MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 66

ISSN 2353-8880

WRZESIEŃ 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 66

1. Uzasadnienie do uchwały składu siedmiu sędziów Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r. (sygn. akt III CZP 63/15)
2. Czy będzie kolejny przełom w sprawie tzw. polisolokat?
3. Dodatkowe badania techniczne pojazdu – normalne następstwo szkody
4. Niedochowanie terminu rozpatrzenia reklamacji – przykłady praktyk
5. Stosowanie przez zakłady ubezpieczeń cen części nieoryginalnych w ustalaniu odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych a wytyczne Komisji Nadzoru Finansowego
6. Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z podróży – na co warto zwrócić uwagę podczas zakupu polisy
7. Postępowanie w przypadku powstania szkody komunikacyjnej likwidowanej z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – wskazówki praktyczne
8. Szczególne podstawy odpowiedzialności cywilnej za szkody górnicze i szkody jądrowe
9. Kalendarium

Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Uzasadnienie do uchwały składu siedmiu sędziów Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r. (sygn. akt III CZP 63/15)

W dniu 19 maja 2016 r. Sąd Najwyższy w uchwale podjętej na wniosek Rzecznika Finansowego orzekł, że 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.).

W niniejszym opracowaniu chcę przybliżyć uzasadnienie tej uchwały, w którym Sąd przedstawił motywy i argumenty, jakimi się kierował przy jej podejmowaniu.

Sąd Najwyższy uznał, że przepis art. 444 § 1 k.c. stwierdza ogólnie, iż w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. 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 przygotowanie do innego zawodu. W przepisie tym przewidziano dwa zasadnicze roszczenia poszkodowanego: roszczenie o zwrot poniesionych już wydatków na leczenie oraz roszczenie o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia albo o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.).

Sąd podkreślił, że w judykaturze Sądu Najwyższego wielokrotnie analizowano użyte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie „wszelkie koszty" (koszty celowe). Rozważano możliwość uwzględniania kosztów prywatnego leczenia poszkodowanego, który był objęty systemem ubezpieczenia społecznego oferującego bezpłatnie usługi medyczne. Wskazywano na sytuacje, w których poszkodowany miał realną możliwość skorzystania z takiego leczenia, lecz zdecydował się jednak na płatne leczenie prywatne. Powstało w związku z tym pytanie, czy poniesione w ten sposób koszty mogły być skutecznie objęte roszczeniami przewidzianymi w art. 444 § 1 k.c. Aktualna stała się też kwestia, na kim – poszkodowanym

czy zobowiązanym do naprawienia szkody – spoczywa ciężar wykazania sytuacji, w której możliwe było skorzystanie przede wszystkim ze świadczeń medycznych oferowanych w ramach ubezpieczenia społecznego. Rozważano także inne kryteria służące ocenie poniesienia przez poszkodowanego kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c., w tym m.in. to, czy pozostawały one w związku przyczynowym ze zdarzeniem powodującym uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia oraz czy miały być one przeznaczone na efektywną poprawę zdrowia poszkodowanego. W sposób kazuistyczny wskazywano w orzecznictwie określone, zindywidualizowane i typowe postacie kosztów, które mogą stanowić wydatki potrzebne w procesie leczenia i rehabilitacji poszkodowanego. Znacznie rzadziej zajmowano stanowisko dotyczące rozmiaru tych kosztów, np. co do ich „umiarkowanej wysokości".

W sprawie o odszkodowanie w związku z wypadkiem przy pracy Sąd Najwyższy przyjął możliwość pokrycia kosztów odpłatnych konsultacji medycznych u specjalisty (wyrok z dnia 26 czerwca 1969 r., sygn. akt II PR 217/69, OSNCP 1970, nr 3, poz. 50). Poszkodowanemu groziło niebezpieczeństwo pełnej utraty wzroku, toteż Sąd Najwyższy uznał, że szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne. Do kosztów leczenia w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. zaliczono zatem koszty leczenia u wybitnego specjalisty, przy czym decydujące znaczenie miał sam charakter uszczerbku na ciele poszkodowanego. Sąd Najwyższy dostrzegł konieczność pokrycia jedynie „kosztów niewygórowanych". Przedstawiony wyrok pośrednio potwierdza stanowisko Sądu Najwyższego, że poza wypadkami szczególnymi leczenie powinno odbywać się w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r. (sygn. akt I CR 455/80, OSNC 1981, nr 10, poz. 193) rozważano koszty nabycia przez poszkodowanego pojazdu inwalidzkiego, koniecznego do skompensowania skutków kalectwa spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym. Sąd uznał, że koszty takiego pojazdu nie są objęte art. 444 § 1 k.c., „jeżeli nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem". Nie wyłączono zatem w sposób kategoryczny także i takiej postaci kompensacji szkody poszkodowanego.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1997 r. (sygn. akt II UKN 113/97, OSNAPUS 1998, nr 5, poz. 163) przyjęto, że obowiązek odszkodowawczy wynikający z art. 444 § 1 zd. 1 k.c. obejmuje zwrot kosztów nabycia samochodu inwalidzkiego, niezbędnego do leczenia i prowadzenia działalności gospodarczej pracownika, wskutek wypadku przy pracy. Sąd podkreślił, że art. 444 § 1 zd. 1 k.c. kreuje zasadę pełnej kompensaty szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, a art. 444 § 1 zd. 2 k.c. „jedynie egzemplifikuje, a nie wyczerpuje [...] rodzaje i sposoby pełnej kompensaty szkody wynikającej z czynu niedozwolonego". Według Sądu na celowość korzystania z samochodu inwalidzkiego (oprzyrządowanego) już w okresie leczenia powypadkowego schorzeń narządów ruchu i konieczności systematyczności leczenia urologicznego wskazywały obie opinie medycznych instytutów naukowych. W orzeczeniu tym dokonano szerokiej interpretacji pojęcia „wszelkie koszty" użytego w art. 444 § 1 k.c.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2002 r. (sygn. akt II CKN 1028/00, „Izba Cywilna" 2003, nr 6, s. 39) wyrażono ogólną myśl, że „wydatki na nabycie nowego samochodu ze specjalistycznym wyposażeniem należy zaliczyć do kosztów wymienionych w art. 444 § 1 k.c., gdyż są one konieczne do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej", a dotychczasowy samochód osobowy, jaki powódka posiadała przed wypadkiem komunikacyjnym, nie mógł być dostosowany do jej ograniczeń ruchowych. Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 maja 2001 r. (sygn. akt V CKN 253/00, nie publ.) wynika, że doszło do zasądzenia kosztów kupna samochodu dla młodego człowieka, który po amputacji nogi w wyniku wypadku podjął studia w celu zdobycia nowego zawodu, co wymagało dojazdów ze wsi, gdzie mieszkał, do szkoły wyższej.

Kategoria kosztów (wydatków) „koniecznych i celowych" poszkodowanego pojawia się w wielu orzeczeniach Sądu Najwyższego. Nawiązano do niej w wyroku z dnia 12 grudnia 2002 r. (sygn. akt III CKN 1018/00, nie publ.) oraz w wyroku z dnia 9 stycznia 2008 r. (OSNC-ZD 2000, nr 4, poz. 99), w którym zwrócono uwagę, że pojęcie „wszelkie koszty" w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. to „koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu". Pojęcie to jednak nie odnosi się do samej kwoty kosztów, które sąd ma obowiązek zasądzić. Według Sądu Najwyższego w orzecznictwie ogranicza się jednak tak rozumiany obowiązek pokrycia

wszelkich kosztów wymaganiem ich konieczności i celowości (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 2014 r., sygn. akt V CSK 632/13, nie publ.). Kompensowanie kalectwa i umożliwienie poszkodowanemu prowadzenia normalnego życia w społeczeństwie może być w pewnych okolicznościach uznane za uzasadniające zasądzenie odszkodowania w wysokości zapewniającej nabycie samochodu. W omawianym wyroku stwierdzono także, że odwoływanie się do art. 361 § 1 k.c. jest zbędne, gdyż art. 444 § 1 k.c. obejmuje „wszelkie koszty" wynikłe z rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała.

Z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r. (sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC 2011, nr 10, poz. 116) wynika, że w sprawie o odszkodowanie przeciwko zakładowi opieki zdrowotnej w związku z wadliwym leczeniem małoletniej powódki pozwany zakład opieki zdrowotnej podnosił m.in. zarzut „nieuwzględnienia możliwości sfinansowania kosztów leczenia (powódki) ze środków publicznych". Sąd Najwyższy wyjaśnił, że sądy *meriti* dokonały w tym zakresie odpowiednich ustaleń dotyczących koniecznych wydatków i miały też na względzie to, że niektóre działania rehabilitacyjne były właśnie finansowane z takich środków. Stwierdził też, że celowość ponoszenia wydatków na rehabilitacje może być powiązana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy zdrowia powódki, ale także z potrzebą jego niepogarszania.

Sąd przytoczył także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt CSK 384/07, OSP 2009, nr 9, poz. 20), w którym stwierdzono, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana (ubezpieczyciel) wykaże, iż koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznanych w ramach procedur obejmujących decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów. W sprawie tej małoletni powód, który w toku wadliwego przyjęcia porodu przez lekarzy doznał uszkodzenia ciała w postaci splotu barkowego, domagał się na podstawie art. 444 § 1 zd. 2 k.c. od pozwanego ubezpieczyciela m.in. wyłożenia sumy potrzebnej na przeprowadzenie odpowiedniej operacji barku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

W piśmiennictwie kategorię „wszelkich kosztów” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. ujmuje się szeroko – jako konsekwencję czynu niedozwolonego w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Używa się także sformułowań „koszty konieczne i celowe”, „koszty uzasadnione”. W zasadzie nie neguje się objęcia tymi pojęciami także kosztów leczenia prywatnego, ponieważ poszkodowany nie ma obowiązku korzystania w ogóle lub przede wszystkim ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie chodzi jednak o nieograniczoną możliwość wyboru pomiędzy leczeniem prywatnym i publicznym, wyraźnie bowiem wskazuje się na niedomagania systemu publicznego, chociaż różnie ujmuje się katalog możliwości skorzystania z leczenia prywatnego, którego koszty mogłyby być pokryte przez zobowiązanego na podstanie art. 444 § 1 k.c. i w konsekwencji także w ramach ubezpieczenia OC. Jako koszty konieczne i celowe wskazuje się przede wszystkim koszty leczenia i rehabilitacji w placówce prywatnej, gdy świadczenia te wykraczają poza zakres dostępnych świadczeń w ramach powszechnej opieki zdrowotnej lub poszkodowanemu oferowane są takie świadczenia w czasie nieracjonalnym z medycznego punktu widzenia. Niekiedy wskazuje się także na jeszcze inne sytuacje, a więc na większe szanse powrotu do zdrowia, jakie stwarza leczenie prywatne (większa szansa efektywności leczenia, wyższa jakość usługi medycznej), i na poważny charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanego (ryzyko śmierci poszkodowanego lub nieodwracalnego kalectwa). Niektórzy autorzy zastrzegają jednak konieczność analizowania także obu takich sytuacji w ramach okoliczności konkretnego przypadku. Z reguły jednak przyjmuje się, że kryteria szansy powrotu do zdrowia lub charakteru uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia mogą uzasadniać także koszty leczenia podjętego poza granicami kraju i to nie tylko w krajach Unii Europejskiej.

Należy stwierdzić, że wyraźnej zbieżności stanowisk co do możliwości skorzystania przez poszkodowanego także ze świadczeń medycznych w placówkach niepublicznej służby zdrowia towarzyszy jednak różnica zdań w kwestii ciężaru dowodu kosztów „koniecznych i celowych”. Chodzi o to, czy to poszkodowanego obciąża ciężar wykazania takich kosztów we wszystkich wskazanych przypadkach ich poniesienia (art. 6 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.), czy też ciężar taki powinien obciążać – i w jakim zakresie – zobowiązanego.

