kwestią jest okres przechowywania dokumentów przez ubezpieczycieli. W dniu 11 lutego 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw. Wprowadziła ona do ustawy o działalności ubezpieczeniowej normę, zgodnie z którą zakład ubezpieczeń ma obowiązek przechowywać dokumenty do czasu przedawnienia roszczeń z danej umowy (aktualnie jest to art. 29 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.). Było to bardzo istotne unormowanie, bowiem uprzednio to ubezpieczyciele, w drodze wewnętrznych regulacji, dowolnie decydowali o okresie przechowywania dokumentów i były to najczęściej okresy 3- lub 5-letnie. Prowadziło to bardzo często do niszczenia dokumentów w nieprzedawnionych jeszcze sprawach, w których wszczynane były postępowania przed Rzecznikiem lub na drodze sądowej, a brak dokumentacji utrudniał bądź uniemożliwiał ich skuteczne prowadzenie.

Wydaje się, iż aktualny stan prawny w zakresie gromadzenia, przechowywania, udostępniania oraz ochrony dokumentów ubezpieczeniowych jest odpowiedni. W szczególności problematykę tę regulują:

- art. 23 i 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych;
- art. 14 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
- art. 29 ust. 6–10 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Znaczna liczba norm prawnych dotyczących przechowywania i udostępniania dokumentów ubezpieczeniowych wynika głównie z faktu, iż stanowią one zbiór danych wrażliwych podlegających szczególnej ochronie, stąd też przepisy wskazują na zamkniętą listę podmiotów, na których wniosek tajemnica ubezpieczeniowa może zostać uchylona.

Mimo to Rzecznikowi sygnalizowane są dość liczne przypadki sporów powstających na tle stosowania wskazanych unormowań, w tym szczególnie odnoszących się do odmowy bądź utrudniania dostępu do dokumentacji dotyczącej zawarcia umowy lub jej wykonania. Skargi dotyczące całkowitej lub częściowej odmowy dostępu do dokumentów napływają najczęściej od pełnomocników ustanowionych przez osoby zgłaszające roszczenia odszkodowawcze. Umocowani przedstawiciele tzw. kancelarii odszkodowawczych, jak również korporacji prawniczych zwracają się Rzecznika z prośbą o interwencję w zakładach ubezpieczeń, nie mogąc samodzielnie uzyskać dostępu do całości lub – co częściej się zdarza – poszczególnych dokumentów. Dotyczy to najczęściej opinii lub innych ekspertyz, na których podstawie ubezpieczyciel zajął stanowisko, tj. odmówił wypłaty odszkodowania bądź ustalił jego zakres i wysokość. Ubezpieczyciele mnożą bariery, do których można zaliczyć początkowe ignorowanie wezwania do udostępnienia, a w sytuacji jego ponowienia wybiórcze przekazanie dokumentów – często wyłącznie tych, które wcześniej zostały przekazane ubezpieczycielowi przez zainteresowaną stronę – bądź też udostępnianie dokumentów wyłącznie w siedzibie ubezpieczyciela. Do coraz rzadszych przypadków należy uzasadnianie odmowy dostępu do dokumentów obowiązkiem restrykcyjnego stosowania się do przepisów dotyczących ochrony danych osobowych czy ochroną praw autorskich. Notujemy nadto przypadki, gdy pełnomocnikowi posługującemu się kwalifikowanym podpisem elektronicznym odmawia się udostępnienia akt sprawy, uzasadniając to

twierdzeniem, iż podpis ten nie gwarantuje dostatecznego zabezpieczenia poufności prowadzonej korespondencji.

Kolejna, dosyć liczna, grupa wystąpień pochodzi od właścicieli warsztatów samochodowych, na których poszkodowani przenieśli umową cesji prawo do odszkodowania równego wysokości kosztów naprawy pojazdu. Część ubezpieczycieli odmawia dostępu do dokumentacji szkodowej w przypadkach, gdy umowa cesji nie zawiera odrębnej regulacji uprawniającej cedenta (właściciela warsztatu) do wglądu w akta szkody będących w posiadaniu ubezpieczyciela. Zdaniem Rzecznika taka praktyka nie świadczy o właściwej ochronie interesu poszkodowanego, a stanowi w swej istocie utrudnienie procesu ustalenia wysokości kwoty należnego odszkodowania, do którego odbioru upoważniony został warsztat. Ponadto może to mieć konsekwencje dla poszkodowanego, gdyż w sytuacji gdy wskutek tej praktyki warsztat nie otrzyma od ubezpieczyciela sprawcy pełnego pokrycia kosztów naprawy, zwróci się o jej wyrównanie bezpośrednio do poszkodowanego. Wydaje się, że tak zawężone postrzeganie praw z cesji wpływa na obniżenie poziomu zaufania do ubezpieczycieli i powinno zostać wyeliminowane z praktyki obrotu.

Warto omówić również i takie sytuacje, które wyłączają obowiązek ubezpieczycieli udostępniania dokumentacji ubezpieczeniowo-szkodowej wnioskującej o to osobie. Do Rzecznika napływa szereg skarg, w których osoby je składające skarżą się na odmowę udostępnienia dokumentów w związku z postępowaniem prowadzonym przez ubezpieczycieli w ich sprawie. Do najczęstszych należą prośby o pomoc formułowane przez osoby, wobec których ma miejsce postępowanie o pokrycie kosztów następstw wyrządzonej szkody, w sytuacji gdy sprawcy szkody nie przysługuje status: ubezpieczonego, uprawnionego z umowy, ubezpieczającego lub poszkodowanego. Osobom spoza tego kręgu prawo wglądu w akta szkody nie przysługuje. W praktyce są to na ogół sprawcy szkód, tj. osoby, które wyrządziły szkody osobom trzecim, które uzyskały odszkodowanie, korzystając z ochrony ubezpieczeniowej. W konsekwencji ubezpieczyciel z dniem wypłaty odszkodowania, powołując się na art. 828 k.c., wzywa sprawcę szkody do jego zwrotu (tzw. postępowanie regresowe). Gdy sprawca szkody nie dysponuje odpowiednią ochroną ubezpieczeniową, która pozwoliłaby na przejście roszczenia regresowego na kolejnego ubezpieczyciela, musi niestety sam pokryć jego koszt.

Do takich sytuacji dochodzi przykładowo, gdy ktoś zaleje mieszkanie ubezpieczonego sąsiada, samemu nie dysponując ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w życiu

prywatnym. W sytuacji takiej jest też osoba kierująca pojazdem, na której w związku z posiadaniem tegoż pojazdu spoczywał obowiązek posiadania ochrony w zakresie odpowiedzialności cywilnej, a która tego obowiązku nie dopełniła i w dniu wyrządzenia szkody taką ochroną nie dysponowała. W tym przypadku oprócz pokrycia odszkodowania wypłaconego przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny sprawca szkody musi ponieść dodatkowe konsekwencje w postaci tzw. opłaty karnej za niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia, co nie zwalnia go z obowiązku zawarcia umowy OC p.p.m. Wnioski osób nieuprawnionych do wglądu w dokumentację zawierają zarzuty nieprawidłowego ustalenia okoliczności zdarzenia szkodowego lub – najczęściej – wysokości odszkodowania przysługującego osobie poszkodowanej lub ubezpieczonej i wskazują na jego zawyżenie. W przypadku jednak, gdy postępowanie regresowe prowadzone jest na podstawie obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. wobec osoby, która zbiegła z miejsca zdarzenia, wyrządziła szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wówczas zachowuje ona prawo wglądu w dokumentację odszkodowawczą, gdyż osoba ta posiada status osoby ubezpieczonej.

Wagę i znaczenie dostępu do informacji i dokumentacji ubezpieczeniowej podkreśla między innymi ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w której zawarte są regulacje dotyczące udostępniania dokumentów przez ubezpieczyciela. Nadto nowela ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych UFG i PBUK, która weszła w życie z dniem 11 lutego 2012 r., nałożyła na UFG i PBUK obowiązki informacyjne związane z dostępem do dokumentacji odszkodowawczej. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym określiła zarówno krąg osób uprawnionych do składania reklamacji, jak i zakres, sposób i terminy formułowania odpowiedzi przez podmioty rynku finansowego. Ustawa ta ustanowiła również uprawnienia Rzecznika w zakresie pozyskiwania od ubezpieczycieli informacji wraz z dokumentami dotyczącymi toczącego się postępowania wyjaśniającego. Konsekwencją naruszenia wskazanych obowiązków informacyjnych przez zakład ubezpieczeń – zarówno wobec klienta, jak i Rzecznika – jest możliwość nałożenia przez Rzecznika, w drodze decyzji administracyjnej, kary pieniężnej do wysokości 100 000 zł.

