MONITOR UBEZPIECZENIOWY
NR 67

ISSN 2353-8880

GRUDZIEŃ 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 67

1. Dalsze roszczenia wobec ubezpieczycieli na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 24 § 1 k.c. – nowe trendy w orzecznictwie
2. Prawo właściwe dla wypadków transgranicznych
3. Automatyczne wznowienie umowy ubezpieczenia OC p.p.m.
4. Czy szkoda na osobie może wywołać pokrzywdzenie jej bliskich?
5. Zawarcie ugody w imieniu małoletniego, a zgoda sądu rodzinnego
6. Klient podmiotu rynku finansowego – definicja ustawowa z uwzględnieniem specyfiki rynku ubezpieczeniowego
7. Ubezpieczenia górskich wyjazdów
8. Kalendarium

Aleksander Daszewski
radca prawny, koordynator w Biurze Rzecznika Finansowego

Dalsze roszczenia wobec ubezpieczycieli na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 24 § 1 k.c. – nowe trendy w orzecznictwie

W poprzednich latach jednym z poważniejszych problemów dla praktyki obrotu, a następnie przedmiotem długotrwałych batalii sądowych, była kwestia dopuszczalności dochodzenia zadośćuczynień za śmierć osoby bliskiej, do której doszło przed sierpniem 2008 r., na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 24 k.c. Dyskusję na ten temat zwieńczyły jednoznaczne wytyczne płynące z orzeczeń Sądu Najwyższego, zawarte w kolejnych wyrokach, uchwałach oraz w zamykającym ostatecznie tę sporną kwestię postanowieniu składu siedmiu sędziów SN, gdzie jednoznacznie dopuszczono możliwość dochodzenia na tej podstawie zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej na skutek zdarzeń powstałych przed dniem 3 sierpnia 2008 r.

W ostatnich miesiącach obserwujemy kolejną gorącą dyskusję dotyczącą innej spornej kwestii – dopuszczalności dochodzenia zadośćuczynienia w oparciu o art. 448 k.c. w zw. z art. 24 k.c. w przypadkach doznania przez osobę bliską bardzo poważnych obrażeń ciała lub znacznego rozstroju zdrowia. Praktyka obrotu na rynku ubezpieczeniowym wygląda w ten sposób, że ubezpieczyciele – podobnie jak miało to miejsce w przypadku zadośćuczynień za śmierć osoby najbliższej przed sierpniem 2008 r. – obecnie co do zasady odmawiają wypłaty zadośćuczynień. Najczęściej twierdzą przy tym, iż szkody poniesione przez osoby bliskie, polegające na naruszeniu ich dóbr osobistych, stanowią następstwo naruszenia dóbr osobistych samych poszkodowanych, stąd też nie mieszczą się w zakresie odpowiedzialności cywilnej sprawcy, a tym samym gwarancyjnej ubezpieczyciela. W efekcie spory w kwestii dopuszczalności tego roszczenia coraz częściej przenoszą się na sale sądowe.

Rzecznik Finansowy przygląda się sprawie, a także stara się uczestniczyć w tych dyskusjach. Bazując głównie na aktualnym orzecznictwie, zajmuje on odmienne w stosunku do ubezpieczycieli stanowisko. Wyraża bowiem przekonanie, że ochroną przewidzianą w art. 23 i 24 k.c. objęte są wszelkie dobra osobiste, rozumiane jako pewne wartości niematerialne związane z funkcjonowaniem podmiotów prawa cywilnego, które w życiu społecznym są

uznawane za doniosłe i zasługujące z tego względu na wzmożoną ochronę. Trudno zatem uznać, iż do katalogu dóbr chronionych nie należy szeroko pojmowana więź rodzinna, stanowiąca fundament prawidłowego funkcjonowania rodziny, podlegająca szczególnej, bo konstytucyjnej ochronie prawnej (art. 18 i 71 Konstytucji RP, art. 23 k.r.o.). Rzecznik przyjmuje także za SN, że skoro dobrem osobistym w rozumieniu art. 23 k.c. jest kult pamięci o osobie zmarłej, tym bardziej powinna nim być więź pomiędzy żyjącymi osobami, w szczególności gdy chodzi o więź emocjonalną między najbliższymi członkami rodziny.

Rzecznik, biorąc aktywny udział w toczących się procesach sądowych, prezentuje również pierwsze istotne poglądy w indywidualnych sprawach, gdzie pojawia się zagadnienie prawne dotyczące dopuszczalności ochrony, gdy doszło do naruszenia dobra osobistego w postaci niemożności nawiązania więzi rodzinnej z uwagi na bardzo poważny uszczerbek powstały na skutek błędu medycznego. W sporach tych Rzecznik – opierając się na aktualnym orzecznictwie – wyraża co do zasady stanowisko, iż tego typu dobro w szczególnie uzasadnionych okolicznościami sprawach zasługuje na ochronę prawną. Dokonując na co dzień kwerendy orzecznictwa, Biuro Rzecznika zdiagnozowało bowiem pierwsze stosunkowo czytelne orzeczenia w przypadkach utraty więzi rodzinnej czy – szerzej – utraty normalnych relacji (dobrem osobistym jest różnorodnie określana wieź emocjonalna między członkami rodziny oraz ich prawo do niezmąconej relacji) po stronie najbliższych osób bardzo poważnie poszkodowanych czy wręcz znajdujących się w stanie wegetatywnym. Sądy w tych prekursorskich orzeczeniach – posiłkując się wytycznymi SN – uznają, iż dobrami osobistymi podlegającymi ochronie są m.in.: „prawo do życia rodzinnego i utrzymania tego rodzaju więzi", „szczególna wieź emocjonalna", „więź rodzinna, której zerwanie powoduje ból, cierpienie i rodzi poczucie krzywdy", a także „prawo do niezakłóconego życia rodzinnego, w tym prawo do utrzymywania osobistych kontaktów z poszczególnymi członkami rodziny będących wyrazem więzi rodzinnych", „wyjątkowo silna więź emocjonalna z córką" czy też „prawo do niezmąconych relacji z dzieckiem, rodzicem lub rodzeństwem".