Punktem wyjścia rozstrzygnięcia zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego są treść art. 444 § 1 k.c. oraz ogólne reguły prawa odszkodowawczego. Przepis ten przyjmuje możliwość objęcia roszczeniem odszkodowawczym poszkodowanego wszelkich kosztów wynikłych z faktu uszkodzenia lub wywołania rozstroju zdrowia. Odszkodowanie takie kompensuje uszczerbek majątkowy poszkodowanego w postaci *damnum emergens* (art. 361 § 2 k.c.); koszty podnoszone są wprawdzie z woli tego podmiotu, ale w celu usunięcia lub ograniczenia niekorzystnych dla zdrowia poszkodowanego konsekwencji spowodowanych czynem niedozwolonym. Można mówić zatem o wydatkach celowych poniesionych w związku z deliktem powodującym uszczerbek niemajątkowy w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

Omawiane koszty mogą obejmować m.in. koszty leczenia i rehabilitacji (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.). Taka egzemplifikacja „wszelkich kosztów" służyła ustawodawcy do pokazania, że dyspozycją art. 444 § 1 k.c. objęte są zarówno koszty leczenia już poniesione, jak i koszty, które mogą być poniesione przez poszkodowanego w przyszłości. Z tego względu w art. 444 § 1 zd. 2 k.c. wyodrębniono autonomiczne roszczenie, zgodnie z którym poszkodowany może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody wyłożenia z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumy potrzebnej na koszty przygotowania do innego zawodu.

W uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. (sygn. akt. I CSK 384/07) trafnie wyjaśniono, że uwzględnienie takiego roszczenia poszkodowanego nie może być uzależnione od tego, czy dysponuje on własnymi funduszami na pokrycie wskazanych kosztów. Decydujące znaczenie ma tu element woli poszkodowanego, czyli to, czy podejmie on od razu leczenie lub rehabilitację i wyłoży odpowiednie koszty, czy też zdecyduje się na żądanie wyłożenia przez zobowiązanego sumy pieniężnej niezbędnej do pokrycia kosztów przyszłych, czy nawet wystąpi z obydwoma roszczeniami równocześnie, gdy wymagają tego poszczególne etapy leczenia lub rehabilitacji. Łatwo przy tym zauważyć, że u podstaw regulacji zawartej w art. 444 § 1 k.c. leży także istotny dla poszkodowanego czynnik czasu, skoro może on zawsze podjąć czynności lecznicze lub rehabilitacyjne niezwłocznie po wyrządzeniu mu krzywdy w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a weryfikacja poniesionych kosztów może nastąpić dopiero w ewentualnym sporze z ubezpieczycielem.

Pojęcie „wszelkie wydatki” w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. powinno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody. Można nawet stwierdzić, że takie określenie ustawowe zmierza wyraźnie do zaakcentowania tej zasady prawa odszkodowawczego w odniesieniu do omawianej postaci szkody. Oznacza to, że naprawienie szkody obejmującej wydatki poniesione na leczenie lub rehabilitację powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowaniu takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy. W taki też sposób przedstawia się funkcję odszkodowania przewidzianego w art. 444 § 1 k.c. w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. np. wyrok z dnia 9 stycznia 2008 r., sygn. akt II CSK 425/07, OSNC-ZD 20908, nr D, poz. 99 oraz wyrok z dnia 15 października 2004 r., sygn. akt V CSK 632/12, nie publ.). Poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają wspomnianej funkcji odszkodowania określonego w art. 444 § 1 k.c. Sam natomiast rozmiar tych kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został poddany poszkodowany (np. diagnostyka, terapie, leki, zabiegi, typ i czas rehabilitacji). Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o skompensowanie już poniesionych kosztów, czy o koszty, które mają być poniesione w związku z przyszłym, planowanym leczeniem (art. 444 § 1 zd. 2 k.c.).

Co niezmiernie istotne, Sąd Najwyższy wyraźnie podkreślił, że przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. Skrytykował rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne. Poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Należy pozostawić mu zatem możliwość wyboru systemu leczenia publicznego lub prywatnego, przynajmniej w takiej sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia istnienia pełnej alternatywy z racji istotnego ograniczenia faktycznego dostępu do usługi medycznej oferowanej w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń.

Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania. Katalog takich zdarzeń może być oczywiście uzupełniony o sytuacje szczególne, wynikające z konkretnego stanu faktycznego, w którym istotne są nie sam dostęp faktyczny do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., sygn. akt II PR 217/69, OSNC 1970, nr 3, poz. 50). Nie jest też wyłączone, że w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

Z art. 444 § 1 k.c. i ogólnych reguł prawa odszkodowawczego nie wynika szczególne ukształtowanie ciężaru dowodu w zakresie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym także w zakresie wykazania faktu wystąpienia szkody po stronie poszkodowanego. Oznacza to, że poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji pozostające w związku przyczynowym z doznanym uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, w tym sumę potrzebną na koszty leczenia, jeżeli występuje z żądaniem na podstawie art. 444 § 1 zd. 2 k.c. Dowód „celowości kosztów" oznacza także potrzebę poddania się odpłatnemu leczeniu w placówkach prywatnych i konieczność wykazania także poszczególnych rodzajów tych kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych). Tak ukształtowany ciężar dowodu kosztów celowych nie może być bezpośrednio lub pośrednio poszerzany o określone, wybrane elementy stanu faktycznego, przesądzające, czy poniesione (lub planowane, art. 444 § 1 zd. 2 k.c.) koszty leczenia należy zaliczyć do kategorii kosztów celowych w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. Oznacza to, że nie można obarczać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia tylko za pomocą wskazywanych przez zobowiązanego środków dowodowych (np. odpowiednich zaświadczeń medycznych) zasadności skorzystania z leczenia lub rehabilitacji niefinansowanych ze środków publicznych. Takie bezpodstawne wymagania dowodowe prowadzą do obciążania poszkodowanych obowiązkiem wykazywania wystąpienia wskazanych wcześniej sytuacji uzasadniających leczenie prywatne. Jeżeli jednak

ubezpieczyciel odpowiadający wobec poszkodowanego w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych powołuje się wobec uprawnionego na ustawowy obowiązek minimalizacji szkody, to może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego; wtedy jednak ciężar dowodu spoczywa na ubezpieczycielu (art. 6 k.c.).

Aleksander Daszewski
radca prawny w Biurze Rzecznika Finansowego

Czy będzie kolejny przełom w sprawie tzw. polisolokat?

Ostatnie tygodnie przyniosły pozytywne informacje: Polska Izba Ubezpieczeń prowadzi zaawansowane prace nad dobrowolnym rozszerzeniem porozumień zawartych z Prezesem UOKiK na wszystkich posiadaczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, tzw. polisolokat. Przyjęcie takiego rozwiązania oznaczałoby, że zakłady ubezpieczeń zobowiążą się do obniżenia opłat likwidacyjnych w przypadku wcześniejszego rozwiązania aktywnych umów. Zapowiedzi te cieszą, bowiem przy każdej możliwej okazji Rzecznik Finansowy apelował do ubezpieczycieli o rozszerzenie zakresu ugód z UOKiK na pozostałych „przywiązanych do polis" klientów. Zapowiedzi te dają więc nadzieję, że branża wypracuje w tym zakresie konsensus i zostaną zaproponowane systemowe i jednocześnie satysfakcjonujące dla konsumentów rozwiązania.

W naszej ocenie zastosowanie warunków ugód już wypracowanych z UOKiK również do umów nieobjętych porozumieniami wydaje się wręcz konieczne, gdyż presja ze wszystkich stron narasta i będzie coraz silniejsza. Już teraz widzimy, że klienci są coraz bardziej świadomi swoich praw i podejmują różne działania na rzecz rezygnacji z takich umów – bez wysokich opłat likwidacyjnych. Po publikacji *II Raportu Rzecznika Finansowego – Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym* istotnie wzrosła liczba osób zgłaszających się na konsultacje do naszych ekspertów z zapytaniem o dalsze postępowanie w spornych sprawach. Obecnie dziennie dostajemy tyle zapytań mailowych, ile poprzednio w ciągu tygodnia, a nasza infolinia pomimo okresu wakacyjnego była mocno oblegana przez osoby poszukujące porad na temat możliwości uwolnienia się od niechcianych polis.

Ubezpieczyciele, którzy się wahają, czy rozszerzać porozumienia (bo takie głosy też do nas docierają), powinni zdać sobie wreszcie sprawę, że alternatywą są masowe dochodzenie swoich praw przez klientów w sądach lub dalsze rozwiązania legislacyjne, które – wobec braku satysfakcjonujących rezultatów prowadzonych prac – zapowiedziało już Ministerstwo Finansów, a które mogą okazać się dla branży wyjątkowo dotkliwe. W rozstrzygnięciach

sądowych natomiast opłaty likwidacyjne, podobnie jak ukryte opłaty od wartości wykupu, są powszechnie uznawane za abuzywne, co oznacza, że nie można ich pobierać, a jeśli już zostały pobrane, to należy je zwrócić w całości, często nawet z odsetkami. Do tego dochodzą też niemałe koszty przegranego procesu.

Warto jednak zauważyć, że proponowane kierunkowo rozwiązanie (szczegółów jeszcze nie znamy) nie załatwia całości sprawy. Pozostanie bowiem jeszcze jeden poważny nierozwiązany problem, tzn. wyrównanie strat tym, którzy zrezygnowali z polisolokat w poprzednich latach i tym samym stracili pieniądze. Z tego, co widzimy, obecnie osoby takie, wspierane przez nas, walczą w sądach. Do Biura Rzecznika Finansowego trafia coraz więcej wniosków o przedstawienie istotnego poglądu w sprawie sądowej. Przykładowo po pierwszym półroczu 2016 r. było takich wniosków już 113, czyli niemal tyle samo ile w całym minionym 2015 r. Warto też podkreślić, że prócz opinii w indywidualnych sporach część poglądów przedstawiamy w powództwach grupowych. Przykładowo, tylko w jednej ze spraw 120 wnioskodawców domaga się zwrotu niemal 5,5 mln złotych, co pokazuje skalę problemu. Wyraźnie widać, że nasze raporty i przygotowywane w postępowaniach sądowych istotne poglądy zachęciły poszkodowane osoby do walki o swoje prawa, tym bardziej że często utraciły one znaczne środki finansowe, a w niektórych przypadkach oszczędności całego życia.

Niestety, w spornych sprawach prowadzonych przez Rzecznika ubezpieczyciele zazwyczaj utrzymują, iż tym osobom, które już poniosły straty, trudno coś zaoferować. Z takim stanowiskiem trudno się zgodzić, gdyż z dokumentacji prowadzonych przez nas spraw jasno wynika, że potracone opłaty likwidacyjne czy też ukryte opłaty z tytułu wykupu całkowitego ubezpieczenia stanowią niedozwolone postanowienia umowne (klauzule abuzywne). W poszczególnych sprawach sądy, dokonując indywidualnej kontroli wzorców umownych, w absolutnej większości przypadków nie mają problemów z określeniem charakteru tych opłat (tutaj: zbieżności co do celu lub brzmienia ze znajdującymi się w rejestrze niedozwolonych postanowień umownych), a następnie z ustaleniem ich wysokości oraz orzeczeniem zwrotu, często z odsetkami oraz zwrotem kosztów sądowych i zastępstwa procesowego. Te wszystkie czynniki powinny powodować większą skłonność ubezpieczycieli do proponowania w indywidualnych sprawach rozwiązań polubownych satysfakcjonujących konsumentów. Zakładamy bowiem, że w znacznej części przypadków poszkodowani zaakceptowaliby propozycje godziwych ugód. Zdają sobie przecież sprawę, że postępowanie

sądowe trwa latami, skutkuje koniecznością poniesienia określonych kosztów i nie wszystkie koszty (np. *success fee* pełnomocnika) będą mogły być zwrócone nawet w razie wygranego sporu sądowego. Stąd też w prowadzonych postępowaniach, co nadal będziemy czynić, staramy się nakłaniać ubezpieczycieli do składania indywidualnych propozycji ugodowych, również w takich sprawach, gdzie doszło już do rozwiązania umowy i pobrania horrendalnych opłat.