W związku z licznymi kontrowersjami w kolejnym wydaniu „Monitora Ubezpieczeniowego” (nr 66) zostanie przedstawione opracowanie autorstwa Pawła Wawszczaka, głównego specjalisty w Biurze Rzecznika Finansowego, dotyczące problematyki dostępu ubezpieczonych lub poszkodowanym do akt szkodowych, jeśli w związku ze zgłoszonym roszczeniem ubezpieczeniowym toczy się równolegle:

- postępowanie karne z wniosku ubezpieczyciela na skutek zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przez ubezpieczającego przestępstwa oszustwa asekuracyjnego lub przestępstwa oszustwa klasycznego;
- postępowanie karne w sprawach o przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji.

Mateusz Kościelniak
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, radca prawny

Gdzie szukać pomocy w sporach z zagranicznym zakładem ubezpieczeń

Swobodny przepływ towarów, usług i osób w ramach struktur Unii Europejskiej stwarza konsumentom wiele możliwości, ale jednocześnie może rodzić pewne problemy w sytuacji sporu z podmiotem mającym siedzibę za granicą. Często bariery językowa i prawna są przyczyną dodatkowych przeszkód przy dochodzeniu roszczeń i działaniach podejmowanych w celu rozstrzygnięcia sporu jeszcze na etapie przedsądowym.

Unia Europejska i jej struktury, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom konsumentów oraz osób poszkodowanych, powołały grupę roboczą działającą pod nazwą FIN-NET, która zajmuje się pomocą dla osób prowadzących spory o charakterze transgranicznym z ubezpieczycielami, bankami czy innymi podmiotami świadczącymi usługi finansowe.

Grupa FIN-NET jest siecią podmiotów z obszaru Unii Europejskiej (a ściślej z Europejskiego Obszaru Gospodarczego), które zajmują się rozpatrywaniem sporów konsumentów z podmiotami rynku finansowego na etapie przedsądowym. Sieć ta została powołana przez Komisję Europejską w 2001 r. i obecnie skupia 58 członków z 25 krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Kraje należące do sieci to m.in. Wielka Brytania, Francja i Finlandia, ale również Norwegia, Liechtenstein oraz Islandia. Każdy z podmiotów zrzeszonych posiada inną specyfikę działania, odmienne kompetencje, a także właściwość. W sieci znajdują się więc podmioty zajmujące się sporami konsumentów zarówno z bankami, jak i z podmiotami oferującymi fundusze inwestycyjne, ubezpieczenia emerytalne, papiery wartościowi i inne instrumenty finansowe.

Polska również należy do tej sieci, a podmioty w niej zrzeszone to: Rzecznik Finansowy, Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego oraz Bankowy Arbitraż Konsumencki działający przy Związku Banków Polskich. Rzecznik Ubezpieczonych przystąpił do sieci FIN-NET w 2009 r., a obecnie działalność kontynuuje Rzecznik Finansowy ukonstytuowany pod koniec 2015 r.

Ramy prawne funkcjonowania sieci FIN-NET to zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 30 marca 1998 r. w sprawie zasad mających zastosowanie do organów odpowiedzialnych za pozasądowe rozstrzyganie sporów konsumenckich, a także dyrektywa Parlamentu

Europejskiego i Rady nr 2013/11/UE z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie alternatywnych metod rozstrzygania sporów konsumenckich (dalej: dyrektywa ADR, tj. *Alternative Dispute Resolution*, z ang. 'pozasądowe metody rozstrzygania sporów'). Aktem wewnętrznym, który reguluje działalność podmiotów zrzeszonych w FIN-NET, jest *Memorandum of Understanding* (dalej: porozumienie FIN-NET). Podmioty zrzeszone w sieci działają na zasadach: niezależności, przejrzystości, kontradyktoryjności, skuteczności, legalności, wolności i należytej reprezentacji.

Rzecznik Finansowy aktywnie uczestniczy w pracach FIN-NET poprzez udział w spotkaniach roboczych, a także obserwację procesów legislacyjnych odbywających się na poziomie Komisji Europejskiej. Celem kooperacji członków FIN-NET zgodnie z porozumieniem FIN-NET jest doprowadzenie do sytuacji, w której skargi konsumentów w sprawach transgranicznych będą rozpatrywane maksymalne efektywnie oraz zgodnie z interesem konsumenta, tak aby doprowadzić do najkorzystniejszej ugody pozasądowej. Wartością dodaną uczestnictwa Rzecznika Finansowego w FIN-NET jest możliwość dzielenia się wiedzą i doświadczeniami przedstawicieli organizacji zrzeszonych w tej sieci. Odbywać się to może poprzez szkolenia, wymianę pracowników bądź wzajemne wizyty. Każdy członek sieci FIN-NET zobowiązany jest stosować swoje wewnętrzne prawo, jak również postępować zgodnie z postanowieniami dyrektywy ADR i przepisami prawa unijnego (dyrektywami, rekomendacjami).

W jaki sposób uzyskać pomoc poprzez Rzecznika Finansowego w sporze z zagranicznym podmiotem/ubezpieczycielem

W ramach sieci FIN-NET rozpatrywane są spory transgraniczne powstałe na linii konsument–przedsiębiorca. Zgodnie z definicją znajdującą się w porozumieniu FIN-NET oraz art. 4 ust. 1 lit. f dyrektywy ADR spór transgraniczny oznacza spór powstały w związku z umową sprzedaży towarów lub umową o świadczenie usług w sytuacji, w której w momencie zamawiania towarów lub usług konsument ma miejsce zamieszkania w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie, w którym przedsiębiorca ma siedzibę.

Z punktu widzenia przedmiotowej dyrektywy ADR istotne było zapewnienie konsumentowi dostępu do prostych, skutecznych, a zarazem szybkich i tanich sposobów rozstrzygania sporów krajowych i transgranicznych. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy konsumenci dokonują transgranicznych zakupów towarów lub usług. Wytyczne

dyrektywy ADR mówią również o tym, aby alternatywne metody rozstrzygania sporów były dostępne w przypadku wszystkich rodzajów krajowych i transgranicznych sporów objętych zakresem zastosowania dyrektywy. Podkreślono także, że niezwykle istotne jest, aby podmioty ADR skutecznie rozpatrywały spory transgraniczne.

Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, Rzecznik Finansowy w ramach swojej kompetencji przyjmuje skargi konsumentów na zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Jednakże należy pamiętać o tym, że Rzecznik Finansowy ani pracownicy Biura Rzecznika Finansowego nie posiadają odpowiedniej, specjalistycznej wiedzy i kompetencji w zakresie oceny prawa obcego. Jeżeli jest możliwe uzyskanie kontaktu z podmiotem, który jest zrzeszony w sieci FIN-NET, Rzecznik Finansowy przekazuje skargę konsumenta do zagranicznego rzecznika bądź innego podmiotu ADR (np. Rzecznika Ubezpieczonych z siedzibą w Niemczech) z prośbą o zbadanie sprawy i udzielenie informacji. W tym zakresie Rzecznik Finansowy może stanowić pomoc dla konsumentów bądź poszkodowanych w sporach transgranicznych.

Zgodnie z wytycznymi porozumienia FIN-NET członek tej sieci powinien dokonać wstępnej analizy sprawy oraz przedstawić konsumentowi podstawowe informacje na temat właściwej instytucji, która może podjąć się rozpatrzenia sprawy, oraz platformy internetowej, za pośrednictwem której konsument może złożyć skargę na przedsiębiorcę. Platformy te służą rozpatrywaniu sporów z wykorzystaniem internetu. Przekazywane informacje powinny zawierać co najmniej: dane teleadresowe instytucji, dane o opłatach oraz zakres kompetencji.

W sytuacji gdy przepisy prawa wymagają wniesienia uprzednio reklamacji do przedsiębiorcy, podmiot zrzeszony w FIN-NET powinien poinformować o konieczności złożenia takiej reklamacji. W polskim porządku prawnym, w świetle ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przed podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, warunkiem rozpatrzenia skargi przez Rzecznika Finansowego jest uprzednie złożenie przez klienta podmiotu rynku finansowego reklamacji. Za reklamację w świetle art. 2 pkt 2 ustawy uważa się wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego. Natomiast zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy podjęcie czynności przez Rzecznika następuje z urzędu lub na wniosek klienta podmiotu rynku finansowego w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji.

Wytyczne o współpracy w ramach sieci FIN-NET wskazują dalej, że podmiot, który otrzymał skargę w przedmiocie sporu transgranicznego, powinien przekazać tę skargę do organu właściwego do rozpatrzenia sporu lub poinstruować konsumenta, aby skontaktował się bezpośrednio z organem właściwym do rozpatrzenia sporu. Jeśli natomiast przedsiębiorca akceptuje jurysdykcję organu, do którego skarga została wniesiona, lub przepisy prawne ustanawiają jurysdykcję tego organu, to zobowiązany jest on rozpatrzyć skargę w ramach swojej właściwości zgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi.

Powyższy model jest tylko i wyłącznie bazą. Podmioty związane rekomendacją mogą wypracować alternatywną metodę kooperacji w celu rozpatrzenia sporu w sposób bardziej skuteczny.