Najnowsze obserwacje potwierdzają, że judykatura zmierza wyraźnie w tym kierunku, iż ochroną z omawianego tytułu mogą być objęte nie tylko śmierć, lecz także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia o znacznym rozmiarze, gdzie również dochodzi do naruszenia więzi rodzinnych pomiędzy bliskimi a poszkodowanym. Sądy powszechne uznają w swoich rozstrzygnięciach, że „prawo do posiadania rodziny, w której członkowie nawiązują silne, trwałe i głębokie relacje emocjonalne, społeczne i gospodarcze, co do zasady nie powinny

być zakłócone, zaś zawiniona negatywna ingerencja w tę sferę stanowi naruszenie tego dobra osobistego". Podnoszą równolegle, że do naruszenia dóbr osobistych dochodzi również w przypadku naruszenia „prawa do niezakłóconego życia w pełnej rodzinie, mimo że więzy rodzinne nie zostały zerwane", a także w sytuacjach „pozbawienia realnej możliwości do budowania, pielęgnowania i kształtowania prawidłowych relacji rodzinnych". Ostatnio w analogicznym do prezentowanego wyżej kierunku najnowszej judykatury wypowiedział się jednoznacznie Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 9 sierpnia 2016 r. (sygn. akt II CSK 719/15), stwierdzając, że nie ma podstaw, aby dokonywać rozróżnienia między zerwaniem więzi rodzinnej wskutek śmierci a niemożnością jej nawiązania z uwagi na poważny uszczerbek na zdrowiu, oraz przesądzając, że w każdym z tych przypadków dochodzi do naruszenia dobra osobistego, tyle że z różną intensywnością. Sygnalizowane orzeczenie SN co do zasady potwierdza prezentowaną przez Rzecznika tezę, że dobra osobiste są szeroko pojętymi wartościami niemajątkowymi, wiążącymi się z osobowością człowieka (katalog otwarty), oraz trafną opinię prof. Maksymiliana Pazdana, że „judykatura i doktryna odkrywają ciągle nowe postaci dóbr osobistych". Przemyślenia SN potwierdzają również, że granice odpowiedzialności na podstawie art. 448 k.c. wciąż się poszerzają i w najbliższej przyszłości możemy się spodziewać zwiększonej liczby skutecznych roszczeń zwłaszcza w przypadkach, gdy doszło do zerwania silnych i trwałych więzi emocjonalnych między członkami rodziny, szczególnie między rodzicami a dziećmi.

Analiza wspomnianego orzeczenia SN, a także dotychczas zapadłych orzeczeń sądów niższej instancji prowadzi zatem do wniosku, iż tego typu roszczenia co do zasady będą uwzględniane przez sądy w coraz szerszym zakresie. Oczywiście chodzi tutaj o przypadki, gdzie mamy do czynienia z bardzo poważnie poszkodowanymi czy wręcz znajdującymi się w stanie wegetatywnym.

Na marginesie warto dodać, że w praktyce orzeczniczej pojawiają się inne ciekawe, a niekorzystne dla ubezpieczycieli wyroki dotyczące naruszenia dóbr osobistych. Przykładem może być choćby sprawa naruszenia miru domowego osoby, która na skutek wypadku, w którym pojazd ciężarowy zniszczył jej dom, utraciła możliwość korzystania z własnego lokum. Wybiegając nieco dalej w przyszłość, można sobie wyobrazić kolejne roszczenia z tego tytułu, jak przykładowo utrata szczególnej więzi z narzeczonym czy też utrata więzi w ramach związku homoseksualnego itp. Konkubinat heteroseksualny – przy założeniu istnienia emocjonalnej i gospodarczej więzi partnerów – korzysta z ochrony, więc można

przypuszczać, że niebawem w ocenie jakiegoś sądu do takiej ochrony na podstawie 448 k.c. uprawniony również będzie konkubinat homoseksualny.

To wszystko jeszcze przed nami, stąd osobiście uważam, że granice odpowiedzialności z art. 448 k.c. wytyczą zarówno przeobrażenia obyczajowe i zmiany kulturowe, jak i (a może przede wszystkim) szeroka wyobraźnia i kreatywność pełnomocników poszukujących kolejnych źródeł potencjalnej odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych. Nie będzie to oczywiście proces nagły, lecz rozłożony na kolejne lata, a może i dziesięciolecia. Już dzisiaj jednak trzeba te trendy starać się diagnozować i dostrzegać, a z perspektywy asekuratorów – obliczać ich ewentualne skutki finansowe. Nie przyjmą one takiej skali jak zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej, do której doszło przed sierpniem 2008 r., na podstawie art. 448 k.c., ale na pewno już teraz warto się z tymi bardzo widocznymi tendencjami liczyć.

Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Prawo właściwe dla wypadków transgranicznych

Transgraniczny wypadek komunikacyjny, do którego doszło na terytorium Unii Europejskiej, w kontekście ustalania prawa właściwego, które znajdzie zastosowanie przy rozpatrywaniu roszczeń poszkodowanego, wymaga sięgnięcia do przepisów zawartych w Konwencji haskiej z dnia 4 maja 1971 r. o prawie właściwym dla wypadków drogowych oraz rozporządzeniu (WE) nr 864/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II).

Zastosowanie regulacji znajdujących się w rozporządzeniu Rzym II oznaczać będzie najczęściej konieczność posłużenia się prawem miejsca zdarzenia lub prawem wspólnego miejsca zamieszkania uczestników wypadku.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, jeżeli rozporządzenie nie stanowi inaczej, prawem właściwym dla zobowiązania pozaumownego wynikającego z czynu niedozwolonego jest prawo państwa, w którym powstaje szkoda, niezależnie od tego, w jakim państwie miało miejsce zdarzenie powodujące szkodę, oraz niezależnie od tego, w jakim państwie lub państwach występują skutki pośrednie tego zdarzenia. Jednakże w przypadku gdy osoba, której przypisuje się odpowiedzialność, oraz poszkodowany mają w chwili powstania szkody miejsce zwykłego pobytu w tym samym państwie, stosuje się prawo tego państwa.

Pewne sytuacje mogą jednak dawać możliwość zastosowania innego sytemu prawa, gdyż art. 4 ust. 3 rozporządzenia przewiduje, że jeżeli ze wszystkich okoliczności sprawy wyraźnie wynika, iż czyn niedozwolony pozostaje w znacznie ściślejszym związku z państwem innym niż państwo wskazane w ust. 1 lub 2, stosuje się prawo tego innego państwa. Znacznie ściślejszy związek z innym państwem może polegać – w szczególności – na istnieniu wcześniejszego stosunku pomiędzy stronami, takiego jak umowa, ściśle związanego z danym czynem niedozwolonym. Chodzi tutaj o system prawny, który w sposób oczywisty jest bliższy zobowiązaniu wynikającemu z czynu niedozwolonego niż system prawny państwa, w którym doszło do wypadku, lub państwa wspólnego miejsca zamieszkania.