Osobom, które już zlikwidowały w poprzednich latach polisę z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i poniosły z tego tytułu straty, warto przypomnieć, że jeżeli nie otrzymają propozycji indywidualnej ugody, nadal mogą dochodzić roszczeń przed sądem. Zakładamy, że grupa ta będzie w najbliższych miesiącach najczęściej zwracała się do nas z wnioskiem o przedstawienie istotnego poglądu. Takie osoby muszą też sprawdzić, czy ich roszczenie nie uległo przedawnieniu. Nie ma wątpliwości, że dla umów ubezpieczenia to okres 3 lat. Termin ten liczy się od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Są jednak orzeczenia sądów – do których się przychylamy – prezentujące stanowisko, że termin przedawnienia mija po 10 latach. Takie orzeczenia pojawiają się w przypadku podnoszenia przez klienta, że opłata likwidacyjna była świadczeniem nienależnym. Nie ma jednak pewności, że w każdym przypadku sąd podzieli takie stanowisko. Stąd też istotne jest odpowiednie sformułowanie żądania w pozwie, z określeniem pobranej opłaty jako świadczenia nienależnego, co być może przekona sąd do zastosowania dłuższego terminu przedawnienia dochodzonych w powództwie roszczeń.

Należy odnotować, że w ostatnim czasie dostrzegamy w orzecznictwie przybierającą na sile tendencję do unieważniania umów ubezpieczenia inwestycyjnego w sytuacji, gdy umowy te są skonstruowane w sposób niejasny i z pokrzywdzeniem interesów konsumentów, odbiegając tym samym od natury zobowiązania w ogólności. Przy takim kierunku rozwoju judykatury role mogą wkrótce ulec odwróceniu i to ubezpieczyciele będą zabiegać o ugody z poszkodowanymi. Tylko czy konsumenci, mając w pamięci nieuczciwe zachowanie ubezpieczycieli, będą dla nich wyrozumiali i zainteresowani zawieraniem ugód? Czas zatem działa raczej na niekorzyść ubezpieczycieli. Dotychczasowa praktyka przeciągania i opóźniania działania w kwestii polisolokat w efekcie może zakończyć się dla branży dalszymi dotkliwymi stratami finansowymi. To też powinno skłaniać ubezpieczycieli do podjęcia zapowiadanych działań.

Jaka będzie ostatecznie przyszłość przygotowywanych rozwiązań, czas pokaże. Na pewno trzeba je ocenić pozytywnie, jako kolejny krok zmierzający do przynajmniej częściowego uzdrowienia obecnej sytuacji. Propozycja dobrowolnego rozszerzenia porozumień zawartych z Prezesem UOKiK na wszystkich posiadaczy ubezpieczeń z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, tzw. polisolokaty, nie załatwi jednak wszystkich problemów, stąd ubezpieczyciele prócz wypracowania mechanizmów umożliwiających klientom łatwiejszą rezygnację z umów powinni również wykazywać się większą skłonnością do proponowania ugód osobom, które rozwiązały niechcianą umowę i obecnie starają się o zwrot niesłusznie pobranych opłat likwidacyjnych.

Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, aplikant radcowski

Dodatkowe badania techniczne pojazdu – normalne następstwo szkody

Obowiązki określone w ustawie – Prawo o ruchu drogowym

Zgodnie z treścią art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym na posiadaczu pojazdu samochodowego, ciągnika rolniczego, pojazdu wolnobieżnego wchodzącego w skład kolejki turystycznej, motoroweru lub przyczepy ciąży obowiązek przedstawiania wskazanych wyżej pojazdów do badania technicznego. Same badania techniczne dzieli się na: badania okresowe, badania dodatkowe oraz badania co do zgodności z warunkami technicznymi. Szczegółowy zakres badań oraz terminy ich wykonania są określone w ustawie – Prawo o ruchu drogowym.

W kontekście szeroko rozumianych zagadnień ubezpieczeniowych należy mieć na uwadze okoliczność, że obowiązek przeprowadzenia dodatkowych badań technicznych pojazdu w określonych przypadkach spoczywa także na poszkodowanym posiadaczu pojazdu likwidującym szkodę w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczonym posiadaczu likwidującym szkodę w ramach ubezpieczenia autocasco. Zgodnie bowiem z treścią art. 81 ust. 11 pkt 5 ustawy – Prawo o ruchu drogowym dodatkowemu badaniu technicznemu podlega pojazd, w którym **została dokonana naprawa** wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w dziale II w grupach 3 i 10 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w zakresie elementów układu nośnego, hamulcowego lub kierowniczego mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego.

Z analizy treści przedmiotowej normy prawnej należy wysnuć następujące wnioski. Dodatkowe badanie techniczne jest obowiązkowe, jeżeli **łącznie** zostaną spełnione następujące przesłanki:

- uszkodzony pojazd został faktycznie naprawiony,
- odszkodowanie zostało wypłacone przez zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (grupa 10 załącznika do ustawy z dnia 11

września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) lub ubezpieczenia autocasco (grupa 3 załącznika do ww. ustawy),

- naprawa pojazdu dotyczyła elementów układu nośnego, hamulcowego lub kierowniczego mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego.

Warto odnotować, że przedmiotowy obowiązek nie będzie spoczywał na poszkodowanym, który dokonałby naprawy uszkodzonego pojazdu w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej innego niż ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (np. ubezpieczenia OC zarządcy drogi), nawet jeśli naprawa dotyczyłaby elementów układu nośnego, hamulcowego lub kierowniczego mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego.

Obecny kształt przedmiotowej regulacji został wprowadzony ustawą z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy – Prawo o ruchu drogowym oraz niektórych innych ustaw. Wcześniej obowiązujące regulacje również przewidywały obowiązek przeprowadzenia obowiązkowych dodatkowych badań technicznych pojazdu, w którym została dokonana naprawa w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub ubezpieczenia autocasco, jednakże obowiązek ten dotyczył każdego rodzaju uszkodzenia, niezależnie od jego wpływu na bezpieczeństwo ruchu drogowego, jeżeli tylko koszt naprawy przekraczał 2000 zł. Norma ta wywoływała wiele wątpliwości w zakresie jej słuszności, chociażby takich, że każdorazowo należało przeprowadzać dodatkowe badania techniczne pojazdu w sytuacji, kiedy uszkodzenia nie miały jakiegokolwiek wpływu na bezpieczeństwo ruchu drogowego, ale naprawa generowała koszty przekraczające kwotę 2000 zł (np. naprawa lakiernicza). Ponadto powstawały wątpliwości dotyczącego tego, czy kwota 2000 zł to kwota brutto, czy też netto kosztów naprawy, co miało istotne znaczenie w odniesieniu do poszkodowanych lub ubezpieczonych będących podatnikami podatku od towarów i usług (podatku VAT). Z uwagi na wskazane wyżej zastrzeżenia ustawodawca w 2009 r. dokonał zmiany przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym w zakresie obowiązkowych dodatkowych badań technicznych pojazdów naprawianych w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczenia autocasco.

Na zakończenie należy wskazać, że wysokość opłat związanych z badaniem stanu technicznego pojazdu, w tym wysokość opłat za dodatkowe badania techniczne pojazdu określone w art. 81 ust. 11 pkt 5 wskazana jest w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 29 września 2004 r. w sprawie wysokości opłat związanych z prowadzeniem stacji

kontroli pojazdów oraz przeprowadzaniem badań technicznych pojazdów. Koszt takiego badania wynosi 50 zł (punkt 6.8 załącznika do rozporządzenia Ministra Infrastruktury).

Koszty badań jako normalne następstwo szkody

Z opisywaną wyżej regulacją zawartą w ustawie – Prawo o ruchu drogowym ściśle związana jest norma prawa zawarta w art. 31 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W świetle bowiem tej regulacji posiadacz pojazdu mechanicznego informuje zakład ubezpieczeń o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w art. 81 ust. 11 pkt 5 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym. Przedmiotowe badanie techniczne uznaje się za normalne następstwo szkody i jego koszty pokrywa zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia casco oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy.

Innymi słowy należy wskazać, że koszt dodatkowego obowiązkowego badania technicznego w wysokości 50 zł, dotyczący naprawy pojazdu pokrytej w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub ubezpieczenia AC, jest refundowany przez zakłady ubezpieczeń również w ramach tych ubezpieczeń. Warunkiem zwrotu kosztów jest przeprowadzenie naprawy, wykonanie badania na stacji diagnostycznej oraz przekazanie ubezpieczycielowi dowodu poniesienia kosztów dodatkowego badania technicznego pojazdu.

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

Niedochowanie terminu rozpatrzenia reklamacji – przykłady praktyk ubezpieczycieli

Z dniem 10 października 2015 r.[1] weszła w życie ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (dalej: ustawa). Opisana w niej procedura postępowań reklamacyjnych wzmocniona została nowatorskim mechanizmem umieszczonym w art. 8, zgodnie z którym niedochowanie przez ubezpieczyciela wskazanego w art. 6 i 7[2] terminu udzielenia odpowiedzi na złożoną przez klienta reklamację jest równoznaczne z jej uznaniem zgodnie z wolą klienta.

Wprowadzenie tej restrykcyjnej dla ubezpieczycieli, a korzystnej dla klientów normy powinno doprowadzić do zdyscyplinowania ubezpieczycieli, aby terminowo i wyczerpująco udzielali odpowiedzi na zgłaszane zastrzeżenia. Obowiązujące dotąd przepisy nie ustanawiały terminów w postępowaniach odwoławczych, co skutkowało całkowitą dowolnością postępowań ze strony ubezpieczycieli, przy jednoczesnym niezadowoleniu i braku poszanowania interesów klientów. Do Rzecznika Ubezpieczonych napływały bowiem liczne sygnały dotyczące trudności w kontaktach z ubezpieczycielami, polegających m.in. na udzielaniu jedynie zdawkowych wyjaśnień na zgłaszane zastrzeżenia, często w odległych terminach, lub też w wielu przypadkach na braku udzielenia jakichkolwiek wyjaśnień, mimo ponawianych próśb oraz ponagleń. Większość ubezpieczycieli ograniczała kontakty z klientami wyłącznie do czynności wymaganych bezwzględnymi przepisami prawa

---

[1] Rozdział 4 ustawy, regulujący zasady pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

[2] Art. 6 ustawy: „Odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem”.
Art. 7 ustawy: „W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w art. 6, podmiot rynku finansowego w informacji przekazanej klientowi, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczyny opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone w celu rozpatrzenia sprawa;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji”.

ubezpieczeniowego[3], lekceważąco odnosząc się do pozostałych pytań, wątpliwości lub zastrzeżeń kierowanych przez klientów. Ta krzywdząca klientów praktyka wielu ubezpieczycieli świadczyła zarówno o braku profesjonalizmu, jak i o wybiórczym traktowaniu nadrzędnych norm kodeksu cywilnego, nakazujących dochowanie należytej staranności wobec dłużnika, o czym stanowi wprost art. 355 k.c.[4]

Ustawa reklamacyjna wprowadzająca surowe obowiązki informacyjne wobec klienta jest więc niejako odpowiedzią na dostrzegane niewłaściwe praktyki ubezpieczycieli. Bezdyskusyjną powinna być teza, iż bezproblemowy dostęp do informacji w obecnych warunkach rynkowych powinien stanowić standard w relacjach między wszystkimi uczestnikami obrotu, szczególnie kiedy dotyczy to jego słabszych interesariuszy. Pozyskanie w odpowiednim terminie informacji ma decydujące znaczenie dla podjęcia przez klienta odpowiednich działań w sprawie, np. uzupełnienia dokumentacji, skierowania do Rzecznika wniosku o interwencję w zakładzie ubezpieczeń czy też skierowania sporu na drogę sądową.