Podstawowe zagadnienia związane z prawem właściwym

Niewątpliwie problematyczne może okazać się określenie prawa właściwego dla oceny zawartej umowy ubezpieczenia bądź roszczeń przysługujących w wyniku wypadku spowodowanego przez sprawcę (deliktu) lub zdarzenia ubezpieczeniowego. W obszarze Unii Europejskiej warto zwrócić uwagę na następujące regulacje prawne: rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 593/2008 z dnia 17 czerwca 2008 r. w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań umownych (Rzym I) oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 864/2007 z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II).

W przypadku rozporządzenia Rzym I przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia uregulowane są w art. 7 rozporządzenia. Zasadą jest, że w przypadku umów ubezpieczenia obejmujących tzw. duże ryzyko, strony mogą dokonać wyboru prawa. Pojęcie „duże ryzyko" zostało w sposób kazuistyczny ujęte w drugiej dyrektywie Rady z dnia 22 czerwca 1988 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie i ustanowienia przepisów ułatwiających skuteczne korzystanie ze swobody świadczenia usług oraz zmieniającej dyrektywę 73/239/EWG. Jeżeli wybór taki nie zostanie dokonany, umowa ubezpieczenia podlega prawu państwa, w którym ubezpieczyciel ma miejsce zwykłego pobytu. Jeśli natomiast z okoliczności sprawy wynika, że umowa pozostaje w znacznie ściślejszym związku z innym państwem, stosuje się prawo tego innego państwa. W przypadku innych umów ubezpieczenia strony mogą wybrać prawo właściwe zgodnie z

zasadami określonymi w art. 7 ust. 3 lit. a–e rozporządzenia Rzym I. Jeżeli wybór taki nie zostanie dokonany, umowa taka podlega prawu państwa członkowskiego, w którym umiejscowione jest ryzyko ubezpieczeniowe w chwili zawarcia umowy.

Natomiast kwestie związane z prawem właściwym przy czynie niedozwolonym uregulowane są w rozporządzeniu Rzym II, zgodnie z zasadą ogólną wyrażoną w art. 4 prawem właściwym dla zobowiązania pozaumownego wynikającego z czynu niedozwolonego jest prawo państwa, w którym powstaje szkoda, niezależnie od tego, w jakim państwie miało miejsce zdarzenie powodujące szkodę, oraz niezależnie od tego, w jakim państwie lub państwach występują skutki pośrednie tego zdarzenia. Jednakże w przypadku gdy osoba, której przypisuje się odpowiedzialność, i poszkodowany mają, w chwili powstania szkody, miejsce zwykłego pobytu w tym samym państwie, stosuje się prawo tego państwa. Jeżeli ze wszystkich okoliczności sprawy wyraźnie wynika, że czyn niedozwolony pozostaje w znacznie ściślejszym związku z innym państwem, stosuje się prawo tego innego państwa. Znacznie ściślejszy związek z innym państwem może polegać, w szczególności, na istnieniu wcześniejszego stosunku pomiędzy stronami, takiego jak umowa, ściśle związanego z danym czynem niedozwolonym.

Jak wynika z powyższego, przepisy unijne dają pewne wskazówki w zakresie wyboru prawa właściwego oraz ułatwiają poruszanie się po tej skomplikowanej prawniczej materii, wprowadzając klarowne zasady, które oczywiście mogą być modyfikowane w dopuszczalnym zakresie przez strony stosunku zobowiązaniowego.

Rzecznik Finansowy stara się pomóc jak największej liczbie konsumentów oraz poszkodowanych, w tym również osobom, które prowadzą spór z podmiotem zagranicznym. W tym celu Rzecznik wstąpił do organizacji FIN-NET i uczestniczy w jej pracach. Rozwój pozasądowych metod rozstrzygania sporów oraz wdrożenie platformy ODR (ang. *Online Dispute Resolution* – jest to platforma internetowa, za pośrednictwem której można rozpatrzyć w drodze pozasądowej spór z podmiotem rynku finansowego) niewątpliwie przyczynią się do zwiększenia ochrony konsumenta na etapie przedsądowym. Współpraca międzynarodowa Rzecznika Finansowego przynosi wiele korzyści zarówno dla rozwoju systemu pozasądowego rozpatrywania sporów, jak i samych konsumentów mieszkających w Polsce, którzy mogą skorzystać z pomocy macierzystego organu bez barier językowych czy prawnych.

Piotr Budzianowski
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Utrata wartości handlowej pojazdu

Doświadczenie i praktyka na rynku motoryzacyjnym nie tylko w Polsce, ale również w innych krajach europejskich wskazują, iż kupujący – mając do wyboru zakup porównywalnego pojazdu, bezwypadkowego lub powypadkowego – powszechnie wybierają ten pierwszy. Podstawą takiego zachowania potencjalnych nabywców jest nie tylko fakt, iż pojazd uczestniczył w kolizji lub wypadku drogowym, lecz także obawa przed występowaniem wad ukrytych w naprawianym pojeździe (wypadkowych i naprawczych), których w większości przypadków nie sposób wykryć w momencie zakupu pojazdu. Stan taki co do zasady prowadzi do konieczności obniżenia ceny sprzedaży pojazdu.

Stanowisko Sądu Najwyższego

Sąd Najwyższy w dniu 12 października 2001 r. po rozpatrzeniu zapytania prawnego przedstawionego przez sąd niższej instancji „Czy do składników szkody, powstałej na skutek kolizji pojazdów samochodowych, za którą odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej ponosi zakład ubezpieczeń, zalicza się utratę wartości handlowej naprawionego samochodu, spowodowaną stosowaniem przez autoryzowane warsztaty naprawcze technologii nie w pełni pozwalającej na przywrócenie pierwotnego stanu pojazdu, tj. sprzed kolizji?" podjął uchwałę o następującej treści: „Odszkodowanie za uszkodzenie samochodu może obejmować oprócz kosztów jego naprawy także zapłatę sumy pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie" (sygn. akt III CZP 57/01).W uzasadnieniu uchwały można przeczytać m.in., że rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku. Z przepisu art. 361 § 2 k.c. wynika obowiązek pełnej kompensacji szkody. Wartość samochodu po jego naprawie to nic innego jak jego wartość rynkowa. Ponieważ wartość ta w wyniku uszkodzenia, choć później wyeliminowanego, zmalała w stosunku do tej, jaką pojazd ten miałby na rynku, gdyby nie został uszkodzony, to kompensata powinna obejmować nie tylko koszty naprawy, ale także tę różnicę wartości.

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

Zapatrywanie organu nadzoru

Jak istotną rolę w pełnej kompensacji szkody odgrywa roszczenie z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, podkreśla fakt, iż organ nadzoru, Komisja Nadzoru Finansowego, w przyjętych w dniu 16 grudnia 2014 r. *Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych*, mających na celu wskazanie oczekiwań nadzorczych w zakresie ostrożnego i stabilnego zarządzania obszarem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym ryzykiem związanym z tym obszarem, zaprezentowała wytyczną nr 21, która brzmi: „Zakład ubezpieczeń powinien, przy ustalaniu wysokości świadczenia z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, uwzględniać utratę wartości handlowej pojazdu, w przypadkach, w których utrata taka nastąpiła".

Narzędzie do obliczania odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu

W praktyce działalności zakładów ubezpieczeń, niezależnych rzeczoznawców samochodowych oraz biegłych sądowych przy szacowaniu wysokości utraty wartości handlowej pojazdu najczęściej korzysta się z instrumentów technicznych lub też programów komputerowych, które pozwalają na oszacowanie tej utraty na podstawie uśrednionych danych dotyczących cen pojazdów i odpowiednich wzorów matematycznych. Najczęściej w praktyce obrotu stosuje się *Instrukcję określania rynkowego ubytku wartości pojazdów nr 1/2009 z dnia 12 lutego 2009 r.*, zatwierdzoną w dniu 12 lutego 2009 r. uchwałą Zarządu Głównego do stosowania w Stowarzyszeniu Rzeczoznawców Samochodowych – EKSPERTMOT i w Komputerowym Systemie INFO-EKSPERT/SRTSiRD. Od dnia 12 lutego 2009 r., na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych, Stowarzyszenie EKSPERTMOT wprowadziło nowe zasady określania rynkowego ubytku wartości pojazdów. W Instrukcji wprowadzono m.in. zapisy wskazujące wprost, iż rynkowy ubytek wartości szacuje się dla samochodów osobowych i terenowych, utrzymanych w dobrym stanie technicznym, o okresie eksploatacji do 6 lat; motocykli do 3 lat; samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do

3,5 tony do 4 lat; pojazdów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony do 3 lat. Przy czym, jak zostało wskazane w Instrukcji, występowanie ubytku wartości po przekroczeniu tych okresów może mieć miejsce w wyjątkowych przypadkach eksploatacji pojazdu, charakteryzujących się niewielkim przebiegiem i szczególną dbałością o stan techniczny. Warto zwrócić uwagę, że Instrukcja przewiduje wyjątkowo wypłatę rynkowego ubytku wartości pojazdu w przypadku drugiej kolizji. Jeżeli rozmiar drugiej kolizji jest znacznie bardziej rozległy niż kolizji pierwszej, należy oddzielnie obliczyć utratę wartości handlowej dla każdej z kolizji. Jeśli indywidualny ubytek dla drugiej kolizji jest większy niż dla pierwszej, to określony ubytek dla kolizji drugiej należy pomniejszyć o wartość ubytku dla kolizji pierwszej. Co ważne, w przypadku braku możliwości pozyskania informacji dotyczących zakresu pierwszej kolizji, należy odstąpić od szacowania utraty wartości handlowej dla kolizji drugiej.