Dla poszkodowanego przyjęcie jako prawa właściwego innego prawa niż jego miejsca zamieszkania może oznaczać przyjęcie odmiennych niż w jego kraju – czasami bardziej, a czasami mniej korzystnych – zasad odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym innych terminów przedawnienia roszczeń.

W odniesieniu do wypadków objętych obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dochodzenie roszczeń ułatwiać ma instytucja reprezentanta do spraw roszczeń, który jest reprezentantem zagranicznego ubezpieczyciela w kraju zamieszkania poszkodowanego (por. dyrektywa 2009/103/WE).

Należy również zwrócić uwagę, że w myśl art. 27 rozporządzenia jego obowiązywanie nie uchybia stosowaniu przepisów prawa wspólnotowego, które w odniesieniu do kwestii szczególnych ustanawiają normy kolizyjne odnoszące się do zobowiązań pozaumownych. Innymi słowy, gdy państwo jest stroną międzynarodowej konwencji regulującej problematykę prawa właściwego dla zobowiązań umownych, pierwszeństwo przed stosowaniem rozporządzenia będą miały przepisy tej konwencji. Niektóre państwa członkowskie Unii Europejskiej są stronami Konwencji haskiej o prawie właściwym dla wypadków drogowych z 1971 r. Należą do nich: Austria, Belgia, Republika Czeska, Francja, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Holandia, Polska, Słowacja, Słowenia i Hiszpania.

Przepisy tej Konwencji różnią się od prawa Unii szczególne w sytuacji, gdy podnoszone jest roszczenie o odszkodowanie za szkodę niemajątkową, jako że w tym obszarze prawo państw członkowskich różni od siebie.

Konwencja haska zawiera podobne jak w rozporządzeniu Rzym II ogólne zasady dotyczące określania prawa właściwego – jest to prawo państwa, w którym miał miejsce wypadek drogowy (art. 3 Konwencji). Konwencja jednak przyjmuje odmienne niż rozporządzenie wyjątki od tej generalnej zasady.

Konwencja haska w niektórych przypadkach przewiduje stosowanie prawa kraju rejestracji pojazdu lub pojazdów, które uczestniczyły w wypadku. Jeżeli uczestniczyło w nim wiele pojazdów, prawo państwa rejestracji jest właściwe tylko wówczas, gdy wszystkie pojazdy są zarejestrowane w tym samym państwie.

Zgodnie z art. 4 Konwencji wyjątki te mają zastosowanie w sytuacji:

a) jeżeli w wypadku uczestniczy tylko jeden pojazd, który jest zarejestrowany w państwie innym niż to, w którym nastąpił wypadek, do odpowiedzialności stosuje się prawo wewnętrzne państwa rejestracji:

— wobec kierowcy, posiadacza, właściciela i innej osoby mającej prawo do pojazdu, niezależnie od jej miejsca stałego pobytu,

— wobec ofiary będącej pasażerem, jeżeli jej miejscem stałego pobytu jest państwo inne niż to, w którym nastąpił wypadek,

— wobec ofiary znajdującej się poza pojazdem na miejscu wypadku, jeżeli miała miejsce stałego pobytu w państwie rejestracji. Jeżeli jest wiele ofiar, określa się prawo właściwe oddzielnie dla każdej z nich.

b) jeżeli w wypadku uczestniczy wiele pojazdów, postanowienia litery a) stosuje się tylko wówczas, gdy wszystkie pojazdy są zarejestrowane w tym samym państwie.

c) jeżeli w wypadku uczestniczy wiele osób znajdujących się poza pojazdem lub pojazdami na miejscu wypadku i mogą być one odpowiedzialne, postanowienia liter a) oraz b) stosuje się tylko wówczas, gdy wszystkie te osoby mają miejsca stałego pobytu w państwie rejestracji; to samo stosuje się, jeżeli osoby te są również ofiarami wypadku.

Prawu właściwemu na podstawie art. 3 oraz 4 dla odpowiedzialności wobec pasażera będącego ofiarą podlega odpowiedzialność za uszkodzenie rzeczy przewożonych w pojeździe, należących do pasażera lub powierzonych pasażerowi. Prawu właściwemu na podstawie art. 3 oraz 4 dla odpowiedzialności wobec właściciela pojazdu podlega odpowiedzialność za uszkodzenie rzeczy przewożonych w pojeździe, innych niż rzeczy wymienione w ustępie poprzedzającym. Odpowiedzialność za uszkodzenie rzeczy znajdujących się poza pojazdem lub pojazdami podlega prawu wewnętrznemu państwa, w którym nastąpił wypadek. Jednakże odpowiedzialność za uszkodzenie rzeczy osobistego użytku ofiary znajdującej się poza pojazdem lub pojazdami podlega prawu wewnętrznemu państwa rejestracji, jeżeli prawo to byłoby właściwe do odpowiedzialności wobec ofiary zgodnie z art. 4 (art. 5 Konwencji).

Konwencja haska nie przewiduje prawa wyboru prawa właściwego.

Omawiając problematykę prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych, warto zwrócić uwagę na bardzo istotny dla poszkodowanych wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 10 grudnia 2015 r. w sprawie C-350/14 (Florin Lazar przeciwko Allianz SpA), odnoszący się do wykładni art. 4 ust. 1 rozporządzenia (WE) nr 864/2007 Parlamentu

Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczącego prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II).

Trybunał przeanalizował, czy art. 4 ust. 1 rozporządzenia Rzym II należy – dla celów ustalenia prawa właściwego dla zobowiązania pozaumownego wynikającego z wypadku drogowego – interpretować w ten sposób, że szkody związane ze śmiercią osoby w takim wypadku, który miał miejsce w państwie członkowskim siedziby sądu, i poniesione przez członków rodziny tej osoby mających miejsce pobytu w innym państwie członkowskim, powinny być kwalifikowane jako „szkody" lub „skutki pośrednie" tego wypadku w rozumieniu wspomnianego przepisu.

Trybunał zauważył, że dla celów wskazania prawa właściwego dla zobowiązania pozaumownego wynikającego z czynu niedozwolonego art. 4 ust. 1 rzeczonego rozporządzenia przyjmuje prawo państwa, w którym „szkoda" powstaje, niezależnie od tego, w jakim państwie miało miejsce zdarzenie powodujące szkodę, ani od tego, w jakim państwie lub jakich państwach występują „skutki pośrednie" tego zdarzenia. Szkodą, jaką należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu miejsca, w którym szkoda ta powstaje, jest szkoda bezpośrednia, a wynika to z motywu 16 wspomnianego rozporządzenia.