Krótki, bo niespełna roczny, okres obowiązywania ustawy pozwala jedynie na sformułowanie wstępnych wniosków co do stosowania w praktyce omawianych przepisów. Aktualnie obserwujemy w zachowaniu większości ubezpieczycieli postawę pewnego sceptycyzmu co do nieuchronności stosowania w praktyce procedur reklamacyjnych wskazanych w ustawie oraz wyczekiwanie, czy nieuchronne okażą się opresyjne działania Rzecznika w przypadku ich niedochowania[5]. Świadczą o tym zgłaszane Rzecznikowi liczne sygnały obrazujące stanowcze postawy ubezpieczycieli w sytuacji, gdy niedochowany został przez nich termin udzielenia odpowiedzi na złożoną reklamację, a mimo to nie nastąpiło jej pozytywne rozpatrzenie. Dotyczy to spraw, w których zakład ubezpieczeń odmówił w całości lub w części uznania zgłaszanych roszczeń, a następnie nie udzielił odpowiedzi na reklamacje. Na żądania tej grupy klientów, którzy powołując się na art. 8 ustawy, oczekują rozpatrzenia

---

[3] Art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w kształcie obowiązującym do dnia 31 grudnia 2016 r., a następnie art. 29 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. – regulujące tryb i terminy procedur odszkodowawczych ubezpieczycieli; nadto art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych – określający tryb i terminy działań ubezpieczyciela oraz UFG i PBUK w związku ze złożeniem przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

[4] Art. 355 k.c.: „§ 1. Dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). § 2 Należytą staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności".

[5] Art. 32 ustawy: „Na podmiot rynku finansowego, który narusza obowiązki nałożone w art. 4 ust. 1, art. 6–10, art. 30 i art. 31, Rzecznik może, w drodze decyzji, nałożyć karę pieniężną do wysokości 100 000 zł".

reklamacji zgodnie z jej treścią, część ubezpieczycieli podtrzymuje odmowne stanowiska, czyniąc tak również wtedy, gdy sprawę w drodze interwencji podejmuje Rzecznik.

Ubezpieczyciele, uzasadniając swe stanowisko, powołują się przemiennie na następujące normy prawa:

- Art. 5 k.c.[6], zakazujący stosowania prawa, które prowadzi do działań sprzecznych z jego przeznaczeniem. Jeśli bowiem w świetle danej umowy ubezpieczenia roszczenie klienta uznane zostało za nienależne, wówczas jego wypłata wskutek nieterminowego rozpatrzenia reklamacji doprowadziłaby do konkluzji o wewnętrznej sprzeczności polskiego systemu prawnego. Zatem za nadrzędne ubezpieczyciele uznają przepisy kształtujące umowę ubezpieczenia będącą przedmiotem spornych roszczeń, a pomijają normy ustawy.
- Art. 805 k.c.[7] definiujący umowę ubezpieczenia. Ubezpieczyciele przypominają o zasadzie wzajemności, będącej podstawowym reżimem kształtującym umowę ubezpieczenia, kiedy w zamian za składkę ubezpieczyciel zobowiązuje się do spełnienia świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Stąd ubezpieczyciele w sytuacji, gdy warunki umowy nie obciążają ich obowiązkiem wypłaty świadczenia, uznają, iż nawet brak terminowego udzielenia odpowiedzi na reklamację nie obliguje ich do zmiany stanowiska, czyli do wypłaty nienależnego świadczenia. Uznają tym samym jedynie władztwo norm prawnych, w myśl których doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, z pominięciem regulacji ustawy.
- Art. 824^1 § 1 k.c.[8] ograniczający wysokość odszkodowania maksymalnie do poziomu poniesionej szkody. Ubezpieczyciele, wskazując na tę normę, sięgają po argument, jakim jest niedopuszczenie do bezpodstawnego wzbogacenia się klienta, któremu zgodnie z umową świadczenie nie przysługuje, a jego wypłata wskutek „przeterminowania" przez ubezpieczyciela reklamacji prowadziłaby do uzyskania nienależnych korzyści. Za wyłącznie wiążące normy ubezpieczyciele uznają warunki zawartej umowy, pomijając ustawę.

---

[6] „Nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony".

[7] „Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę".

[8] „O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody".

Te przykłady postaw ubezpieczycieli wskazują na dość powszechną praktykę wybiórczego stosowania prawa w sytuacji niedochowania obowiązków wynikających z ustawy, skutkujących poniesieniem kosztów na rzecz klienta.

Obserwujemy również odmienne i zasługujące na aprobatę pozytywne zachowania ubezpieczycieli, którzy w odpowiedzi na podejmowane w indywidualnych sprawach interwencje Rzecznika, dotyczące niedotrzymania terminu udzielenia odpowiedzi na złożoną reklamację, rozpatrują ją wówczas zgodnie z wolą klienta.

Oceniając te postawy, należy przypomnieć, iż norma art. 8 ustawy nakazująca ubezpieczycielowi uznanie „przeterminowanej" reklamacji nie przewiduje wyjątków ograniczających jej stosowanie, co należy rozumieć jako zamysł projektodawcy, mający na celu ustanowienie swoistej sankcji za brak realizacji przez ubezpieczycieli procedur i terminów reklamacyjnych. Za zasadnością stosowania tej swoistej sankcji przemawia fakt, iż brak odpowiedzi ubezpieczyciela na wniesioną reklamację należy interpretować jako jego milczącą zgodę na jej wykonanie zgodnie z wolą klienta. Przez wielu ubezpieczycieli podnoszony jest również hipotetyczny – jak dotąd – problem możliwych nadużyć w związku ze stosowaniem art. 8 ustawy, polegający na zgłaszaniu w reklamacjach nienależnych roszczeń, całkowicie oderwanych od ustaleń faktycznych i prawnych w danej sprawie. Intencją takiej reklamacji miałoby być to, aby ubezpieczyciel zlekceważył jej treść i nie udzielił odpowiedzi, a przez to autor mógł żądać jej realizacji. Można jednak powiedzieć, że za własne zaniedbania trzeba odpowiadać, a następnie wobec osoby, która niedopełniła swoich obowiązków, wyciągać konsekwencje, żądając naprawienia szkody. Podobnie jest w przypadku sygnalizowanych przez ubezpieczycieli obaw, iż nie można wykluczyć działań *stricte* przestępczych, polegających na celowym przetrzymaniu reklamacji przez osoby uprawnione do ich przyjmowania, tak by w zmowie z autorem reklamacji czerpać nienależne profity. Przestępcze działania należy zgłaszać odpowiednim organom ścigania, a równolegle dochodzić zwrotu kwot będących przedmiotem przestępstwa.

Zapewne szereg tego typu spornych spraw dotyczących obowiązku wykonania art. 8 ustawy znajdzie swój finał w sądzie, mimo uprzedniego prowadzenia przez Rzecznika postępowania interwencyjnego czy też pozasądowego postępowania, o ile nie dojdzie do zakończenia sporu. Jak bowiem należy przypuszczać, część sporów w kwestii stosowania przepisów reklamacyjnych przeniesiona zostanie na płaszczyznę postępowania przed sądem powszechnym. Inicjatywą w rozstrzygnięciu sporów dotyczących obowiązku wykonania art. 8

ustawy powinna wykazać się strona, która ma w tym interes prawny. Trudno przewidzieć, jaką praktykę w tym zakresie ukształtuje linia orzecznicza sądów powszechnych. Istotne jest, by judykatura nakłoniła ubezpieczycieli, będących instytucjami zaufania publicznego, do takich działań, które wzmocnią ochronę uzasadnionych interesów klientów.

Mateusz Kościelniak
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, radca prawny

Stosowanie przez zakłady ubezpieczeń cen części nieoryginalnych w ustalaniu odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych a wytyczne Komisji Nadzoru Finansowego

Tematyka związana z zaniżaniem wysokości odszkodowań przysługujących poszkodowanym za uszkodzone pojazdu od dawna towarzyszy działalności Rzecznika Finansowego, a wcześniej Rzecznika Ubezpieczonych. Rzecznik Finansowy stale monituje działania ubezpieczycieli w tym zakresie, prowadząc postępowania interwencyjne oraz udzielając bieżących porad poszkodowanym przy użyciu poczty elektronicznej bądź podczas dyżurów telefonicznych. Statystycznie, w roku 2015 r. 38% ogólnej liczby skarg stanowiły skargi związane z ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w tym 616 skarg dotyczyło zaniżenia wysokości odszkodowania w oparciu o ceny części nieoryginalnych, co stanowi 11% ogólnej liczby skarg związanych z ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Działania podejmowane przez Rzecznika Finansowego

Rzecznik Finansowy, obserwując praktykę zakładów ubezpieczeń polegającą na zaniżaniu wysokości odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz diagnozując rozbieżności powstałe na gruncie wykładni pojęcia „przywrócenie do stanu poprzedniego", o którym mowa w art. 363 § 1 k.c., dwukrotnie zwrócił się do Sądu Najwyższego z wnioskiem o wyjaśnienie rozbieżności powstałej na gruncie orzeczeń sądów powszechnych. Efektem tych działań było wydanie przez Sąd Najwyższy uchwały z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11) oraz postanowienia z dnia 20 czerwca 2012 r. (sygn. akt III CZP 85/11), w którym Sąd co prawda odmówił podjęcia uchwały, ale przedstawił swoje stanowisko w zakresie możliwości stosowania części oryginalnych i nieoryginalnych w ustalaniu wysokości odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Powyższe rozstrzygnięcia w sposób niewątpliwy potwierdziły prawo poszkodowanych do żądania odszkodowania ustalonego na podstawie cen części oryginalnych. Kluczowe wnioski płynące z tych orzeczeń są następujące:

- Zasadą jest, że poszkodowany ma prawo do żądania od ubezpieczyciela odszkodowania ustalonego na podstawie cen nowych części i materiałów. Jeżeli ubezpieczyciel twierdzi, iż zastosowanie nowych części i materiałów spowoduje zwiększenie wartości pojazdu w stosunku do wartości sprzed kolizji, to powinien okoliczność tę udowodnić.
- Zasada pełnej restytucji szkody, określona w art. 363 § 1 k.c., powinna mieć charakter priorytetowy.
- Oryginalność części zamiennych powinna być podstawowym kryterium decydującym o rodzaju, jakości i źródle pochodzenia części zamiennych, które należy zastosować do naprawy lub do obliczenia wysokości odszkodowania.
- Jeżeli uszkodzeniu uległy części pochodzące bezpośrednio od producenta pojazdu mechanicznego i zachodzi konieczność ich wymiany na nowe, regułą powinno być stosowanie części oryginalnych pochodzących od producenta pojazdu mechanicznego lub równoważnych oryginalnym, tj. wyprodukowanych przez producenta części, który dostarcza producentowi pojazdu części do montażu pojazdów, zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdu.
- Z postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r. wypływa wniosek, że części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu w miejsce uszkodzonych części tego samego rodzaju powinny być bezwzględnie stosowane, jeżeli:

1) pojazd jest jeszcze objęty gwarancją producenta i w okresie gwarancji był serwisowany w oparciu o części oryginalne bezpośrednio pochodzące od producenta;

2) przemawia za tym szczególny interes poszkodowanego, np.:

a) pojazd nie znajduje się już na gwarancji producenta, ale był serwisowany przy użyciu części oryginalnych, a kontynuacja takiej historii pojazdu może wpłynąć na jego wartość handlową,

b) poszkodowany naprawi pojazd mechaniczny z wykorzystaniem części oryginalnych i przedstawi fakturę lub rachunek za naprawę.

- Co niezwykle istotne, Sąd Najwyższy nie zamknął jednak katalogu sytuacji, w których interes poszkodowanego przemawia za zastosowaniem cen części oryginalnych

bezpośrednio pochodzących od producenta pojazdu, dlatego też każdy przypadek należy uwzględniać indywidualnie.

Kolejnym ważnym impulsem dla rynku było wydanie w 2013 r. przez uprzednio funkcjonującego Rzecznika Ubezpieczonych raportu *Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych*. W raporcie tym zbadano praktyki zakładów ubezpieczeń na podstawie prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych postępowań skargowych i zweryfikowano, czy ubezpieczyciele, ustalając wysokość kosztów naprawy przy szkodach komunikacyjnych, stosują wytyczne wynikające z ukształtowanego orzecznictwa sądów powszechnych, jak również Sądu Najwyższego oraz wykładni pojęcia „przywrócenie stanu poprzedniego" ukształtowanego w doktrynie prawniczej.