Porady praktyczne

Jeżeli zakład ubezpieczeń nie uwzględni – wbrew Wytycznym Komisji Nadzoru Finansowego – w wypłaconym odszkodowaniu roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej, mimo iż ono przysługuje, należy wezwać zakład ubezpieczeń do wypłaty takiego roszczenia. Jeżeli zakład ubezpieczeń nie ustosunkuje się do tego wezwania lub jego stanowisko wyda się komuś błędne, osoba poszkodowana powinna złożyć reklamację w tym zakresie, najlepiej popartą wyceną roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej sporządzoną przez rzeczoznawcę samochodowego. W sytuacji nieuwzględnienia reklamacji lub niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą zgłaszającego reklamację, można złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

Tomasz Młynarski
radca prawny w Biurze Rzecznika Finansowego

Odpowiedzialność ubezpieczeniowa za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdów wolnobieżnych i specjalnych – część 2

W poprzednim numerze „Monitora Ubezpieczeniowego" opublikowana została pierwsza część artykułu, zawierająca wyjaśnienie pojęcia „ruch pojazdu mechanicznego" oraz omówienie orzecznictwa odnoszącego się do odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdów wolnobieżnych. W części drugiej chciałbym przedstawić najważniejsze orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów powszechnych dotyczące odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdów specjalnych, a także niezwykle ważki dla omawianej problematyki wyrok Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Damijan Vnuk przeciwko Zavarovalnica Triglav d.d.

W odniesieniu do problematyki szkód powstałych w związku z ruchem pojazdu specjalnego jednym z najistotniejszych orzeczeń jest niewątpliwie **wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2009 r. (sygn. akt V CSK 444/08)**, dotyczący poszkodowanego, który był ładowaczem w firmie zajmującej się wywozem nieczystości stałych. Podczas wysypywania śmieci do śmieciarki nastąpiło zablokowanie kontenera. W tej sytuacji poszkodowany wszedł na górę pojazdu i gdy starał się odblokować kontener łomem, nastąpił skok automatu zwrotnego, w efekcie czego poszkodowany stracił równowagę i spadł na beton, doznając poważnych obrażeń ciała. Sąd Najwyższy zaznaczył w orzeczeniu, że za szkodę związaną z ruchem pojazdu uważa się również szkodę powstałą bezpośrednio przy załadowywaniu i rozładowywaniu pojazdu. Skoro w chwili zdarzenia śmieciarka była nadal w trasie, gdyż zbierała odpady z wyznaczonych miejsc, miała przy tym włączony silnik, a szkoda powstała w czasie załadunku odpadów, to był to wypadek komunikacyjny. Sądy obu wcześniejszych instancji nietrafnie zaś przyjęły, że szkoda powstała wyłącznie w wyniku działania specjalistycznego urządzenia zamontowanego w pojeździe. Tymczasem wystąpił tutaj związek przyczynowy wieloczynnikowy, w którym między poszczególnymi ogniwami zachodziła adekwatna zależność przyczynowa: gdyby nie włączony silnik pojazdu, którego moc w tym czasie służyła do załadunku odpadów, do wypadku by nie doszło. Podnośnik służący do załadunku stanowił część samochodu działającą tylko przy włączonym silniku, a

cel jazdy nie został osiągnięty, gdyż pojazd zatrzymał się na kolejnym punkcie składowania odpadów po to, aby je załadować. Kierując się tymi argumentami, Sąd uchylił wyrok oddalający powództwo wobec ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Równie interesujący jest **wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 21 listopada 2012 r. (sygn. akt I ACa 615/12)**. W trakcie prac budowlanych nastąpiło samoistne pęknięcie kolanka w pompie do betonu zainstalowanej na podwoziu samochodu ciężarowego, w następstwie czego zalana została betonem część budynku. W czasie pracy pompy pojazd wspierał się na podporach, a pompa napędzana była silnikiem samochodu. Powód próbował dochodzić roszczeń od dwóch zakładów ubezpieczeń. Sąd pierwszej instancji zasądził odszkodowanie wyłącznie od ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorstwa. Wskazał przy tym, że choć pojazd miał włączony silnik, to nie znajdował się w ruchu, w czasie pracy pompy był bowiem zawieszony na podporach, a zalanie betonem nastąpiło jedynie wskutek wady pompy. Odmiennie sprawę tę ocenił Sąd Apelacyjny. Podkreślił, że ruch pojazdu mechanicznego to nie tylko przemieszczanie się w przestrzeni, ale również pozostawanie w spoczynku, jeżeli kierujący pojazdem się w nim znajduje, a silnik pracuje na biegu jałowym. Jedynie opuszczenie pojazdu przez kierowcę i pasażerów oraz wyłączenie silnika znamionują przerwanie ruchu pojazdu mechanicznego, pod warunkiem jednak, że dzieje się tak z zamiarem dłuższego parkowania samochodu. Zawieszenie pojazdu na podporach nie zrywa przy tym związku przyczynowego – źródłem napędu pojazdu oraz zasilania zamontowanych na nim urządzeń jest silnik spalinowy, z kolei tzw. gruszka jest zespolona z samochodem jako jego część składowa, a część składowa rzeczy dzieli swoje losy prawne z rzeczą główną. Skutki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej samochodu jako pojazdu mechanicznego obejmują zatem całą maszynę, a nie tylko mobilny nośnik, na którym zamontowane są specjalistyczne urządzenia.

Kolejne orzeczenie odnoszące się do omawianego problemu to **wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2013 r. (sygn. akt II CSK 157/13)**. Dotyczył on sytuacji związanej z użyciem pompy do betonu zamontowanej na podwoziu samochodu. W celu przepompowania betonu pojazd ten został podparty podporami, a sam beton był pobierany z innego pojazdu. W trakcie pracy napędzanej silnikiem pojazdu pompy doszło do pęknięcia wysięgnika, za pomocą którego wylewany był beton, i przygniecenia nim dwóch pracowników. Sąd pierwszej instancji uznał, że za szkodę odpowiada na zasadzie ryzyka

przedsiębiorca, a także ubezpieczyciel w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Inaczej uznał sąd drugiej instancji. Jego zdaniem szeroka koncepcja ruchu nie oznacza, że każda szkoda związana z pojazdem mechanicznym podlega naprawieniu w ramach ubezpieczenia obowiązkowego, konieczny jest bowiem związek szkody z komunikacyjną lub transportową funkcją pojazdu mechanicznego, czego w niniejszej sprawie nie było. Rozpatrujący skargę kasacyjną Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok w części oddalającej powództwo skierowane przeciwko ubezpieczycielowi. Podkreślił bowiem, że ruch silnika zawsze przesądza o tym, iż samochód znajduje się w ruchu, bez względu na to, czy pojazd jedzie, czy stoi. Nie mają więc znaczenia rozważania dotyczące zakończenia jazdy, osiągnięcia miejsca przeznaczenia, skoro na skutek pracy silnika samochód pozostawał w ruchu, a szkoda wynikła z działania silnika w stojącym samochodzie, a więc z ruchu pojazdu. Ukształtowanie w takiej sytuacji odpowiedzialności na podstawie art. 436 k.c. jest następstwem stwierdzenia, że źródło niebezpieczeństwa tkwi w samym pojeździe, który jest wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody, a nie w zamontowanych na nim urządzeniach. Sąd drugiej instancji wadliwie powiązał zaś szkodę z funkcją pojazdu zamiast z jego ruchem.