W odniesieniu do szkody na osobie lub szkody na mieniu prawodawca Unii sprecyzował w motywie 17 rozporządzenia Rzym II, że państwem, w którym powstaje szkoda bezpośrednia, jest państwo, w którym została poniesiona szkoda na osobie lub mieniu.

Wynika stąd, że jeżeli jest możliwe ustalenie wystąpienia szkody bezpośredniej, co zwykle ma miejsce w razie wypadku drogowego, miejsce tej szkody bezpośredniej będzie istotnym łącznikiem dla celów określenia prawa właściwego, niezależnie od pośrednich skutków tego wypadku. W sprawie badanej przez Trybunał szkoda polegała na obrażeniach, które spowodowały śmierć córki F. Lazara, przy czym szkoda ta wystąpiła we Włoszech, natomiast szkody doznane przez jej członków rodziny należy uznać za skutki pośrednie wypadku, którego dotyczy postępowanie główne, w rozumieniu art. 4 ust. 1 rozporządzenia Rzym II.

Wykładnia taka znajduje potwierdzenie w art. 15 lit. f rozporządzenia, który prawu właściwemu powierza kwestię ustalenia osób, które mogą podnosić, że doznały szkody, przy czym przepis ten obejmuje rozpatrywaną w postępowaniu głównym sytuację szkód doznanych przez członków rodziny ofiary.

Jak wyjaśniła Komisja Europejska odnośnie do art. 11 lit. g wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych (Rzym II), który stał się art. 15 lit. f rozporządzenia Rzym II, wskazane prawo określa również osoby uprawnione do odszkodowania za szkody poniesione osobiście. Pojęcie to dotyczy w szczególności kwestii, czy osoba inna niż „bezpośrednia ofiara" może uzyskać naprawienie szkody wyrządzonej jej pośrednio, w następstwie szkody doznanej przez osobę poszkodowaną. Szkoda ta może przybrać postać krzywdy – na przykład w postaci bólu wywołanego śmiercią członka rodziny – lub szkody finansowej, wyrządzonej na przykład dzieciom lub małżonkowi osoby zmarłej.

W świetle tych okoliczności należy w pierwszej kolejności ustalić prawo właściwe dla zdarzenia prawnego, by następnie móc na jego podstawie ustalić osoby, które doznały szkody pociągającej za sobą prawo do odszkodowania.

W następstwie tych rozważań Trybunał stwierdził, że art. 4 ust. 1 rozporządzenia Rzym II należy – dla celów ustalenia prawa właściwego dla zobowiązania pozaumownego wynikającego z wypadku drogowego – interpretować w ten sposób, że szkody lub krzywdy związane ze śmiercią osoby w takim wypadku, który miał miejsce w państwie członkowskim siedziby sądu, i poniesione przez członków rodziny tej osoby mających miejsce pobytu w innym państwie członkowskim, powinny być kwalifikowane jako „skutki pośrednie" tego wypadku w rozumieniu wspomnianego przepisu.

Ponadto jeżeli chodzi o kwestię sądu, przed którym można dochodzić roszczeń od ubezpieczyciela za skutki wypadku komunikacyjnego objętego obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, należy wskazać, że zgodnie z art. 1103^5 § 1 pkt 1 k.p.c. można ich dochodzić przed polskim sądem. Przepis ten przewiduje bowiem, że sprawy ze stosunku ubezpieczenia przeciwko ubezpieczycielowi należą do jurysdykcji krajowej, gdy powód ma miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej. Sprawy, których dotyczy omawiany przepis, to zarówno sprawy z powództwa ubezpieczającego przeciwko ubezpieczycielowi, sprawy z powództwa osoby trzeciej, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, jak i sprawy z powództwa poszkodowanego przeciwko ubezpieczycielowi za szkodę wyrządzoną przez ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (Por. J. Bodio i inni, *Komentarz bieżący do ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U.64.43.296)*, LEX/el. 2011 [komentarz do art. 1103^5, nb 1]).

Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, aplikant radcowski

Automatyczne wznowienie umowy ubezpieczenia OC p.p.m.

1. Umowa ubezpieczenia OC p.p.m.

Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych jest umową obowiązkową. Obowiązek ten wynika z ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych), w której zostały zawarte szczegółowe regulacje dotyczące ubezpieczeń obowiązkowych. Zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego nie mogą odmówić zawarcia takiej polisy.

Umowę ubezpieczenia zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zawiera się na okres 12 miesięcy. Przy czym, co istotne, okres, o którym mowa, kończy się z upływem dnia poprzedzającego początkowy dzień okresu ubezpieczenia. W wyjątkowych sytuacjach – opisanych w art. 27 – umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych można zawrzeć na czas krótszy niż 12 miesięcy. W szczególności umowę ubezpieczenia krótkoterminowego można zawrzeć, jeżeli pojazd mechanicznych jest:

- zarejestrowany czasowo – przy czym na czas nie krótszy niż okres rejestracji określony w decyzji starosty właściwego ze względu na miejsce zamieszkania właściciela pojazdu mechanicznego;
- zarejestrowany za granicą, jeżeli państwem członkowskim umiejscowienia ryzyka jest Rzeczpospolita Polska (pojazd ma być zarejestrowany w kraju, zaś został nabyty w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej);
- pojazdem wolnobieżnym;
- pojazdem historycznym.

Umowę ubezpieczenia krótkoterminowego na czas nie krótszy niż 30 dni, w odniesieniu do pojazdów mechanicznych zarejestrowanych na stałe, może zawrzeć również podmiot prowadzący działalność gospodarczą polegającą na pośredniczeniu w kupnie i

sprzedaży pojazdów mechanicznych lub polegającą na kupnie i sprzedaży pojazdów mechanicznych, w zakresie pojazdów przeznaczonych do kupna lub sprzedaży.

W sytuacji niedopełnienia obowiązku ubezpieczenia posiadacza pojazdu może czekać konieczność zapłacenia kary (**specjalnej opłaty**) nałożonej przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, której wysokość określa ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych. Dodatkowo, jeżeli ruchem nieubezpieczonego pojazdu wyrządzona zostanie szkoda (majątkowa, osobowa), posiadacz, który nie dopełnił obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC p.p.m., będzie zobowiązany do pokrycia kwot wypłaconych odszkodowań z własnych środków pieniężnych w ramach tzw. **regresu**. Niejednokrotnie, zwłaszcza w przypadku poważnych szkód osobowych, kwoty te mogą sięgać nawet setek tysięcy złotych. A zatem konsekwencje niedopełnienia przez posiadacza pojazdu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC p.p.m. mogą być bardzo poważne. Nieubezpieczonego posiadacza mogą spotkać bowiem zarówno sankcje o charakterze administracyjno-prawnym, jak i cywilnoprawnym.