Analizy dokonane podczas pracy na raportem wykazały, że zakłady ubezpieczeń nadal stosowały ceny części nieoryginalnych, uzależniały wypłatę odszkodowania od przedstawienia faktur bądź rachunków potwierdzających dokonane naprawy uszkodzonego pojazdu lub też stosowały tzw. amortyzację mieszaną, czyli ceny pewnych części, które są koniecznie do wymiany lub naprawy, były pomniejszane o potrącenia amortyzacyjne, a przy wymianie pozostałych części uwzględniano ceny części nieoryginalnych. Raport ten został opublikowany, przesłany do ważnych instytucji publicznych zajmujących się ochroną konsumenta oraz przedstawiony mediom podczas konferencji prasowej.

Odpowiedź ze strony organu nadzoru i wydanie wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego

Na skutek podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych wyżej opisanych działań oraz rozgłosu medialnego wokół raportu, który spowodował u ubezpieczycieli tzw. czarny PR, Komisja Nadzoru Finansowego, w odpowiedzi na rosnące potrzeby rynku, podjęła prace nad *Wytycznymi dotyczącymi likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych*. Rzecznik Ubezpieczonych w sposób aktywny uczestniczył w pracach Komisji oraz przedstawiał swoje uwagi i opinie w toku prac nad tworzeniem i wdrażaniem *Wytycznych...*

Co warte podkreślenia, rekomendacje nie stanowią powszechnie obowiązującego prawa, które wiązałoby podmioty. Rekomendacje stanowią tzw. *soft law*, czyli pokrewne prawu instrumenty, które nie posiadają żadnej mocy prawnie wiążącej lub których moc wiążąca jest „słabsza" w porównaniu do mocy wiążącej tradycyjnego, tj. powszechnie obowiązującego prawa. Zgodnie bowiem z treścią art. 87 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej

źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego. Akty w postaci wytycznych czy inne dokumenty będące tzw. *soft law* nie mieszczą się w zakresie źródeł prawa określonych w powyższej normie.

Dlatego też w świetle powyższego nie można twierdzić, iż dokument ten miałby obowiązywać od danego momentu i mieć zastosowanie do szkód zgłoszonych od chwili rozpoczęcia jego obowiązywania. Dokument ten określa pewne wskazówki, rekomendacje, które powinny być stosowane przez ubezpieczycieli w każdym czasie.

Odnosząc się do treści *Wytycznych…* dotyczących ustalania wysokości odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz stosowania cen części oryginalnych przez ubezpieczycieli, należy wskazać, że dokument ten stanowi powielenie i odzwierciedlenie dotychczas wypracowanych kryteriów ustalania wysokości szkody wynikających z orzecznictwa oraz stanowiska doktryny, a także stanowiska Rzecznika Ubezpieczonych, a obecnie Rzecznika Finansowego.

Wytyczna numer 15 wskazuje bezpośrednio, że w przypadku szkody częściowej zakład ubezpieczeń powinien ustalić wysokość odszkodowania w sposób umożliwiający przywrócenie poszkodowanemu pojazdu do stanu sprzed zdarzenia.

Dla wyjaśnienia warto wskazać, że według definicji przyjętych w *Wytycznych…* **części O** – to części zamienne nowe, oryginalne, bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu; **części Q** – części zamienne nowe, tej samej jakości co części bezpośrednio pochodzące od producenta pojazdu (produkowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi, ustalonymi przez producenta pojazdu), wyprodukowane przez tego samego producenta, który dostarcza producentowi pojazdu części do montażu pojazdów lub części zamienne (zwane również częściami równoważnymi oryginalnym); **części P** – części zamienne nowe, nieoryginalne, o porównywalnej jakości, objęte gwarancją ich producenta, który jednocześnie zaświadcza, że są one tej samej jakości co komponenty, które są lub były stosowane do montażu danych pojazdów.

Wytyczna numer 15.4 wskazuje, że zakład ubezpieczeń nie powinien domagać się od uprawnionego dokumentów, potwierdzających nabycie określonych części i ich klasę jakościową (O, Q, P), wykorzystanych następnie w ramach naprawy pojazdu, chyba że dokument stwierdzający wartość kosztów wykonanej naprawy nie wskazuje konkretnych

części zamiennych wraz z ich klasą jakościową (O, Q, P), wykorzystanych w ramach tej naprawy.

Na szczególną uwagę jednak zasługuje wytyczna numer 17, która wskazuje, że zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, powinien uwzględniać wartość części zakwalifikowanych do wymiany, która zapewnia przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę. W wytycznej 17.1 czytamy, że zakład ubezpieczeń powinien uwzględniać wyłącznie wartość części O w przypadku pojazdów będących na gwarancji producenta, który uzależnia zachowanie gwarancji od wykorzystania w naprawie wyłącznie takich części. Wytyczna 17.2 stanowi, że zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić wartość części O również, gdy uzasadnia to szczególny interes uprawnionego (np. gdy pojazd był dotychczas serwisowany i naprawiany wyłącznie przy użyciu części O, a użycie części innej jakości może wpłynąć na jego wartość handlową lub też gdy uprawniony faktycznie dokona naprawy pojazdu z wykorzystaniem części O i dostarczy zakładowi ubezpieczeń dowód jej dokonania). Gdy w przypadkach wskazanych powyżej zakład ubezpieczeń ustalił wysokość świadczenia przy wykorzystaniu cen części innych niż O, powinien szczegółowo uzasadnić uprawnionemu swoją decyzję w tym zakresie.

Zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia metodą kosztorysową, może uwzględnić wartość części Q, jeżeli wykaże uprawnionemu, że części te pochodzą od producenta dostarczającego te części producentowi pojazdu i że producent tych części zaświadczył, iż zostały wyprodukowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdów (wytyczna numer 17.3). Z kolei z wytycznej 17.4 wynika, że zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia, może uwzględnić wartość części P, gdy uzasadnia to w szczególności wiek uszkodzonego pojazdu, stopień wyeksploatowania części w tym pojeździe, a także prostota konstrukcji części (powodująca, że zdatność do pełnej restytucji takiej części jest możliwa do oceny bez skomplikowanych badań). Jednakże nawet w powyższych przypadkach, jeżeli uprawniony ma szczególny interes w wykorzystaniu części O lub części Q, zakład ubezpieczeń powinien ustalić świadczenie z uwzględnieniem wartości tych części. Jeżeli na zasadach określonych w wytycznych 17.3 i 17.4 zakład ubezpieczeń uwzględnił wartość części niższej jakości (Q lub P), od części zakwalifikowanej do wymiany (O lub Q), powinien przedstawić uprawnionemu zindywidualizowane uzasadnienie podjętej decyzji w tym zakresie (wytyczna 17.5).

Z powyższych wytycznych wynika, że zasadą jest ustalenie wysokości odszkodowania w oparciu o ceny części O, tj. pochodzących bezpośrednio od producenta pojazdu. Zastosowanie cen części innego rodzaju powinno zostać w sposób należyty uzasadnione i może nastąpić tylko i wyłącznie w wyjątkowych wypadkach, gdy uzasadnia to stan eksploatacyjny pojazdu bądź jego wiek. Jednakże nawet w takich sytuacjach, gdy przemawia za tym szczególny interes poszkodowanego, ubezpieczyciel powinien ustalić odszkodowanie na podstawie cen części typu O.

Podsumowanie

Rzecznik Finansowy pragnie wskazać, iż tak ukształtowana treść *Wytycznych…* Komisji Nadzoru Finansowego jest krokiem w stronę ochrony poszkodowanych w kolizjach drogowych i stanowi kompilację poglądów dotychczas wypracowanych w orzecznictwie i doktrynie prawniczej na gruncie problematyki restytucji naturalnej oraz stosowania cen części nieoryginalnych.

Jednakże skargi napływające do Rzecznika Finansowego pokazują, że zakłady ubezpieczeń nie w każdym przypadku rozliczają wysokość szkody w sposób adekwatny do *Wytycznych…* i orzecznictwa Sądu Najwyższego. Nie powinno zatem budzić wątpliwości, że w przypadku dostrzeżenia tych nieprawidłowości Rzecznik Finansowy będzie podejmował postępowania interwencyjne w celu uzyskania stosownych wyjaśnień i pomocy osobom poszkodowanym w odzyskaniu należnych im świadczeń. Rzecznik Finansowy niewątpliwie będzie nadal monitował, czy zakłady ubezpieczeń, likwidując szkody komunikacyjne, przestrzegają wytycznych sporządzonych przez organ nadzoru.

Urszula Borowiecka
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z podróży – na co warto zwrócić uwagę podczas zakupu polisy

Czekając na wykupiony z wyprzedzeniem wyjazd, raczej nie bierzemy pod uwagę, że do upragnionego urlopu nie dojdzie. Niestety, czasem zdarzają się sytuacje, na które nie mamy wpływu, a które zmuszają nas do pozostania w domu. Nie z własnej winy musimy podjąć decyzję o rezygnacji z wycieczki, bo sprawy na miejscu wymagają naszej obecności. Co gorsza, nie zawsze istnieje możliwość, by odzyskać wpłacone na poczet wyjazdu pieniądze. Przed stratą finansową w takich okolicznościach mają ochronić nas ubezpieczenia na wypadek rezygnacji z podróży. Pamiętajmy jednak, że zwrot pieniędzy nie będzie przysługiwał nam w każdej sytuacji – szczegółowe zapisy regulujące znajdziemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z którymi koniecznie trzeba zapoznać się przed zawarciem umowy. Zgodnie z art. 15 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: „Ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy zakład ubezpieczeń zamieszcza na swojej stronie internetowej". Ubezpieczenie na wypadek rezygnacji z podróży możemy wykupić za pośrednictwem internetu (poprzez serwis na stronie ubezpieczyciela) albo za pośrednictwem biura podróży, z którym udajemy się na wypoczynek.

Z praktyki Rzecznika Finansowego wynika, że najczęstszym powodem odmowy zwrotu kosztów z tytułu rezygnacji z wycieczki jest brak ochrony ubezpieczeniowej w przypadku nasilenia się objawów choroby przewlekłej, na którą ubezpieczony chorował przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Problem jednak nie w zapisach warunków ubezpieczenia, które ochronę w takiej sytuacji mogą wyłączać, lecz w nieudzielaniu rzetelnej informacji klientom biur podróży (ubezpieczycieli) o tym, iż ochronę taką można wykupić, rozszerzając wariant podstawowy polisy. Niemal każdy ubezpieczyciel działający na polskim rynku taką możliwość dopuszcza.

Jeśli chcemy zatem, aby następstwa choroby przewlekłej zostały objęte ochroną ubezpieczeniową, powinniśmy wykupić rozszerzony wariant ubezpieczenia, co wiąże się

zapłatą odpowiednio wyższej składki. W praktyce często spotykamy się z niezadowoleniem klientów biur podróży (ubezpieczycieli), którzy skarżą się na brak wiedzy na temat zakresu kupowanego ubezpieczenia. Niestety, zdarza się, że klienci nie są informowani o możliwej szerszej wersji ubezpieczenia, bo podczas zawierania umowy kwestia ta zostaje pominięta przez osoby sprzedające ubezpieczenie. Podmioty profesjonalne mają obowiązek udzielić podstawowych informacji na temat zawieranej umowy, a najczęściej ogranicza się to do przekazania niezbędnej dokumentacji (o.w.u.) bez udzielenie dodatkowych informacji o możliwości rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej. W razie zajścia zdarzenia klienci są zaskoczeni, że nie dostaną zwrotu kosztów zakupionej wycieczki w sytuacji nasilenia się dolegliwości chorobowych. Otrzymują odmowę ze względu na brak ochrony ubezpieczeniowej.