Ostatnie z orzeczeń polskich sądów, które chciałbym omówić, to **wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 listopada 2014 r. (sygn. akt VI ACa 259/14)**. Do tragicznego w skutkach zdarzenia doszło podczas pracy dźwigu (żurawia) posadowionego na platformie samochodu, który znajdował się wówczas na podporach, lecz jednocześnie miał włączony silnik. Podczas obrotu dźwigu przenoszony ładunek przygniótł do ściany hali produkcyjnej jednego z pracowników, który zginął na miejscu. W uzasadnieniu orzeczenia Sąd wskazał, że pojazd mający włączony silnik zawsze będzie uznawany za pojazd w ruchu. Do śmierci poszkodowanego doszło podczas pracy dźwigu zamontowanego na nadwoziu samochodu ciężarowego, która była możliwa jedynie przy włączonym silniku. Z kolei posiadacz tego pojazdu zawarł z ubezpieczycielem umowę OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie w polisie w rubryce „Typ, model" wskazano markę dźwigu, zaś w rubryce „Rodzaj" wpisano: „Dźwig". Oznacza to, że odpowiedzialnością objęto szkody wyrządzone w związku z pełnieniem przez ten pojazd funkcji nie tylko komunikacyjnej, ale także specjalistycznej – dźwigu. Umową ubezpieczenia OC było zatem objęte ryzyko wyrządzenia szkody przez pracę dźwigu jako pojazdu specjalistycznego w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym w związku z ruchem pojazdu rozumianym w szerokim

sensie – nie fizycznego przemieszczania się pojazdu w przestrzeni, ale wykonywania robót dźwigowych przy włączonym silniku pojazdu samochodowego. Tym samym zdarzenie ubezpieczeniowe podlegało tej umowie i pozwany zobowiązany jest do naprawienia szkody powstałej w wyniku tego zdarzenia.

Sądy w podanych przykładach dość jednolicie przyjęły, że urządzenie zespolone z pojazdem mechanicznym jest jego częścią składową, która dzieli losy prawne z rzeczą główną, zatem ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pojazdu mechanicznego obejmuje całą maszynę, a nie tylko mobilny nośnik, na którym zamontowane jest specjalistyczne urządzenie. Ruch silnika przesądza zaś o tym, że również pojazd znajduje się w ruchu, choćby zakończył już jazdę, a nawet spełniał inną funkcję niż komunikacyjna.

Warto jednakże w tym miejscu wspomnieć o kontekście wynikającym z prawa Unii Europejskiej, jako że implementacja dyrektywy do prawa krajowego oznacza obowiązek wykładni ustawy w sposób zgodny z dyrektywą, a jeżeli dyrektywa była poddana interpretacji Trybunału Sprawiedliwości – zgodna z tą interpretacją. Podstawowe zasady dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zostały zaś uregulowane przez Unię właśnie w formie dyrektywy. Przypomina o tym **wyrok Trybunału Sprawiedliwości z 4 września 2014 r. w sprawie C-162/13 (Damijan Vnuk przeciwko Zavarovalnica Triglav d.d.)**. Orzeczenie to zostało wydane w odpowiedzi na pytanie prejudycjalne sądu słoweńskiego, mającego wątpliwości, czy pojęcie „ruch pojazdu" w rozumieniu dyrektywy 72/166/EWG obejmuje manewr ciągnika w podwórzu gospodarstwa rolnego w celu wprowadzenia złączonej z nim przyczepy do pomieszczenia gospodarczego, w trakcie którego doszło do potrącenia osoby znajdującej się poza tym pojazdem.

Trybunał podkreślił w swoich rozważaniach, że zakres pojęcia „ruch pojazdu" nie może zostać pozostawiony ocenie każdego z państw członkowskich. Względy jednolitego stosowania prawa Unii oraz zasada równości wymagają bowiem, by treści przepisu, który nie zawiera wyraźnego upoważnienia dla państw członkowskich do określenia jego zakresu, nadać autonomiczną i jednolitą wykładnię. Należy przy tym uwzględnić nie tylko brzmienie przepisu, ale też kontekst oraz cel uregulowania. Trybunał dostrzegł, że wprawdzie część wersji językowych dyrektyw komunikacyjnych posługuje się pojęciem „ruch pojazdu", większość jednak mówi o jego „użytkowaniu". Zaznaczył jednocześnie, że sformułowania te należy rozumieć w świetle celów realizowanych przez dyrektywy, którymi są liberalizacja zasad przepływu osób i towarów, jak również ochrona ofiar wypadków spowodowanych

przez pojazdy mechaniczne, gwarantująca ofiarom podobne traktowanie bez względu na to, w którym z państw nastąpił wypadek. W ocenie Trybunału nie można uznać, że prawodawca unijny zamierzał wyłączyć spod ochrony osoby poszkodowane w wyniku wypadków spowodowanych przez pojazdy użytkowane poza kontekstem ruchu drogowego. Dlatego też odpowiedzialność ubezpieczyciela w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC odnosi się do każdego użytkowania pojazdu, które jest zgodne z jego normalną funkcją. Trybunał wyraził zapatrywanie, że tak właśnie jest w przypadku manewru ciągnika rolniczego i złączonej z nim przyczepy, lecz w tym zakresie rozstrzygnięcie należy już do sądu krajowego.

Nie powinno zatem budzić wątpliwości, że obowiązkowe ubezpieczenie OC obejmuje szkody powstałe zarówno w ruchu drogowym, jak i poza nim. O ile jednak w orzecznictwie polskich sądów wskazywano do tej pory na ogół, że funkcja pełniona przez pojazd w momencie wyrządzenia szkody nie odgrywa żadnej roli, o tyle Trybunał uzależnia odpowiedzialność ubezpieczyciela od tego, czy pojazd był użytkowany zgodnie z jego normalną funkcją.

Urszula Borowiecka
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Co zrobić, gdy ubezpieczyciel nie likwiduje szkody w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. w terminie lub gdy nie zgadzamy się z jego stanowiskiem – praktyczne porady

Artykuł przedstawia możliwości, jakie mają osoby uprawnione w ramach umowy ubezpieczenia OC p.p.m., w sytuacji gdy doszło do szkody, a ubezpieczyciel milczy bądź nie wywiązuje się ze swoich zobowiązań zgodnie z oczekiwaniami poszkodowanych. Swoich roszczeń należy wówczas dochodzić krok po kroku, zaczynając od reklamacji składanej do ubezpieczyciela, poprzez wniosek o podjęcie działań skierowany do Rzecznika Finansowego, w ostateczności wkraczając na drogę postępowania sądowego. Poniżej zostały szczegółowo omówione kolejne kroki.

W ramach umowy ubezpieczenia obowiązkowego ustawodawca zasadniczo przewiduje na likwidację szkody termin 30 dni, jednak w wyjątkowych okolicznościach może on zostać przedłużony do 90 dni. Zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Jak wynika z powyższego, kwota bezsporna w obydwu przypadkach powinna być jednak wypłacona w ciągu 30 dni.

Na towarzystwach ubezpieczeniowych ciąży też obowiązek informacyjny, co oznacza, że osoby uprawnione z umowy ubezpieczenia powinny otrzymać pisemną informację odnośnie do podjętych przez ubezpieczyciela działań w zakresie likwidowanej szkody, a także o zajętym przez ubezpieczyciela stanowisku (art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK).

W praktyce zdarza się często, że ubezpieczyciele nie tylko nie informują w przepisowym terminie o zajętym stanowisku, lecz także nie przedstawiają dokumentacji, która stanowisko to miałaby popierać. W takiej sytuacji można żądać udostępnienia dokumentacji gromadzonej w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia na podstawie art. 29 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r., na mocy którego: ,,Zakład ubezpieczeń udostępnia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Informacje i dokumenty […] zakład ubezpieczeń udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów […], zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych […] informacji, zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem […] nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami […]. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby […], nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług. Zakład ubezpieczeń przechowuje informacje i dokumenty […] do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia”.

Osoby uprawnione w ramach umowy ubezpieczenia OC p.p.m. mają szereg możliwości dochodzenia swoich roszczeń.

Reklamacja

W sytuacji gdy ubezpieczyciel nie likwiduje szkody w obowiązującym terminie bądź stanowisko ubezpieczyciela nie jest satysfakcjonujące, należy wystąpić do niego z reklamacją. Reklamację można złożyć pisemnie, ustnie (telefonicznie albo w oddziale ubezpieczyciela) albo za pomocą poczty elektronicznej. Ubezpieczyciel zobowiązany jest odpowiedzieć na taką reklamację w terminie 30 dni od jej otrzymania (w wyjątkowych okolicznościach w terminie 60 dni). Odpowiedź powinna zostać udzielona w formie papierowej. Odpowiedź za pośrednictwem poczty elektronicznej może zostać udzielona

jedynie na wniosek klienta. W sytuacji gdy reklamacja nie zostanie rozpatrzona zgodnie z wolą klienta, można odwołać się do ubezpieczyciela jeszcze raz (jeśli przewiduje on taką możliwość).

Wniosek do Rzecznika Finansowego

W sytuacji wciąż niesatysfakcjonującej postawy ubezpieczyciela względem zgłoszonych roszczeń można wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o podjęcie działań w indywidualnej sprawie. Podkreślenia wymaga fakt, że droga postępowania reklamacyjnego w stosunku do ubezpieczyciela musi zostać wcześniej wyczerpana, w przeciwnym wypadku Rzecznik Finansowy nie podejmie działań.

Na skutek złożonego wniosku Rzecznik Finansowy, jeśli uzna za zasadne, występuje do ubezpieczyciela w ramach postępowania skargowego. Wszelką korespondencję Rzecznika z ubezpieczycielem osoby występujące z wnioskiem otrzymują do wiadomości.