Obecnie wysokość opłaty za brak ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wynosi:

- samochody osobowe – równowartość dwukrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (3700 zł);
- samochody ciężarowe, ciągniki samochodowe i autobusy – równowartość trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (5500 zł);
- pozostałe pojazdy – równowartość jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę (620 zł).

Wszyscy posiadacze pojazdów mechanicznych powinni wiedzieć, iż mają obowiązek posiadać polisę ubezpieczenia OC. Chroni ona ubezpieczonego posiadacza samochodu w sytuacji, kiedy w związku z poruszaniem się samochodem albo innym pojazdem wyrządzi innej osobie szkodę i jest zobowiązany do jej naprawienia. Innymi słowy, ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zapewnia ochronę majątku sprawcy szkody oraz rekompensatę szkód poniesionych przez osoby poszkodowane ruchem pojazdu. Zgodnie bowiem z treścią art. 34 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała,

rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia. Zawarcie i opłacenie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych powoduje, że świadczenie poszkodowanemu wypłaca ubezpieczyciel, a nie sprawca szkody. W ten sposób chroniona jest zarówno osoba poszkodowana, jak i interes posiadacza polisy.

2. Automatyczne wznowienie umowy

Zgodnie z treścią art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, **jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy**. Tak więc w sytuacji, kiedy ubezpieczony posiadacz nie złoży wypowiedzenia najpóźniej na jeden dzień przed końcem umowy, ulega ona automatycznemu wznowieniu na okres kolejnych 12 miesięcy u tego samego ubezpieczyciela. Przy czym warunkiem dodatkowym aby nastąpiło automatyczne wznowienie takiej umowy jest to, aby składka za mijający okres 12 miesięcy została zapłacona w całości (art. 28 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W prawie cywilnym, aby doszło do zawarcia jakiejkolwiek umowy, potrzebna jest zgodna wola obu stron. W przypadku umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ustawodawca wprowadził pewnego rodzaju fikcję prawną, według której zgodna wola stron została zastąpiona automatycznym zawarciem kolejnej umowy ubezpieczenia. To ubezpieczony posiadacz pojazdu mechanicznego, który chciałby zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń, musi podjąć inicjatywę – czyli złożyć wypowiedzenie najpóźniej na jeden dzień przed końcem trwania okresu ubezpieczenia. W przeciwnym wypadku umowa samoczynnie wznowi się na okres kolejnych 12 miesięcy.

Przykład: W dniu 15 grudnia 2015 r. została zawarta umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Umowa została zawarta na 12 miesięcy, czyli do dnia 14 grudnia 2016 r. Ubezpieczony posiadacz opłacił w całości składkę za ten okres i złożył wypowiedzenie, ale dopiero w dniu 19 grudnia 2016 r., a więc 6 dni po upływie terminu na skuteczne złożenie wypowiedzenia. Powyższe oznacza, że umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ulegnie automatycznemu wznowieniu na kolejny okres 12 miesięcy, czyli od dnia 15 grudnia 2016 r. do dnia 14 grudnia 2017 r.

Opisany mechanizm, określany też mianem **klauzuli prolongacyjnej** w umowie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, polega na samoczynnym, automatycznym zawarciu kolejnej umowy ubezpieczenia przez strony, które związane już były umową ubezpieczenia OC. Celem wprowadzenia klauzul prolongacyjnych do umów ubezpieczeń obowiązkowych było zwiększenie prawdopodobieństwa nieprzerwanego trwania ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z kolejnych umów, oraz zapewnienie jak największej powszechności ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów. Zadaniem zatem klauzuli prolongacyjnej jest zapewnienie ochrony tym posiadaczom pojazdów mechanicznych, którzy nie kontrolowali terminów zakończenia trwania ochrony ubezpieczeniowej. Tematykę klauzuli prolongacyjnej bliżej omawia opracowanie dostępne na stronie internetowej Rzecznika Finansowego, zatytułowane: Co to takiego „automatyczne zawarcie kolejnej umowy" czy też „klauzula prolongacyjna" w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych?

3. Wypowiedzenie umowy OC p.p.m.

Aby wypowiedzenie było skuteczne, musi zostać złożone najpóźniej na jeden dzień przed upływem okresu, na który umowa ubezpieczenia była zawarta. Wypowiedzenie można i warto złożyć z odpowiednim wyprzedzeniem. W sytuacji kiedy ostatni dzień terminu na złożenie wypowiedzenia przypada w dzień wolny od pracy, czyli w niedzielę lub też inny dzień uznany za dzień wolny od pracy na mocy przepisów ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy, wówczas złożenie wypowiedzenia następnego dnia będzie również uznawane za skuteczne. Zgodnie bowiem z treścią art. 115 k.c. jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, termin ten upływa dnia następnego, przy czym należy zaznaczyć, że sobota nie jest dniem ustawowo wolnym od pracy.

Wypowiedzenie **powinno zostać złożone na piśmie**. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych złożone w innej formie niż pisemna (np. w formie e-maila nieopatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym, faksu, skanu, itp.) nie powoduje automatycznie, iż takie wypowiedzenie jest nieskuteczne. Forma pisemna przewidziana w art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie jest zastrzeżona pod rygorem nieważności (art. 73 k.c.), lecz dla celów dowodowych. W związku z powyższym

wypowiedzenie złożone poprzez np. wysłanie faksu może być również skuteczne, pod warunkiem iż w przypadku kwestionowania przez ubezpieczyciela prawdziwości złożonego oświadczenia, posiadacz pojazdu będzie w stanie udowodnić, że to on w celu wypowiedzenia umowy wysłał wypowiedzenie faksem i że dotarło ono do ubezpieczyciela w terminie, tj. nie później niż co najmniej na jeden dzień przed upływem okresu, na który umowa ubezpieczenia była zawarta.

Ponadto zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w przypadku nadania oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia obowiązkowego przesyłką listową, za chwilę jego złożenia (datę wpływu do zakładu ubezpieczeń) uważa się datę nadania oświadczenia w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe. Dlatego też oświadczenie o wypowiedzeniu umowy można wysłać ubezpieczycielowi najpóźniej na jeden dzień przed upływem okresu, na który umowa została zawarta. Dla celów dowodowych należy uczynić to listem poleconym lub listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, zachowując potwierdzenie nadania przesyłki. Oświadczenie można oczywiście złożyć również osobiście w oddziale (pamiętając, by zachować dowód złożenia pisma).