Przykładowo klienci pewnego biura podróży zrezygnowali z zakupionej wycieczki do Grecji ze względu na pogorszenie się stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, która to sytuacja była konsekwencją choroby przewlekłej (nowotwór) istniejącej przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z odpowiedzi touroperatora wynika, że: „Państwa doniesienia, jakoby konsultantka obsługująca Państwa rezerwację udzieliła Państwu błędnych informacji na temat zakresu ubezpieczenia kosztów rezygnacji, są dla nas wysoce niepokojące, ale też bardzo nas zaskoczyły, bowiem odkąd oferujemy naszym klientom owo ubezpieczenie, podobna sytuacja nie miała miejsca. Niestety niezwykle ciężko nam się ustosunkować do Państwa relacji, bowiem sama nie przysłuchiwałam się Państwa rozmowom z naszą pracownicą, natomiast ze względu na upływ czasu ich odtworzenie jest obecnie niemożliwe. W sytuacji gdy nie sposób ponad wszelką wątpliwość ustalić, jakich informacji udzielono podczas rozmów z konsultantką, za wiążące należy przyjąć widomości przekazywane przez touroperatora w drodze pisemnej. […] Zważywszy, że składając swój podpis na umowie o imprezę turystyczną, poświadczyli Państwo, że znają i akceptują jej postanowienia (a więc także treść Ogólnych Warunków Uczestnictwa i ich uzupełnienia), uznać należy, że byli Państwo poinformowani o tym, w jakich okolicznościach z owego ubezpieczenia będą mogli Państwo skorzystać. Uznajemy zatem, że przystępując do umowy z touroperatorem zapoznali się Państwo z treścią Ogólnych Warunków Uczestnictwa oraz ich uzupełnieniem, jak również z warunkami ubezpieczenia podróżnego i mieli Państwo świadomość, jakiego rodzaju ryzyka objęte są ochroną ubezpieczeniową. Okoliczność uniemożliwiająca Państwu udział w wyjeździe jest wyłączona spod odpowiedzialności

ubezpieczyciela, zatem ubezpieczyciel nie mógł rozpatrzeć Państwa wniosku w sposób pozytywny". Ubezpieczyciel w przedmiotowej sprawie powołuje się na fakt, że ubezpieczeni otrzymali od touroperatora komplet dokumentów, w tym warunki ubezpieczenia podróżnego, i oświadczyli, że zapoznali się z warunkami ubezpieczenia i je zaakceptowali.

Jako kolejny przykład przywołać możemy sprawę ubezpieczonego, któremu odmówiono zwrotu kosztów z tytułu rezygnacji z podróży. Do rezygnacji doszło ze względu na pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonego przewlekle chorego, któremu pobyt w szpitalu uniemożliwił wyjazd. U ubezpieczonego zdiagnozowano napadowe migotanie i trzepotanie przedsionków, co ubezpieczyciel uznał za konsekwencje choroby przewlekłej leczonej co najmniej od 2014 r. Kluczowym argumentem ubezpieczyciela w tej sprawie jest fakt, że klient otrzymał warunki ubezpieczenia oraz zaakceptował ich treść, co zdaniem ubezpieczyciela jest równoznaczne z tym, że się z nimi zapoznał. Ubezpieczony twierdzi natomiast, że nie został poinformowany przez konsultanta o możliwości wykupienia rozszerzonego wariantu, co w konsekwencji powoduje utratę przez niego środków przeznaczonych na niewykorzystaną wycieczkę. Ponadto ubezpieczony zauważa, że konsultant, z którym zawierał umowę, widział, że klient jest osobą starszą i prawdopodobieństwo występowania choroby przewlekłej jest wysokie. Mimo to nie poinformował klienta o możliwości dopłaty celem wykupienia szerszego wariantu ubezpieczenia. Klient pisze do nas, że: „Pomoc ubezpieczyciela ograniczyła się do wręczenia pisanej maczkiem broszury z »Warunkami…«, z którą nie sposób zapoznać się w czasie kupowania imprezy. Poważnym zaniedbaniem jest poza tym brak reakcji ze strony pracownika, który znając datę urodzenia (duże prawdopodobieństwo zaostrzeń chorób u osób starszych), słysząc o chorobie i badaniach serca nie zareagował, a przecież musiał znać klauzulę z chorobami przewlekłymi […], która zobowiązuje pracownika do przyjęcia dopłaty, jeśli zaistnieje większe prawdopodobieństwo zachorowania". Klient zarzuca konsultantowi, że ten wprowadził go w błąd. Klient był świadomy swojej choroby przewlekłej, jednak nie wykupił dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, ponieważ nie wiedział o takiej możliwości.

Podobna sytuacja miała miejsce podczas kupowania wczasów przez klientkę, która w trakcie rozmowy poinformowała pracownika biura podróży o tym, iż jej mąż choruje na choroby przewlekłe (cukrzyca, choroba wieńcowa, wysokie ciśnienie krwi), prosząc o adekwatne do sytuacji ubezpieczenie. Po zapoznaniu się z dostępną na rynku ofertą biuro turystyczne, zapewniając, że jest to ubezpieczenie najbardziej odpowiednie, wystawiło

polisę. Odmowa wypłaty świadczenia spowodowana była brakiem ochrony ubezpieczeniowej ze względu na nieposiadanie wariantu rozszerzonego o konsekwencje choroby przewlekłej.

Biorąc pod uwagę powyższe, bardzo ważne jest, by w sytuacji, gdy chorujemy na chorobę przewlekłą, poinformować o tym ubezpieczyciela (biuro podróży), a następnie dokładnie zapoznać się z warunkami ubezpieczenia, które zostanie nam zaproponowane. Już po zawarciu umowy sprawdźmy, czy na dokumentach przekazanych od ubezpieczyciela wariant rozszerzony został wzięty pod uwagę, oraz czy składka, która mamy zapłacić, rzeczywiście jest inna niż przy wariancie podstawowym. Przy wariancie ubezpieczenia rozszerzonym o choroby przewlekłe należna składka najczęściej bywa równa trzykrotności składki podstawowej. Zapewne będzie to kolejny czynnik, dzięki któremu będziemy mogli się zorientować, jakie ubezpieczenie posiadamy. Na marginesie dodam, że najczęstszymi chorobami przewlekłymi są: nowotwory, stwardnienie rozsiane, choroby układu krążenia, choroby wieńcowe, epilepsja, cukrzyca, astma, nadciśnienie, silne alergie, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroba Alzheimera, zespół Parkinsona, osteoporoza, niedoczynność tarczycy, przewlekłe owrzodzenia. Choroba przewlekła najczęściej definiowana jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia jako stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długotrwałym przebiegiem.

Oprócz braku ochrony ubezpieczeniowej ze względu na nasilenie lub powikłania chorób przewlekłych w wersji podstawowej ubezpieczenia możemy spotkać jeszcze inne wyłączenia podyktowane stanem zdrowia ubezpieczonego. Ubezpieczyciel nie zwróci pieniędzy w przypadku istnienia przeciwskazań medycznych do odbycia podróży, wskazań lekarskich do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub poddania się leczeniu w warunkach szpitalnych, o których to ubezpieczony lub współuczestnik podróży wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeśli te przeciwskazania lub wskazania miały wpływ na powstanie wypadku ubezpieczeniowego. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą także wyłączać spod ochrony pogorszenie się stanu zdrowia ze względu na ciążę. Wyłączenie takie zazwyczaj obowiązuje od 32 tygodnia ciąży.

Abstrahując od wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej zależnych od stanu zdrowia, należy wskazać także inne zdarzenia, w wyniku których do planowanego wyjazdu może nie dojść, a jednak nie otrzymamy zwrotu kosztów. Będą to w szczególności: akty terroryzmu, zamieszki, strajki i inne formy akcji protestacyjnych, zdarzenia wywołane działaniem energii atomowej

lub innym promieniowaniem jonizującym, skażeniami promieniotwórczymi i chemicznymi, konfiskatą, zatrzymaniem lub zniszczeniem mienia przez organa celne lub inne władze państwowe, odmowa wjazdu na terytorium danego państwa lub zakaz opuszczania kraju zamieszkania, usiłowanie popełnienia bądź popełnienie przez ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub przestępstwa, niezależnie od stanu poczytalności, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ubezpieczonego, zatrucie się przez ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub innymi środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także spowodowanie wypadku ubezpieczeniowego po ich spożyciu, a także prowadzenie przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień albo po spożyciu alkoholu, użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Piotr Budzianowski
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Postępowanie w przypadku powstania szkody komunikacyjnej likwidowanej z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – wskazówki praktyczne

Powstanie szkody

Zgodnie z przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym i ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz ogólnie przyjętymi normami społecznymi do podstawowych obowiązków osoby uczestniczącej w wypadku należą:

- zapewnienie pomocy medycznej osobom poszkodowanym (pierwsza pomoc, wezwanie karetki pogotowia);
- niezwłoczne zawiadomienie Policji, o ile doszło do wypadku z ofiarami w ludziach lub gdy zachodzi przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo (nie ma obowiązku wzywania Policji w przypadku szkód, w których nie ma osób rannych);
- jeżeli w wypadku są zabici lub ranni, niepodejmowanie czynności utrudniających ustalenie przebiegu wypadku (do których zalicza się np. przestawianie pojazdów);
- podjęcie działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku;
- zapobieżenie, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody;
- zabezpieczenie mienia osób poszkodowanych;
- udzielenie pozostałym uczestnikom zdarzenia informacji pozwalających na personalną identyfikację uczestników wypadku oraz ustalenie przez zakład ubezpieczeń sprawcy szkody.

Udokumentowanie szkody

Bardzo ważne dla przebiegu procedury odszkodowawczej jest staranne zgromadzenie dowodów już na miejscu wypadku. Leży to szczególnie w interesie osoby poszkodowanej.

Dlatego też poszkodowany powinien w szczególności zadbać o spisanie odpowiednio sformułowanego oświadczenia sprawcy szkody. Powinno ono zawierać: dane personalne kierującego pojazdem wraz z danymi z prawa jazdy, a jeśli kierujący nie jest jednocześnie posiadaczem pojazdu, także dane posiadacza, tj. imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, numer dowodu osobistego lub numer PESEL; dane dotyczące pojazdów biorących udział w zdarzeniu (marka i model, numer rejestracyjny); obszerny opis okoliczności zdarzenia, w tym widoczne uszkodzenia pojazdów uczestniczących w wypadku oraz szkic sytuacyjny miejsca zdarzenia. Na pewno warto wykonać zdjęcia (nawet dostępnym w telefonie aparatem fotograficznym) pojazdów bezpośrednio po wypadku, zanim zostaną przemieszczone w inne miejsce. W przypadku gdy osoba, którą wskazujemy jako sprawcę szkody, nie zgadza się z naszym stanowiskiem albo gdy odmawia lub utrudnia nam zebranie niezbędnych dowodów w sprawie wypadku, należy wezwać Policję.

Warto przypomnieć, że obowiązek dostarczenia do zakładu ubezpieczeń dowodów dotyczących wypadku ciąży zarówno na sprawcy szkody (kierujący, posiadacz pojazdu), jak i na osobie zgłaszającej roszczenie odszkodowawcze (poszkodowany).

Zgłoszenie szkody

Obecnie zdecydowana większość zakładów ubezpieczeń, mając na względzie postęp technologiczny oraz wychodząc naprzeciw oczekiwaniom klientów, umożliwia osobom poszkodowanym zgłoszenie szkody komunikacyjnej poprzez infolinie telefoniczne czy formularze dostępne na stronach internetowych ubezpieczycieli. Oczywiście zawsze istnieje możliwość zgłoszenia szkody osobiście w siedzibie, oddziale zakładu ubezpieczeń lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Jednakże należy zauważyć, że jeśli ubezpieczyciel dopuszcza stosowanie nowoczesnych metod komunikacji w zakresie zgłaszania i obsługi szkód (infolinia, e-mail, faks, panele klienta), to powinien zapewnić ich profesjonalną obsługę i funkcjonalność.

Wybór sposobu naprawienia szkody

Zgodnie z art. 363 § 1 k.c., „Naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub

koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu”. Zacytowany przepis wykształcił w praktyce likwidacji szkód komunikacyjnych z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych tzw. metodę naprawienia szkody oraz tzw. kwalifikację szkody – jako częściową lub całkowitą. I tak w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z tzw. szkodą częściową, czyli koszty naprawy nie przekraczają wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, poszkodowany może zdecydować się na jedną z wypracowanych w praktyce metod likwidacji szkody.