Pozasądowe rozwiązywanie sporów przez Rzecznika Finansowego

Przy Rzeczniku prowadzone są także pozasądowe postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami ubezpieczycieli a ubezpieczycielami, w związku z czym można skorzystać również z takiego rozwiązania. Udział ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. W toku postępowania Rzecznik zapoznaje ubezpieczyciela z roszczeniem klienta, przedstawia stronom postępowania przepisy prawa mające zastosowanie w sprawie oraz propozycję zakończenia sporu. W przypadku braku polubownego zakończenia postępowania Rzecznik sporządza opinię, w której zawiera ocenę prawną stanu faktycznego w przedmiotowym postępowaniu.

Dochodzenie roszczeń na drodze postępowania sądowego

Powództwo w sprawach dotyczących roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia wytoczyć można na podstawie art. 20 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK według przepisów o właściwości ogólnej (tj. przed sąd właściwy dla siedziby pozwanego zakładu ubezpieczeń) bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Podstawowy termin, w którym można złożyć pozew do sądu, to 3 lata od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie. Trzeba jednak pamiętać, że w toku procesu należy,

zgodnie z art. 6 k.c., udowodnić zasadność swoich roszczeń. Nie wyklucza to oczywiście możliwości wystąpienia do sądu na podstawie art. 102 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych. W przypadku zwolnienia od kosztów sądowych można wystąpić do sądu o ustanowienie pełnomocnika z urzędu (radcy prawnego lub adwokata).

Oświadczenie Rzecznika Finansowego zawierające istotny pogląd dla sprawy

Rzecznik Finansowy, na podstawie art. 28 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, może na etapie postępowania cywilnego – na wniosek klienta lub na prośbę sądu – przedstawić sądowi oświadczenie zawierające istotny pogląd na daną sprawę.

Powództwo Rzecznika Finansowego na rzecz klientów

Na podstawie art. 26 wyżej wskazanej ustawy Rzecznik może wytoczyć powództwo na rzecz klientów podmiotów rynku finansowego w sprawach nieuczciwych praktyk rynkowych dotyczących działalności tych podmiotów, jak również za zgodą powoda wziąć udział w toczącym się już postępowaniu. W takim przypadku stosuje się odpowiednio przepisy o prokuratorze.

Pomoc rzeczników konsumentów

Dalszej pomocy związanej z sądowym dochodzeniem roszczeń może w określonych sytuacjach udzielić również powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów, działający w ramach starostwa powiatowego (urzędu miasta) według miejsca zamieszkania konsumenta znajdującego się w sporze z przedsiębiorcą. Wsparcia w tego typu sprawach udzielają ponadto niektóre organizacje pozarządowe, np. Federacja Konsumentów – w celu uzyskania jej pomocy należy zwrócić się do najbliższego oddziału.

Zawiadomienie Komisji Nadzoru Finansowego

O nieprawidłowych praktykach ze strony ubezpieczycieli można powiadomić również Komisję Nadzoru Finansowego. Co prawda nie podejmuje ona działań w indywidualnych sprawach, natomiast jako organ nadzoru, gdy zakład ubezpieczeń wykonuje działalność z

naruszeniem przepisów prawa, statutu, zawartych umów ubezpieczenia lub planu działalności lub nie udziela informacji lub wyjaśnień, Komisja może:

1) nałożyć na członka zarządu zakładu ubezpieczeń, zakładu reasekuracji lub prokurenta karę pieniężną do wysokości odpowiadającej ich trzykrotnemu przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy, a jeżeli nie można ustalić przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatnich 12 miesięcy – do wysokości 100 000 zł;

2) nałożyć na zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji karę pieniężną do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto wykazanej przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji w ostatnim przedstawionym organowi nadzoru sprawozdaniu finansowym, o którym mowa w art. 280, a w przypadku gdy zakład nie wykonywał działalności lub uzyskał składkę przypisaną brutto poniżej 20 mln zł – do wysokości 100 000 zł;

3) zawiesić w czynnościach członka zarządu zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie na najbliższym posiedzeniu organu uprawnionego do jego odwołania;

4) wystąpić do właściwego organu zakładu ubezpieczeń, zakładu reasekuracji lub innego uprawnionego podmiotu z wnioskiem o odwołanie członka zarządu lub odwołanie udzielonej prokury, ze wskazaniem terminu, w którym wniosek ten zostanie rozpatrzony.

Przedawnienie

Na koniec wspomnieć należy, że roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat od momentu powstania szkody, co oznacza, że wszelkie wyżej opisane działania należy podjąć w terminie najpóźniej 3 lat od momentu powstania zdarzenia (art. 819 k.c.). W sytuacji gdy mamy do czynienia z ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, na mocy art. 819 § 3 k.c. w zw. z art. 442^1 § 1 k.c., roszczenie poszkodowanego względem ubezpieczyciela o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania, czyli ulega przedawnieniu z upływem 3 lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia; termin ten nie może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

Jak wynika z powyższego przeglądy, gdy ubezpieczyciele nie wywiązują się z terminów przewidzianych ustawowo albo ich stanowisko jest niesatysfakcjonujące, istnieje kilka rozwiązań, dzięki którym można skutecznie dochodzić swoich roszczeń. Należy jedynie pamiętać, by roszczenia nie uległy przedawnieniu i w odpowiednim momencie skierować ewentualny pozew do sądu.

Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Uchwała Sądu Najwyższego dotycząca roszczeń poszkodowanych z tytułu powypadkowego leczenia i rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych

W dniu 19 maja 2016 r. uchwałą o sygn. akt III CZP 63/15 Sąd Najwyższy rozstrzygnął, czy poszkodowany w wypadku drogowym w ramach OC posiadacza pojazdu może skorzystać z opieki zdrowotnej poza systemem NFZ.

Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego podjął uchwałę następującej treści:

Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.).

Rzecznik, kierując do Sądu Najwyższego wniosek, zadał następujące pytanie: „Czy odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z tytułu roszczenia o pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 § 1 k.c. jest uzależniona od braku możliwości skorzystania przez poszkodowanego z leczenia lub rehabilitacji w ramach uspołecznionej służby zdrowia albo wydłużonego okresu oczekiwania na takie leczenie lub rehabilitację, mającego ujemny wpływ na stan zdrowia poszkodowanego?”.

Uchwała ma dla praktyki ubezpieczeniowej ten skutek, iż w ramach umowy ubezpieczenia OC ubezpieczyciele co do zasady powinni zwracać poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych uzasadnione i celowe wydatki na koszty leczenia i rehabilitacji niefinansowane ze środków publicznych.

Dotyczy ona wyjątkowo istotnej społecznie kwestii. Rzecznik od lat obserwował nieprawidłowości w praktyce likwidacyjnej niektórych zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, jednocześnie wspierał klientów w przypadku problemów z pokryciem kosztów leczenia i rehabilitacji w placówkach prywatnych. Rozbieżności pojawiały się nie tylko w praktyce

likwidacyjnej zakładów ubezpieczeń, ale również w orzecznictwie sądowym, w związku z czym Rzecznik Finansowy wystąpił do Sądu Najwyższego o zajęcie stanowiska, jak należy interpretować obowiązujące przepisy.

Warto przypomnieć, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego dominował pogląd, iż obowiązek pokrycia „wszelkich kosztów" na podstawie art. 444 § 1 k.c. wymaga wykazania, iż były one celowe i niezbędne (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r., sygn. akt I CR 455/80, publ. OSNC 1981, nr 10, poz. 193; z dnia 14 maja 1997 r., sygn. akt II UKN 113/97, publ. OSNP 1998, nr 5, poz. 163; z dnia 9 stycznia 2008 r., sygn. akt II CSK 425/07, publ. „Monitor Prawniczy" 2008, nr 3, s. 116). Stosownie do brzmienia art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Ponadto na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2 k.c., jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia. Natomiast w kwestii ciężaru dowodu to zobowiązany do naprawienia szkody, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niemu żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinien przedstawić dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.

Dla kwestii określenia celowości leczenia lub rehabilitacji po wypadku zasadniczym orzeczeniem jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 384/07), w którym Sąd wskazał, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, o wyłożenie sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz – co z punktu interesującego nas zagadnienia najistotniejsze – czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych.

Sąd Najwyższy wskazywał dotychczas, że osoba domagająca się pokrycia tych kosztów powinna wykazać, że celowe jest czy też było zastosowanie określonych sposobów leczenia, zabiegów i środków, niezależnie od miejsca ich wykonania. O celowości można przykładowo mówić, jeżeli ponoszenie wydatków jest związane nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu lub jego niepogarszania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10).