Ponadto na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku. W związku z powyższym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia OC p.p.m. może zostać złożone u agenta ubezpieczeniowego, przy czym należy zadbać o dowód złożenia takiego wypowiedzenia, tj. potwierdzenie przez agenta na kopii wypowiedzenia, że zostało ono złożone.

4. Podwójne ubezpieczenie

Podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych występuje wówczas, kiedy posiadacz pojazdu objęty jest ochroną ubezpieczeniową na podstawie dwóch (lub więcej) umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w tym samym czasie. Jak była o tym mowa, celem klauzuli prolongacyjnej (automatycznego wznawiania umowy ubezpieczenia w przypadku braku wypowiedzenia) jest zapewnienie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej posiadaczowi

pojazdu, tak aby zminimalizować ryzyko wyrządzenia szkody innej osobie przy braku ochrony ubezpieczeniowej. Zdarzają się jednakże takie sytuacje, kiedy ubezpieczony posiadacz nie wypowiadając umowy ubezpieczenia w jednym zakładzie ubezpieczeń, zawrze umowę ubezpieczenia u innego ubezpieczyciela. W konsekwencji osoba taka w tym samym czasie będzie objęta dwoma umowami ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartymi w innych zakładach ubezpieczeń, które będą mogły z kolei żądać – każdy z osobna – zapłaty składki za okres świadczonej ochrony. Oczywiście taka sytuacja jest nieopłacalna ekonomicznie dla posiadacza i niepożądana dla całego systemu obowiązkowych umów ubezpieczenia.

W przypadku zaistnienia takiej sytuacji istnieje możliwość skorzystania z rozwiązania zawartego w art. 28a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Mianowicie zgodnie z tym przepisem, jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego jest w tym samym czasie ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i przynajmniej jedna z umów zawarta została automatycznie, to tak zawartą umowę można rozwiązać w drodze pisemnej w każdym czasie. Aby móc rozwiązać umowę ubezpieczenia zawartą w trybie art. 28 (tj. zawartą automatycznie), wystarczy, że okresy ubezpieczenia obu umów ubezpieczenia OC przynajmniej częściowo będą się pokrywać. Na stronie internetowej Rzecznika Finansowego znajduje się wzór takiego wypowiedzenia, w zakładce Wzory pism.

W sytuacji kiedy doszłoby do zawarcia dwóch lub więcej umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w tym samym zakładzie ubezpieczeń na dokładnie ten sam okres, to zgodnie z treścią art. 28 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych wówczas temu zakładowi ubezpieczeń należy się składka ubezpieczeniowa z tytułu jednej umowy ubezpieczenia.

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

Czy szkoda na osobie może wywołać pokrzywdzenie jej bliskich?

Z dniem 3 sierpnia 2008 r. katalog roszczeń odszkodowawczych z tytułu śmierci poszkodowanego spowodowanej przez sprawcę poszerzył się o kolejne świadczenie przedstawione w art. 446 § 4 k.c.: „Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę". Nie jest to *novum* w polskim prawie odszkodowawczym, bowiem zgodnie z art. 166 kodeksu zobowiązań z dnia 27 października 1933 r. (Dz. U. Nr 82, poz. 598): „W razie śmierci poszkodowanego wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego lub instytucji, przez nich wskazanej, stosowną sumę pieniężną, jako zadośćuczynienie za doznaną przez nich krzywdę moralną". Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93), która zastąpiła kodeks zobowiązań z 1933 r., wyeliminowała to świadczenie, uznając iż jest sprzeczne z zasadami współżycia w Państwie Ludowym i ograniczając w art. 446 § 1–3 k.c. listę potencjalnych roszczeń osób bliskich zmarłego do następujących świadczeń: pokrycie kosztów leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł; renta dla będących na utrzymaniu zmarłego; stosowne odszkodowanie dla najbliższych członków rodziny zmarłego, jeśli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

Przywrócenie instytucji zadośćuczynienia dla pośrednio poszkodowanych śmiercią osoby bliskiej spowodowanej czynem niedozwolonym oznaczało nową jakość w postępowaniach odszkodowawczych prowadzonych z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Konsekwencją tej zmiany była potrzeba ustalenia odpowiedzi na pytanie, czy analogiczne prawo do naprawienia krzywdy przysługuje również członkom rodziny zmarłego, jeśli wypadek miał miejsce przed 3 sierpnia 2008 r. Orzecznictwo sądowe różniło się w tej kwestii, odmiennie przyjmując wykładnię art. 448 w związku z art. 23 i 24 § 1 k.c., dlatego Rzecznik Ubezpieczonych w styczniu 2014 r. zwrócił się z zapytaniem do Sadu Najwyższego: „Czy osobie najbliższej przysługuje z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

posiadaczy pojazdów mechanicznych zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę wynikającą z naruszenia jej dobra osobistego w postaci szczególnej więzi emocjonalnej ze zmarłym, nawet gdy śmierć nastąpiła przed dniem 3 sierpnia 2008 r.?". Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały, uzasadniając to brakiem rozbieżności orzecznictwa w stosowaniu prawa w zakresie podnoszonym w pytaniu. Jednocześnie w uzasadnieniu wskazał, iż w analizowanych przez SN sprawach konsekwentnie przyjmowano, że o zadośćuczynienie może występować każda osoba, której dobro osobiste zostało naruszone poprzez śmierć najbliższej osoby.

Dodatkowo znaczenie tej zmiany w postępowaniach odszkodowawczych zostało wzmocnione przez wydłużenie terminu przedawnienia się roszczeń o naprawienie szkody, wprowadzone art. 442^1 k.c. obowiązującym od dnia 10 sierpnia 2007 r. Wątpliwości co do obowiązku stosowania art. 442^1 k.c. w sprawach roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono, występowały w praktyce Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów uchwałą z dnia 29 października 2013 r. (sygn. akt III CZP 50/13), podjętą z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych, usunął występujący problem, orzekając, iż: „Roszczenie pokrzywdzonego o naprawienie szkody wynikłej ze zbrodni lub występku, wyrządzonej w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, których tożsamości nie ustalono (art. 98 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 109a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, jedn. tekst Dz. U. z 2013 r. poz. 392 ze zm.) przedawnia się na podstawie art. 442^1 § 2 k.c.".