Metoda kosztorysowa – Zakład ubezpieczeń wylicza należne odszkodowanie, pozwalające na przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia, i wypłaca poszkodowanemu środki pieniężne na konto, przekazem pocztowym lub w gotówce.

Metoda bezgotówkowa lub fakturowa – Poszkodowany sam wybiera zakład naprawczy, w którym planuje dokonać naprawy (zakłady ubezpieczeń często udostępniają listę zakładów naprawczych, z którymi współpracują). Zakład naprawczy w uzgodnieniu z zakładem ubezpieczeniowym ustalają zakres koniecznych napraw oraz związaną z tym wysokość odszkodowania. Zakład naprawczy dokonuje naprawy i przesyła fakturę za naprawę do zakładu ubezpieczeń celem dokonania płatności. UWAGA! Pamiętajmy, że co do zasady, to poszkodowany jest osobą zlecającą naprawę w zakładzie naprawczym i w sytuacji, kiedy zakład ubezpieczeń nie ureguluje z różnych względów wszystkich należności za dokonaną naprawę, zakład naprawczy może domagać się od zlecającego (poszkodowanego) zapłaty za wykonaną usługę. Wtedy należy podjąć działania mające na celu ustalenie przyczyny takiego stanu rzeczy.

Zupełnie inaczej wygląda wyliczenie należnego odszkodowania w sytuacji kwalifikacji szkody jako tzw. szkody całkowitej. W utrwalonej już linii orzecznictwa sądowego, a także dorobku doktryny i praktyki likwidacji szkód, szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość rynkową pojazdu w dniu likwidacji szkody. W sytuacji, gdy zaistniały przesłanki do zakwalifikowania szkody w pojeździe jako całkowitej, wówczas odszkodowanie wypłacane jest metodą różnicową (dyferencyjną). Metoda ta polega na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie przed uszkodzeniem o wartość pozostałości (wrak pojazdu). W sytuacji prawidłowego wyliczenia przez zakład ubezpieczeń wartości pojazdu przed szkodą oraz wartości pozostałości osoba poszkodowana po otrzymaniu wyliczonego odszkodowania oraz sprzedaży pozostałości

powinna mieć wyrównany swój stan majątkowy, tzn. uzyskane od ubezpieczyciela odszkodowanie wraz z kwotą za sprzedany wrak powinno odpowiadać wartości pojazdu przez szkodą.

Wypłata odszkodowania

Termin wypłaty odszkodowania określony jest w art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, który stanowi, iż zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie. To jest podstawowy termin, w jakim zakład ubezpieczeń powinien wypłacić odszkodowanie. Niestety, czasami zdarzają się wypadki i kolizje, które nie są jednoznaczne w zakresie ustalenia osoby odpowiedzialnej za zdarzenie czy przebiegu wydarzeń. W takich sytuacjach, zgodnie z art. 14 ust. 2 wskazywanej ustawy, gdyby w terminie 30 dni nie było możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania, odszkodowanie powinno być wypłacone 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. Warto zaznaczyć, że bezsporną część świadczenia (czyli uznaną przez ubezpieczyciela do wypłaty) zakład ubezpieczeń jest zobowiązany wypłacić w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody.

W przypadku niemożności zaspokojenia roszczeń poszkodowanego w całości lub w części w terminie 30 dni, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany wskazać na piśmie przyczyny zwłoki, jak również przypuszczalny termin zajęcia ostatecznego stanowiska co do wypłaty odszkodowania. Zgodnie z art. 14 ust. 3a przywołanej ustawy, w przypadku niewypłacenia przez zakład ubezpieczeń odszkodowania w przewidzianych terminach lub niedopełnienia obowiązku powiadomienia poszkodowanego na piśmie o przyczynach zwłoki i przypuszczalnym terminie wypłaty odszkodowania, poszkodowany ma możliwość powiadomienia o tych nieprawidłowościach Komisji Nadzoru Finansowego, która zastosuje wówczas przewidziane prawem środki nadzorcze. W przypadku wystąpienia nieuzasadnionej zwłoki w wypłacie kwoty odszkodowania, poszkodowanemu dodatkowo przysługuje roszczenie o odsetki ustawowe.

Roszczenia poboczne związane ze szkodą

W związku z udziałem pojazdu w kolizji drogowej, oprócz wypłaty odszkodowania obejmującego koszty naprawy uszkodzonego pojazdu, poszkodowanemu mogą przysługiwać dodatkowe roszczenia. Zaznaczając, że katalog takich roszczeń nie jest zamknięty, należy wskazać, że są to m.in.:

Pojazd zastępczy – Jeżeli poszkodowany wskutek czynu niedozwolonego utracił możliwość korzystania z rzeczy (pojazdu), a nie posiada innego, wolnego i nadającego się do wykorzystania pojazdu mechanicznego, wynajmie pojazd zastępczy o zasadniczo podobnej klasie, według stawki czynszu najmu obowiązującej na lokalnym rynku, i będzie korzystał z przedmiotu najmu w okresie naprawy pojazdu mechanicznego lub w okresie niezbędnym do zakupu innego pojazdu, to koszty poniesione z powyższego tytułu będą mogły być kwalifikowane jako wydatki celowe i ekonomicznie uzasadnione. Zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany do zwrotu poniesionych kosztów na najem pojazdu zastępczego.

Utrata wartości handlowej pojazdu – W wyniku kolizji drogowej i przeprowadzonej naprawy może wystąpić sytuacja, że pojazd jako powypadkowy będzie przedstawiał mniejszą wartość na rynku niż przed wypadkiem. Istnieją narzędzia specjalistyczne, wykorzystywane przez rzeczoznawców i biegłych sądowych, do ustalenia wysokości utraty wartości handlowej pojazdu. Jest to *Instrukcja określania rynkowego ubytku wartości pojazdów nr 1/2009 z dnia 12 lutego 2009 r.* przygotowana przez Stowarzyszenie Rzeczoznawców Samochodowych EKSPERTMOT. Co do zasady, podstawą występowania rynkowego ubytku wartości mogą być wyłączenie pierwsze, o charakterze kolizyjnym, uszkodzenia lakierowanych, metalowych elementów nadwozia, a w przypadku samochodu z ramą – uszkodzenia nadwozia lub ramy. Rynkowy ubytek wartości szacujemy dla pojazdów utrzymywanych w dobrym stanie technicznym, o okresie eksploatacji do 6 lat.

Oprócz uszkodzenia pojazdu może dojść do szkody na osobie. Katalog świadczeń przysługujących poszkodowanemu w następstwie szkody osobowej jest szeroki i w zależności od danego stanu faktycznego może obejmować swoim zakresem:

- zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, które jest świadczeniem jednorazowym, pieniężnym i mającym stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego (art. 445 k.c. w związku z art. 444 k.c.);
- zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem, tj. kosztów leczenia i rehabilitacji oraz lepszego odżywiania poszkodowanego, opieki nad poszkodowanym,

transportu poszkodowanego i jego bliskich, adaptacji mieszkania stosownie do potrzeb poszkodowanego, a także przygotowania go do wykonywania nowego zawodu (art. 444 § 1 k.c.);

- rentę uzupełniającą, która ma stanowić wyrównanie różnicy w dochodach osiąganych przez poszkodowanego przed wypadkiem w stosunku do dochodów uzyskiwanych przez niego po wypadku (art. 444 § 2 k.c.);
- jednorazowe odszkodowanie (tzw. kapitalizacja renty), które jest uzasadnione w szczególności, gdy poszkodowany w następstwie wypadku stał się inwalidą, a jednorazowe świadczenie umożliwi mu wykonywanie innego zawodu, czy też rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej, przy czym jeżeli poszkodowany korzysta z tego świadczenia, traci prawo do renty uzupełniającej (art. 447 k.c.);
- rentę na zwiększone potrzeby, polegającą na zapewnieniu poszkodowanemu środków potrzebnych do poprawy stanu zdrowia po wypadku, a związanych z jego leczeniem i rehabilitacją, lepszym odżywianiem oraz sprawowaną nad nim opieką (art. 444 § 2 k.c.).

BLS – Bezpośrednia Likwidacja Szkód

BLS to usługa, która polega na wypłacie odszkodowania lub naprawie zniszczonego w wyniku wypadku samochodu przez towarzystwo ubezpieczeń, od którego poszkodowany kierowca kupił swoje ubezpieczenie OC. Poszkodowany zgłasza szkodę do swojego ubezpieczyciela, a rozliczenie odbywa się pomiędzy towarzystwami ubezpieczeniowymi poszkodowanego i sprawcy. Jednak nie wszystkie towarzystwa ubezpieczeń, które sprzedają ubezpieczenia OC, przystąpiły do tego systemu, zatem nie każdy poszkodowany będzie mógł skorzystać z usługi BLS.

Z usługi BLS można skorzystać o ile:

- w kolizji uczestniczyły tylko 2 pojazdy;
- szkoda nie jest szkodą na osobie uczestnika kolizji, tylko na mieniu;
- poszkodowany dysponuje oświadczeniem sprawcy lub o zdarzeniu została powiadomiona jednostka Policji, która z kolei sporządza dokument i określa sprawcę zdarzenia;
- szkoda wystąpiła na terytorium RP i sprawca posiada ubezpieczenie wykupione w towarzystwie, które wykonuje swoją działalność na terytorium RP;

- osoba występująca z roszczeniem jest właścicielem uszkodzonego pojazdu (pojazd nie może być np. leasingowany);
- wypłata odszkodowania obejmuje swoim zakresem wyłącznie szkody z tytułu: uszkodzenia pojazdu, wynajmu pojazdu zastępczego, holowania, parkowania oraz dodatkowych badań technicznych wymaganych przepisami prawa.

Szkody nieobjęte systemem BLS:

- szkody osobowe;
- szkody powstałe poza Polską oraz w Polsce, jeśli pojazd jest zarejestrowany poza granicami kraju;
- szkody, w których uczestniczyły więcej niż 2 pojazdy;
- szkody majątkowe o wartości powyżej 30 tys. zł;
- szkody z udziałem sprawcy lub poszkodowanego, który zawarł umowę z zakładem ubezpieczeń, a ten nie jest stroną umowy o współpracy w zakresie bezpośredniej likwidacji szkód.

Wyrażamy nadzieję, że to krótkie opracowanie ułatwi osobom poszkodowanym zgłaszanie i dochodzenie roszczeń odszkodowawczych z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Tomasz Młynarski
radca prawny w Biurze Rzecznika Finansowego

Szczególne podstawy odpowiedzialności cywilnej za szkody górnicze i szkody jądrowe

Zgodnie z ogólną regułą przewidzianą w art. 435 k.c. prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności. Zasadę tę stosuje się odpowiednio do przedsiębiorstw lub zakładów wytwarzających środki wybuchowe albo posługujących się takimi środkami. Do przedsiębiorców, którzy nie spełniają wskazanych kryteriów, stosuje się natomiast ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej określone w kodeksie cywilnym. W odniesieniu jednak do niektórych kategorii przedsiębiorstw, prowadzących działalność gospodarczą lub zawodową o określonym profilu, ustanowione zostały odmienne zasady regulujące odpowiedzialność odszkodowawczą za szkody. W niniejszym artykule przedstawione zostaną zasady odpowiedzialności za szkodę wynikające z przepisów prawa górniczego oraz prawa atomowego.

Odpowiedzialność za szkodę spowodowaną ruchem zakładu górniczego

Kwestia odpowiedzialności za szkodę spowodowaną ruchem zakładu górniczego została uregulowana w art. 144–152 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (dalej: p.g.g.). Zakład górniczy w rozumieniu p.g.g. to „wyodrębniony technicznie i organizacyjnie zespół środków służących bezpośrednio do wykonywania działalności regulowanej ustawą w zakresie wydobywania kopalin ze złóż, a w podziemnych zakładach górniczych wydobywających węgiel kamienny wraz z pozostającym w związku technologicznym z wydobyciem kopaliny przygotowaniem wydobytej kopaliny do sprzedaży, podziemnego bezzbiornikowego magazynowania substancji, podziemnego składowania

odpadów albo podziemnego składowania dwutlenku węgla, w tym wyrobiska górnicze, obiekty budowlane, urządzenia oraz instalacje".