Wiele rozstrzygnięć sądów powszechnych uznaje słuszność takiego podejścia do omawianego zagadnienia, a nawet idzie znacznie dalej. Niektóre sądy wskazują wprost, że poszkodowany ma prawo wyboru sposobu leczenia i nie ma obowiązku korzystania z publicznej służby zdrowia. Podkreślają, że poszkodowany ma prawo leczyć się tam, gdzie leczenie i skuteczność będzie największa i takie postępowanie należy uznać za celowe (np. wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 29 lutego 2012 r., sygn. akt I C 337/10; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 21 lutego 2013 r., sygn. akt V ACa 740/12). Nie jest to nowe spojrzenie, bowiem już w latach 90. Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 26 listopada 1991 r. (sygn. akt III APr 75/91, publ. OSA 1992, nr 6, s. 38) uznał, że prawa do żądania zwrotu bądź wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, iż korzysta z uzupełnionego lecznictwa, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod lecznictwa, zabiegów lub środków, które nie wchodzą w zakres leczenia uspołecznionego. Sąd ten wyraźnie podkreślił, że skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane z potencjalną możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia.

Ponadto jeśli tylko poszkodowany przedstawia rachunki za usługi medyczne świadczone w ramach prywatnej służby zdrowia i wydatki te są uzasadnione z punktu widzenia medycznego, będąc następstwem wypadku, to zdaniem większości sądów powszechnych żądanie poszkodowanego jako celowe pozostaje w pełni uzasadnione i nie wymaga dodatkowych dowodów (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 października 2012 r., sygn. akt VI ACa 590/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 listopada 2012 r., sygn. akt I ACa 544/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 3 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 954/12). Sądy te podkreślają zatem, iż o celowości leczenia czy też rehabilitacji decydują wyłącznie względy medyczne.

Rzecznik Finansowy liczy, że dzięki uchwale Sadu Najwyższego ujednolicona zostanie nie tylko linia orzecznicza, ale również praktyka likwidacji tego typu szkód przez zakłady

ubezpieczeń, oczywiście z korzyścią dla poszkodowanych. Należy wyrazić nadzieję, że łatwiej będzie uzyskać zwrot poniesionych kosztów leczenia czy rehabilitacji w prywatnej służbie zdrowia albo otrzymać zaliczkę na takie leczenie.

Dotychczas poszkodowani skarżyli się do Rzecznika, że decydując się na prywatne leczenie lub rehabilitację, zmuszeni byli do wyłożenia własnych środków, a potem czekała ich niejednokrotnie walka o ich refundację ze strony ubezpieczyciela – często na drodze sądowej. Niektórzy ubezpieczyciele wymagali od poszkodowanych wykazania, że w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej nie byliby leczeni odpowiednio szybko i z użyciem najskuteczniejszych procedur medycznych.

Obecnie czekamy na uzasadnienie uchwały, w którym Sąd Najwyższy zdefiniuje warunki uznania wydatków na leczenie lub rehabilitację za celowe i uzasadnione oraz zakres obowiązków poszkodowanego i ubezpieczyciela w procesie dochodzenia tych roszczeń.

Osobom, którym w przeszłości zakłady ubezpieczeń odmówiły pokrycia takich kosztów, uchwała otwiera możliwość ponownego złożenia reklamacji do zakładu ubezpieczeń w przypadku nieprzedawnionych roszczeń. Jeśli reklamacja zostanie odrzucona, warto zwrócić się do z wnioskiem o podjęcie działań przez Rzecznika Finansowego. Przypomnieć również należy, że art. 442^1 k.c. okres przedawnienia roszczeń w znacznej części wypadków drogowych powodujących urazy ciała określa nawet na 20 lat, co może oznaczać, że osoby, którym ubezpieczyciele niesłusznie odmówili pokrycia kosztów leczenia lub rehabilitacji w przeszłości, mogą teraz zwrócić się o ich rekompensatę wraz z odsetkami.

Uchwała nie tylko ułatwi dochodzenie roszczeń na drodze przedsądowej i sądowej, lecz także zmieni zapewne podejście do poszkodowanych. Można się spodziewać, że ubezpieczyciele będą starali się organizować tuż po wypadku opiekę medyczną, a potem ewentualną rehabilitację. Oby tylko była to obsługa na poziomie adekwatnym do potrzeb poszkodowanych. Współpraca ubezpieczycieli z klinikami zauważalna jest już teraz. Takie działanie opiera się na założeniu, że tańsze jest objęcie poszkodowanego intensywną rehabilitacją i jego powrót do zdrowia niż wypłacanie później wyższych rent lub zadośćuczynień.

Piotr Budzianowski

Sekretarz Jury

Wręczenie nagród w XV edycji Konkursu Rzecznika Finansowego, Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Gazety Ubezpieczeniowej na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową

3 czerwca 2016 r. w siedzibie Rzecznika Finansowego, odbyło się uroczyste wręczenie nagród w XV edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

Konkurs został zainicjowany w 1998 r. przez Rzecznika Ubezpieczonych. Tematyka prac konkursowych w pierwszej edycji dotyczyła głównie ochrony konsumenta na polskim rynku ubezpieczeń. Od 2000 r. organizatorami Konkursu w nowej, rozszerzonej formule są: Rzecznik Ubezpieczonych (obecnie Rzecznik Finansowy), który sprawuje opiekę merytoryczną i organizuje prace Jury, Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, wspierająca Konkurs od strony organizacyjnej, w szczególności poprzez pozyskiwanie środków na nagrody oraz Gazeta Ubezpieczeniowa, która jest medialnym patronem tego przedsięwzięcia. Promuje ona ideę konkursu, szeroko relacjonując przebieg prac Jury, a także drukując na swoich łamach fragmenty nagrodzonych prac. W piętnastu edycjach Konkursu zgłoszonych zostało ponad 630 prac, z czego nagrodzono i wyróżniono ponad 240.

Na XV edycję Konkursu wpłynęło łącznie 43 prace, a Konkurs swoim zakresem objął cztery kategorie prac: doktorskie, magisterskie, licencjackie i podyplomowe.

Prace konkursowe pochodziły z wielu ośrodków akademickich. Były to m.in.: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie,

Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Akademia Finansów i Biznesu Vistula, Akademia Leona Koźmińskiego, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu.

Jury, złożone z wybitnych przedstawicieli polskiej nauki, a także praktyków, oceniało prace w odrębnych kategoriach.

Jury, pod przewodnictwem dr. Stanisława Rogowskiego, przyznało pięć nagród w kategorii prac doktorskich, cztery w kategorii prac magisterskich, jedną w kategorii prac licencjackich oraz jedną w kategorii prac podyplomowych. Dodatkowo Prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej, Przewodniczący Jury, Członkowie Jury oraz Związek Banków Polskich przyznali indywidualne wyróżnienia, za prace, które osiągnęły wysoki poziom punktacji i zawierały interesujące ujęcie ważnej problematyki.

W kategorii prac doktorskich kolejno zajęli:

I miejsce (2 prace ex aequo) – **dr Joanna Iwko** za pracę pt. „*Model oceny jakości usług ubezpieczeniowych na polskim rynku*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu.

oraz

dr Anna Napiórkowska za pracę pt. „*Granice ochrony pracownika w razie czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Grzegorz Goździewicz**. Praca została napisana na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu.

II miejsce (2 prace ex aequo) – **dr Joanna Ceglarska-Jóźwiak** za pracę pt. „*Niezdolność do pracy w powszechnym ubezpieczeniu rentowym*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Teresa Bińczycka-Majewska**. Praca została napisana na Uniwersytecie Łódzkim

oraz

dr Filip Przydróżny za pracę pt. „*Komunikacja zakładu ubezpieczeń z otoczeniem*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Jacek Lisowski**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

III miejsce – **dr Tomasz Lasocki** za pracę pt. *„Tytuł do powszechnego ubezpieczenia społecznego jako konstrukcja podmiotowego prawa do zabezpieczenia społecznego*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Inetta Jędrasik-Jankowska**. Praca została napisana na Uniwersytecie Warszawskim.

W kategorii prac magisterskich kolejno zajęli:

I miejsce – **mgr Łukasz Szwedo** za pracę pt. *„Systemy emerytalne w koncepcji państwa dobrobytu i ich ewolucja*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Teresa H. Bednarczyk**. Praca została napisana na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

II miejsce – **mgr Patrycja Kwiek** za pracę pt. *„Ocena nowej metody szacowania rezerw szkód brutto – metody double chain-ladder*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Jacek Lisowski**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

III miejsce (2 prace ex aequo) – **mgr Karolina Matyjaszczyk** za pracę pt. *„Koncepcje zmian systemu emerytalnego w kontekście sytuacji demograficznej w Polsce*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Aniela Dylus**. Praca została napisana na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

oraz

mgr Agata Sadowska za pracę pt. *„Wpływ zakazu różnicowania składek ze względu na płeć na wysokość składki w ubezpieczeniach na życie*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Jacek Lisowski**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

W kategorii prac licencjackich:

I miejsce – **Joanna Staniek** za pracę pt. *„Implementacja zasady równości płci w ubezpieczeniach gospodarczych*". Promotorem pracy jest **dr Magdalena Osak**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

W kategorii prac podyplomowych:

II miejsce – **Dawid Rydzyński** za pracę pt. *„Wybór grupy docelowej a działania w zakresie marketingu i public relations towarzystwa ubezpieczeniowego – na przykładzie Concordia*

Polska TUW i WTUŻiR Concordia Capital S.A. w latach 2013-2014". Promotorem pracy jest **dr Krzysztof Łyskawa**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

Ponadto Przewodniczący Jury, Prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej, Jury Konkursu, a także Związek Banków Polskich przyznali wyróżnienia.