Niewątpliwie nie są to jedyne problemy i wątpliwości, które pojawiły się w związku z przełożeniem na praktykę odszkodowawczą wskazań art. 446 § 4 oraz art. 448 k.c. Mam tu na uwadze zgłaszane pytania sygnalizujące potrzebę zarówno zakreślenia kręgu osób uprawnionych do tego świadczenia, jak i zasad ustalania jego wysokości. Odpowiedzi po części niesie kształtujące się orzecznictwo sądowe. Ponadto zdaniem Polskiej Izby Ubezpieczeń istnieje pilna potrzeba wypracowania standardów zapewniających przewidywalność w wypłatach świadczeń osobowych stosowanych w postępowaniach odszkodowawczych. By tak się stało, musi dojść do uzgodnień w obrębie szeroko

rozumianego środowiska ubezpieczeniowego, co pozwoli zapewnić godziwe zaspokajanie roszczeń uprawnionych przy jednoczesnej ich przewidywalności, pozwalającej ubezpieczycielom prowadzić bezpieczną, bo dającą się zaplanować, działalność ubezpieczeniową. Zdaniem Rzecznika Finansowego próby standaryzacji świadczeń ze szkód osobowych nie mogą pominąć instytucji niezawisłości sędziowskiej, a także w sposób nieuprawniony ograniczać wysokości tych świadczeń. Najmocniej skłania się on do opinii, iż założenia standaryzacji świadczeń za szkody na osobie – i to zarówno dla bezpośrednio, jak i pośrednio poszkodowanych – winny skupić się przede wszystkim na adekwatnych ustaleniach dotyczących minimalnych kwot tych świadczeń, uwzględniających dynamikę zmian opartą o bieżące orzecznictwo sądowe.

Prawo każdej osoby do ochrony dóbr osobistych, a w przypadku ich naruszenia do żądania od sprawcy pieniężnej rekompensaty, jak widać toruje sobie coraz śmielej drogę w praktyce postępowań odszkodowawczych. Jest to znak czasu, wynikający zarówno z coraz szerszego postrzegania odpowiedzialności odszkodowawczej, jak i zmian obyczajowych zachodzących w społeczeństwie, którym wychodzi naprzeciw otwarta lista dóbr osobistych określonych w art. 23 k.c. Widocznym tego dowodem są kierowane do Rzecznika coraz liczniej prośby osób pośrednio poszkodowanych o pomoc w uzyskaniu świadczenia rekompensującego ich krzywdę, którą jest naruszenie ich dobra osobistego w postaci braku utrzymania na dotychczasowym poziomie więzi rodzinnej, co w ich ocenie stanowi naruszenie dóbr osobistych korzystających z ochrony na podstawie art. 448 k.c. w związku z art. 24 § 1 k.c. Przykładem tego typu sporu jest aktualnie prowadzone przez Rzecznika postępowanie w sprawie o zapłatę zadośćuczynienia dla żony, w związku z naruszeniem jej dóbr osobistych, jakim są prawo do utrzymywania normalnej więzi emocjonalnej z mężem oraz prawo do kontynuowania życia rodzinnego w dotychczasowym trybie. Mąż wnioskodawczyni uległ wypadkowi w gospodarstwie rolnym syna, skutkiem czego doznał trwałych i rozległych uszkodzeń ciała, w tym częściowego porażenia czterokończynowego. Poszkodowany wymaga stałej opieki osób trzecich, w tym przypadku żony, która skarży się, iż degradacja stanu zdrowia męża wprowadziła w jej życie szereg ograniczeń, zubożając życie rodzinne oraz kontakty towarzyskie z otoczeniem. Wnioskodawczyni nadmienia również, iż na naruszenie więzi z mężem mają wpływ niekorzystne zmiany w jego osobowości, bowiem ma on świadomość, iż stał się ciężarem dla żony. Niestety, ubezpieczyciel sprawcy szkody, wezwany do wypłaty zadośćuczynienia za krzywdę w ramach odpowiedzialności cywilnej z

tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, odmówił spełnienia roszczenia, stwierdzając, iż: „szkoda poniesiona przez osobę bliską, polegającą na naruszeniu jej dobra osobistego stanowi następstwo naruszenia dobra osobistego samego poszkodowanego”. Ubezpieczyciel ostatecznie ustalił, że: „zgłoszone roszczenie jako szkoda pośrednia nie pociąga za sobą obowiązku jej naprawienia”. Rzecznik co do zasady nie zgadza się z tym stanowiskiem, dlatego zaoferował pośrednio poszkodowanej pomoc poprzez poddanie sporu pozasądowemu postępowaniu prowadzonemu przed Rzecznikiem Finansowym, a w razie jego niepowodzenia skorzystanie z drogi sądowej wraz z możliwością przedstawienia przez Rzecznika sądowi oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy. Podstawą twierdzeń Rzecznika jest aktualnie kształtująca się linia judykatury, która takie jak omawiany wyżej przypadek coraz częściej obejmuje ochroną. Szarzej o przykładach tej linii orzeczniczej pisze w swoim artykule mec. Aleksander Daszewski.

Mateusz Kościelniak
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego, radca prawny

Zawarcie ugody w imieniu małoletniego, a zgoda sądu rodzinnego

Wstęp

Zawarcie ugody w toku postępowania likwidacyjnego na etapie przedsądowym lub ugody sądowej już podczas toczącego się procesu sądowego jest jedną z form zakończenia sporu odszkodowawczego toczącego się między poszkodowanym a sprawcą szkody lub jego ubezpieczycielem. Częstokroć jest to również sposób, aby zaoszczędzić osobie poszkodowanej dodatkowych komplikacji, niewygody i czasu związanego z prowadzeniem długotrwałego i skomplikowanego sporu sądowego.

Rzecznik Finansowy zauważył jednak pewną niepokojącą tendencję w przypadku działalności tzw. kancelarii odszkodowawczych, polegającą na dążeniu do jak najszybszego rozstrzygnięcia sporu w postaci zawarcia ugody z ubezpieczycielem. Niejednokrotnie później okazuje się, że ugoda taka została zawarta z pokrzywdzeniem osoby poszkodowanej, bowiem doszło do obniżki wysokości świadczeń należnych poszkodowanemu. Rodzi to potem niezadowolenie osoby poszkodowanej i potrzebę ochrony jej praw przy zaangażowaniu profesjonalnych pełnomocników bądź organów państwa.