Odpowiedzialność cywilna zakładu górniczego kształtuje się w oparciu o odmienne zasady, w zależności od rodzaju szkody. W przypadku szkód w mieniu, wyrządzonych właścicielowi lub osobie, której przysługuje inne niż własność prawo majątkowe, stosuje się kodeks cywilny, o ile p.g.g. nie stanowi inaczej. Natomiast za szkody na osobie, a więc wyrządzone w dobrach o charakterze niematerialnym, przedsiębiorca odpowiada tylko i wyłącznie według zasad określonych w kodeksie cywilnym. Podobnie jest w przypadku szkód w mieniu spowodowanych ruchem zakładu górniczego prowadzonym niezgodnie z przepisami p.g.g.

Odpowiedzialność za szkodę spowodowaną ruchem zakładu górniczego ponosi przedsiębiorca prowadzący ten zakład, ale też każdy inny podmiot prowadzący działalność regulowaną p.g.g., nawet jeżeli nie stosuje się do niego przepisów dotyczących ruchu zakładu górniczego. Jeśli nie można ustalić, kto wyrządził szkodę, odpowiada za nią przedsiębiorca, który w dniu ujawnienia się szkody miał prawo prowadzić w danym obszarze górniczym działalność regulowaną przepisami p.g.g. Jeżeli natomiast nie istnieje przedsiębiorca odpowiedzialny za szkodę ani jego następca prawny, za szkodę odpowiada Skarb Państwa reprezentowany przez właściwy organ nadzoru górniczego. W przypadku gdy szkoda nastąpiła także z innych przyczyn niż ruch zakładu górniczego, odpowiedzialność wskazanych podmiotów oraz innych podmiotów jest solidarna. Taki sam charakter ma również odpowiedzialność przedsiębiorcy oraz podmiotów trudniących się zawodowo wykonywaniem powierzonych im przez tego przedsiębiorcę czynności.

W odniesieniu do sposobu naprawienia szkody p.g.g. przewiduje, że przywrócenie stanu poprzedniego może w szczególności nastąpić przez dostarczenie gruntów, obiektów budowlanych, urządzeń, lokali, wody lub innych dóbr tego samego rodzaju. Obowiązek przywrócenia stanu poprzedniego ciąży na podmiocie odpowiedzialnym za szkodę, jednak poszkodowany może za jego zgodą wykonać ten obowiązek w zamian za zapłatę odpowiedniej kwoty pieniężnej. Poszkodowanemu należy się zwrot tylko takich nakładów na naprawienie szkody, które w okoliczności konkretnej sprawy uznać można za uzasadnione. Według odrębnych natomiast zasad następuje naprawienie szkody w gruntach rolnych oraz leśnych zdegradowanych lub zdewastowanych na skutek ruchu zakładu górniczego.

Roszczenia obejmujące naprawienie szkody spowodowanej ruchem zakładu górniczego przedawniają się z upływem 5 lat od uzyskania przez poszkodowanego wiedzy o szkodzie. Co istotne, sądowe dochodzenie roszczeń jest możliwe dopiero po wyczerpaniu postępowania ugodowego, a więc w sytuacji, gdy przedsiębiorca odmówił zawarcia ugody bądź gdy od skierowania przez poszkodowanego roszczenia upłynęło 30 dni.

W świetle przepisów p.g.g. właściciele oraz pozostałe osoby, którym przysługują prawa majątkowe, nie mogą sprzeciwić się zagrożeniom spowodowanym ruchem zakładu górniczego, jeśli tylko jest on prowadzony zgodnie z ustawą. Mogą oni jedynie żądać naprawienia wyrządzonej tym ruchem szkody. Przewidziane zostało natomiast swego rodzaju postępowanie zabezpieczające, przewidujące możliwość nakazania przez sąd koniecznych czynności mających na celu zapobieżenie szkodzie lub jej dalszym skutkom. Sąd może przy tym nakazać, aby podmiot, do którego jest kierowane roszczenie, wypłacił odpowiednią kwotę pieniężną poszkodowanemu na poczet wykonania koniecznych czynności. Jeżeli natomiast szkoda polega na zaniku wody lub utraty jej przydatności, podmiot, do którego jest kierowane roszczenie, do czasu naprawienia szkody jest obowiązany bezpłatnie dostarczać poszkodowanemu niezbędną ilość wody.

Do spraw o naprawienie szkód wywołanych ruchem zakładu górniczego, w których zdarzenie wywołujące szkodę oraz jej powstanie miały miejsce przed dniem 1 stycznia 2012 r., stosuje się przepisy ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. – Prawo geologiczne i górnicze (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2013 r., sygn. akt III CZP 75/13).

Odpowiedzialność cywilna za szkody jądrowe

Odpowiedzialność cywilna za szkody jądrowe została uregulowana w art. 100–108 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (dalej: pr.atom.). Mianem „szkody jądrowej" określa się szkodę na osobie, szkodę w mieniu oraz szkodę w środowisku jako dobru wspólnym (tzn. koszty zastosowanych środków mających na celu przywrócenie stanu środowiska naturalnego, jako dobra wspólnego, sprzed jego naruszenia, chyba że naruszenie jest nieznaczne) w zakresie, w jakim szkoda powstała lub wynika z promieniowania jonizującego emitowanego przez jakiekolwiek źródło promieniowania wewnątrz urządzenia jądrowego lub emitowanego przez paliwo jądrowe, materiały promieniotwórcze, odpady lub materiał jądrowy. Urządzeniami jądrowymi w rozumieniu pr.atom. są nie tylko reaktor jądrowy (z wyjątkiem reaktora wykorzystywanego w środkach transportu morskiego lub

lotniczego jako źródło mocy bądź napędu, bądź w innym celu), ale też zakład używający paliwa jądrowego do produkcji materiału jądrowego lub zakład przetwarzania materiału jądrowego, a także urządzenie, w którym jest przechowywany lub składowany materiał jądrowy (z wyjątkiem przechowywania związanego z przewozem takiego materiału).

Naprawienie szkody jądrowej co do zasady następuje według przepisów kodeksu cywilnego, przy czym naprawienie szkody jądrowej w środowisku naturalnym polega na zwrocie kosztów środków przywracających stan środowiska naturalnego sprzed jego naruszenia zastosowanych przez upoważnione do tego organy lub na podstawie ich decyzji przez inne podmioty. Zwrotowi podlegają koszty środków zapobiegawczych podjętych po wypadku jądrowym powodującym szkodę jądrową lub poważne i bezpośrednie zagrożenie jej powstaniem, celem zapobieżenia szkodzie lub jej zmniejszenia. Jeżeli zastosowanie środków zapobiegawczych spowodowało szkodę na osobie, w mieniu lub środowisku, szkodę taką traktuje się jak szkodę jądrową.

Podmiot eksploatujący urządzenie jądrowe ponosi wyłączną odpowiedzialność za szkodę jądrową spowodowaną wypadkiem jądrowym w urządzeniu jądrowym lub związaną z tym urządzeniem, chyba że szkoda nastąpiła bezpośrednio wskutek działań wojennych lub konfliktu zbrojnego. W czasie transportu materiałów jądrowych odpowiedzialność ponosi osoba eksploatująca urządzenie jądrowe, z którego ten materiał został wysłany, chyba że umowa z odbiorcą stanowi inaczej. Jeśli jednak poszkodowany, na skutek umyślnego zachowania, przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, sąd może zwolnić całkowicie lub częściowo podmiot eksploatujący z obowiązku naprawienia doznanej przez niego szkody. Odpowiedzialność odszkodowawcza uregulowana w pr.atom. jest zatem bliska odpowiedzialności określanej w literaturze jako absolutna.

Granicą odpowiedzialności za szkodę jądrową jest kwota stanowiąca równowartość w złotych 300 000 000 SDR (specjalnych praw ciągnienia – jednostki rozrachunkowej Międzynarodowego Funduszu Walutowego), co w przybliżeniu odpowiada kwocie 1,6 mld zł. Jeżeli roszczenia z tytułu szkody jądrowej przekraczają tę kwotę, ustanawia się specjalny fundusz ograniczenia odpowiedzialności.

Podmiot eksploatujący ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC za wyrządzoną szkodę jądrową, a w razie transportu materiału jądrowego z urządzenia jądrowego – również umowy ubezpieczenia OC za szkodę jądrową wyrządzoną w czasie transportu. Suma gwarancyjna ubezpieczenia obowiązkowego wynosi równowartość w

złotych 300 000 000 SDR. Niższa kwota, stanowiąca równowartość 400 000 SDR na jedno zdarzenie, obowiązuje w odniesieniu do reaktora badawczego i w przypadku transportu materiału jądrowego pochodzącego z takiego urządzenia, a także dla urządzenia jądrowego, w którym jest przechowywany lub składowany materiał jądrowy pochodzący z reaktora badawczego. Do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia są uprawnione organy dozoru jądrowego. Roszczenie o odszkodowanie z tytułu szkody jądrowej może być dochodzone bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, przy czym może on skorzystać z ograniczenia odpowiedzialności oraz innych środków obrony przysługujących podmiotowi eksploatującemu. W sytuacji gdy wypadek jądrowy oprócz szkody w mieniu lub środowisku wyrządził również szkodę na osobie, 10% sumy gwarancyjnej ubezpieczenia przeznacza się na zabezpieczenie roszczeń z tytułu szkody na osobie. Skarb Państwa gwarantuje wypłatę odszkodowania z tytułu szkody jądrowej do wysokości 300 000 000 SDR w zakresie, w jakim szkoda nie została zaspokojona przez zakład ubezpieczeń.

Co ważne, roszczenie o naprawienie szkody jądrowej na osobie nie przedawnia się. Z kolei roszczenie o naprawienie szkody w mieniu lub w środowisku przedawnia się z upływem 3 lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się lub powinien był się dowiedzieć o szkodzie i osobie odpowiedzialnej, wygasa ono natomiast z upływem 10 lat od dnia wypadku jądrowego. Roszczenie o naprawienie szkody w środowisku przysługuje ministrowi właściwemu do spraw środowiska.

W przypadku gdy szkoda jądrowa powstała w wyniku wypadku jądrowego na terytorium Polski, właściwymi do rozpatrywania pozwów w sprawach odszkodowań są sądy okręgowe. Jeśli zaś szkoda powstała w wyniku wypadku, do którego doszło poza terytorium Polski, właściwość sądów określa Konwencja wiedeńska o odpowiedzialności cywilnej za szkodę jądrową, sporządzona w Wiedniu dnia 21 maja 1963 r.

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

20-21.06.2016 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w konferencji naukowej „Długoterminowe Oszczędzanie", zorganizowanej przez Polską Grupę Emerytalną SGH oraz Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH.

22.06.2016 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w debacie pt. „Żadna chwila nie jest zwykła", zorganizowanej przez Polską Izbę Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych.

28.06.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w szkoleniu dotyczącym nowej roli administratorów bezpieczeństwa informacji w administracji publicznej w świetle krajowych i unijnych przepisów o ochronie danych osobowych, zorganizowanym przez Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

28.06.2016 - Rzecznik Finansowy wziął udział w debacie pt. „Aktualne problemy systemu emerytalnego", zorganizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w związku z realizacją Przeglądu systemu emerytalnego 2016 r. *Bezpieczeństwo dzięki odpowiedzialności.*

01.07.2016 – Rzecznik Finansowy wziął udział w seminarium poświęconym tematyce wpływu starzenia się społeczeństwa na system ubezpieczeń społecznych w Polsce, zorganizowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

07.07.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w spotkaniu z cyklu „Mini debaty konsumenckie" gdzie tematem przewodnim było „Konsument na europejskich drogach – doświadczenia europejskiego rynku samochodowego, wynajem samochodów, car sharing, reguły poruszania się po drogach UE". Spotkanie zorganizowało Europejskie Centrum Konsumenckie.