Wyróżnienie Przewodniczącego Jury otrzymał Pan **Zbigniew Rzepkowski** za pracę podyplomową pt. *„Zadośćuczynienie za śmierć osoby bliskiej w praktyce zakładów ubezpieczeń*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Romuald Holly**. Praca została napisana w Szkole Głównej Handlowej.

Wyróżnienie Prezesa Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej otrzymał Pan **Wojciech Gałamon** za pracę magisterską pt. *„Charakter świadczenia ubezpieczyciela*". Promotorem pracy jest **dr hab. Magdalena Szczepańska**. Praca została napisana na Uniwersytecie Warszawskim.

Wyróżnienie Jury Konkursu otrzymała Pani **Patrycja Jarus** za pracę podyplomową pt. *„Mediacja w ubezpieczeniach gospodarczych*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Jacek Lisowski**. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

Wyróżnienie Związku Banków Polskich otrzymała Pani **Daria Świderska** za pracę magisterską pt. *„Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rzeczoznawców majątkowych w Polsce*". Promotorem pracy jest **Prof. dr hab. Stanisław Wieteska**. Praca została napisana na Uniwersytecie Łódzkim.

Na uroczystość wręczenia nagród przybyli laureaci wraz z promotorami, członkowie Jury, przedstawiciele instytucji i firm wspierających Konkurs. Przybyli goście zostali uroczyście powitani przez organizatorów Konkursu.

O wręczenie dyplomów i nagród zostali poproszeni Członkowie Jury, przedstawiciele sponsorów i instytucji wspierających Konkurs. Każdy laureat otrzymał również nagrody książkowe, ufundowane przez wydawnictwa branżowe: Wydawnictwo C.H. BECK i Wydawnictwo Poltext.

Ponadto Konkurs finansowo wsparły: Izba Gospodarcza Towarzystw Emerytalnych, MetLife, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Związek Banków Polskich, Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Spotkanie było doskonałą okazją do poznania się laureatów i ich promotorów z organizatorami i sponsorami Konkursu, co mamy nadzieję, będzie owocne dla wszystkich i stworzy okazję do podjęcia przez nich współpracy.

Uroczystość, która przebiegała w przyjemnej i serdecznej atmosferze, zakończyły gratulacje i symboliczna lampka szampana.

Zapraszamy do udziału w kolejnej edycji Konkursu (2016/2017). Regulaminy i inne informacje znajdziecie Państwo już wkrótce na stronie internetowej Rzecznika Finansowego – www.rf.gov.pl – w zakładce *Nasze inicjatywy.*

31.03.2016 – Rzecznik Finansowy zaprezentował opinii publicznej II część swojego Raportu „Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym”.

31.03.2016 - Z inicjatywy Prezydenta RP został powołany Zespół Analiz Systemowych. Tworzą go przedstawiciele urzędów reprezentujących interesy obywateli w różnych obszarach: Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Dziecka i Rzecznika Finansowego oraz Biura Interwencyjnej Pomocy Prawnej KPRP. Cykliczne spotkania Zespołu będą służyły analizowaniu zgłaszanych przez Polaków problemów i wypracowywaniu rozwiązań systemowych.

06.04.2016 - Rzecznik Finansowy publikuje Sprawozdanie za rok 2015. 318 tys. reklamacji złożyli klienci instytucji finansowych - wynika z ankiet zebranych po raz pierwszy przez Rzecznika Finansowego. A to dane, obejmujące tylko część ostatniego kwartału 2015 r.!

06.04.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w spotkaniu poświęconym likwidacji szkód komunikacyjnych według uregulowań niemieckiego rynku ubezpieczeniowego, zorganizowanym przez Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

13.04.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w Konferencji Naukowej pt. „Globalne i narodowe bezpieczeństwo finansowe”, zorganizowanej przez Katedrę Ekonomii i Polityki Gospodarczej Wydziału Nauk Ekonomicznych Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

20.04.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w II Banking Profitability Forum, zorganizowanym przez Bonnier Business Polska, wydawcę dziennika „Puls Biznesu” oraz Bankier.pl

21.04.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w seminarium naukowym pt. „Kolizje interesów na rynku usług finansowych oraz sposoby ich usuwania”, zorganizowanym w ramach współpracy Centrum Europejskiego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, przy wsparciu Urzędu komisji Nadzoru Finansowego.

25.04.2016 - Rzecznik Finansowy chce lepszej ochrony poszkodowanych w wypadkach. Przynajmniej 1,5 mld zł rocznie przepływa przez rachunki tzw. kancelarii odszkodowawczych. Problem w tym, że nikt nie kontroluje tego coraz ważniejszego segmentu rynku. Dlatego co pewien czas media donoszą o nierzetelnych pełnomocnikach, którzy „znikają" z pieniędzmi klientów. Żeby uniknąć takich sytuacji, Rzecznik Finansowy postuluje uregulowanie zawodu doradcy odszkodowawczego.

27.04.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w konferencji pt. „Emerytury kapitałowe dla ludzi i gospodarki – od potencjału do benefitów", zorganizowanej przez Izbę Gospodarczą Towarzystw Emerytalnych oraz CFA Society Poland.

9-10.05.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział oraz wygłosił referat na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Aktualne problemy odpowiedzialności odszkodowawczej banków", zorganizowanej przez Studenckie Koło Naukowe Prawa Bankowego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

11.05.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w V edycji Kongresu Sektora Pożyczkowego, zorganizowanego przez Konferencję Przedsiębiorstw Finansowych w Polsce.

16.05.2016 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział oraz wygłosili referat na spotkaniu pod hasłem „Rozstrzyganie sporów w sprawach konsumenckich", które zorganizowane zostało przez delegaturę Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Miejskiego Rzecznika Konsumentów w Poznaniu dla powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów oraz przedstawicieli Federacji Konsumentów.

16.05.2016 - W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu konsumenckiego kredytodawca powinien proporcjonalnie obniżyć i zwrócić wszystkie koszty takiego kredytu. Taka jest wspólna interpretacja przepisów ustawy o kredycie konsumenckim Rzecznika Finansowego i Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

18.05.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział oraz wygłosił referat na X Forum Assistance, które odbywało się pod hasłem „Bancassurance – trendy i perspektywy rozwoju. Polska na tle innych rynków europejskich", zorganizowane przez Związek Banków Polskich oraz Europ Assistance Polska.

19.05.2016 – Rzecznik Finansowy, na zaproszenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, wziął udział w posiedzeniu Narodowej Rady Rozwoju pod tytułem „Polityka społeczna po ćwierćwieczu przemian: solidarność, inwestycje społeczne, współodpowiedzialność".

19.05.2016 - Ubezpieczyciele powinni zwracać poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych uzasadnione i celowe wydatki na koszty leczenia i rehabilitacji niefinansowane ze środków publicznych – wynika z sentencji uchwały Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów wydanej w odpowiedzi na wniosek Rzecznika Finansowego.

19-20.05.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział oraz wygłosił referat na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Bezpieczeństwo i ochrona klienta na rynku usług finansowych. Prawo – praktyka – problemy – perspektywy", zorganizowanej we Wrocławiu przez Instytut nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Wrocławskiego oraz działające przy nim Studenckie Koło Naukowe Rynku Finansowego „REK-FIN".

20.05.2016 - Rzecznik Finansowy wydał kolejny istotny pogląd w postępowaniu sądowym dotyczącym dowolnego ustalania oprocentowania „kredytu frankowego" przez bank. Tym razem wsparł grupę ponad 1200 konsumentów, reprezentowanych przez warszawskiego Miejskiego Rzecznika Konsumentów.

25.05.2016 – W siedzibie Rzecznika Finansowego odbyło się spotkanie z ekspertami BEUC – Europejskiej Organizacji Konsumenckiej, na którym przedstawiono kompetencje i zasady funkcjonowania Rzecznika Finansowego, jako instytucji, której zadaniem jest poprawa sytuacji konsumentów na rynku usług finansowych. Spotkanie odbyło się w ramach organizowanych przez Federacje Konsumentów spotkań ekspertów z organizacji konsumenckich z państ regionu Europy Środkowo-Wschodniej.

02.06.2016 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w spotkaniu Krajowej Rady Rzeczników Konsumentów, zorganizowanym przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

8-10.06.2016 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w XIX Kongresie Brokerów, zorganizowanym przez Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.