W toku prowadzonej likwidacji szkody również same osoby poszkodowane, które działają bez większego rozeznania i z pewną dozą nieświadomości prawnej wywołanej stresem i szokiem powypadkowym, zawierają za namową osób działających na zlecenie ubezpieczyciela ugody, które w konsekwencji powodują ich rażące pokrzywdzenie. Takie ugody częstokroć bowiem nie obejmują wszelkich roszczeń należnych osobie poszkodowanej lub też świadczenia należne tej osobie są w treści ugody zaniżone. W podobnych sytuacjach mogą znaleźć się również rodzice bądź opiekunowie małoletnich, stający przed koniecznością zawarcia ugody z ubezpieczycielem po to, aby zakończyć uciążliwy dla nich proces likwidacji szkody i otrzymać świadczenia pieniężne.

Często zdarza się, że opiekun lub rodzic małoletniego nie ma wiedzy o konsekwencji zawarcia ugody oraz nie zastanawia się nad tym, że w przyszłości może okazać się konieczne dochodzenie dalszych roszczeń, ponieważ jest skoncentrowany na leczeniu bądź rehabilitacji

swojego podopiecznego, który często jest w złym stanie zdrowotnym i psychicznym, a także wymaga natychmiastowej opieki. W takiej sytuacji rodzic lub przedstawiciel nie mają świadomości, że zawarta ugoda może mieć niebezpieczne konsekwencje i być krzywdząca. Takie przypadki mogą stać się polem do popisu dla przedstawicieli kancelarii odszkodowawczych lub przedstawicieli ubezpieczycieli, którzy dążą do jak najszybszego zawarcia ugody.

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie tematyki związanej z zawarciem ugody na rzecz małoletniego przez jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna bez zgody sądu opiekuńczego w trybie art. 101 § 3 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej: k.r.i.o.) oraz z sankcją zawarcia takiej ugody, jaką jest jej nieważność.

Charakter ugody

Stosownie do treści art. 917 kodeksu cywilnego (dalej: k.c.) przez ugodę strony czynią wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Jak wskazuje się w doktrynie (E. Gniewek, P. Machnikowski, *Kodeks cywilny. Komentarz*, C. H. Beck, Warszawa 2013, s. 1505), ugoda może być zawarta wówczas, gdy powstanie spór lub przynajmniej zrodzą się wątpliwości między stronami w zakresie już istniejącego stosunku prawnego. Ugoda zaliczana jest do kategorii umów ustalających oraz mających na celu nadanie stosunkowi prawnemu cech pewności i bezsporności. Zasadniczą jednak cechą ugody jest czynienie przez strony wzajemnych ustępstw, co przedkłada się – w przeważającej części ugód zawieranych w toku postępowania likwidacyjnego w sprawach odszkodowawczych – na zrzeczenie się dochodzenia dalszych roszczeń odszkodowawczych przez osoby poszkodowane. Słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 lutego 2006 r. (sygn. akt IV CK 393/05, LEX nr 180811), że o kwalifikacji czynności prawnej jako ugody „nie decydują ustępstwa, jakie strony czynią sobie wzajemnie w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego, odniesione do rzeczywistej, obiektywnie ustalonej treści tego stosunku, lecz ustępstwa, jakie strony czynią sobie wzajemnie w porównaniu do rozumienia przez każdą z nich treści stosunku prawnego i przekonania o rodzaju oraz wielkości roszczeń z niego wynikających”.

Skutkiem zawarcia ugody w sprawie odszkodowawczej jest zatem uchylenie niepewności co do wysokości roszczeń przysługujących osobie poszkodowanej (np. spornej

wysokości zadośćuczynienia czy kosztów leczenia). Równocześnie osoba poszkodowana czyni ustępstwo w postaci zrzeczenia się dochodzenia dalszych roszczeń od ubezpieczyciela. W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy bądź opiekun podejmuje decyzję o zawarciu ugody bez zgody sądu opiekuńczego, działając w imieniu małoletniego, niejako za niego podejmuje decyzję o zrzeczeniu się dochodzenia dalszych roszczeń i przyjęciu kwoty uzgodnionej w drodze ugody proponowanej przez zakład ubezpieczeń. Niewątpliwie – co zostanie wykazane w dalszej części artykułu – czynność taka jest czynnością przekraczającą zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka i wymaga zgody sądu rodzinnego. Brak takiej zgody rodzi poważne konsekwencje prawne.

Skutek braku zgody sądu rodzinnego

Stosownie do treści art. 101 § 3 k.r.i.o. rodzice nie mogą bez zezwolenia sądu opiekuńczego dokonywać czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu ani wyrażać zgody na dokonywanie takich czynności przez dziecko.

Co do spraw przekraczających zakres zwykłego zarządu nie budzi wątpliwości, iż zawarcie przez rodzica w imieniu małoletniego ugody w sprawie odszkodowania z tytułu wypadku komunikacyjnego jest czynnością przekraczającą zakres zwykłego zarządu i rodzi konieczność uzyskania zgody w trybie powyższej normy art. 101 § 3 k.r.i.o. Już bowiem w wyroku z dnia 5 marca 1962 r. (sygn. akt IV CR 578/61, OSNCP 1963, z. 6, poz. 127) Sąd Najwyższy stwierdził, że zawarcie ugody w sprawie wykraczającej poza bieżącą administrację, np. co do należnego dziecku poważniejszego odszkodowania, jest czynnością przekraczającą zakres zwykłego zarządu. Warto również zwrócić uwagę na wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 maja 2015 r. (sygn. akt V ACa 26/15), gdzie stwierdzono, że czynności dyspozycyjne podejmowane przez rodziców w imieniu małoletniego dziecka, takie jak zawarcie ugody, o ile nie mają charakteru wyłącznie przysparzającego, a zatem mogą zagrażać majątkowym interesom dziecka, należą do kategorii czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu w rozumieniu art. 103 § 3 k.r.i.o. Zrzeczenie się roszczeń odszkodowawczych w imieniu małoletnich dzieci wobec osoby zobowiązanej do wynagrodzenia szkody należy do kategorii czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka i jego dokonanie bez zezwolenia sądu opiekuńczego prowadzi do nieważności czynności. Tożsame stanowisko zostało potwierdzone w orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24 września 2014 r. (sygn. akt I ACa 425/14, LEX nr 14544878).

W tezie orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24 września 2014 r. wskazano również na doniosły prawnie skutek zawarcia ugody w imieniu małoletniego bez zgody sądu rodzinnego. Skutkiem tym jest nieważność czynności prawnej. Kwestię tę również rozstrzygnął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 24 czerwca 1961 r. (sygn. akt I CO 16/61, OSNCP 1963, nr 9, poz. 187), gdzie stwierdził, że czynność prawna dotycząca majątku małoletniego dokonana bez zezwolenia władzy opiekuńczej jest nieważna. Nie do przyjęcia jest natomiast pogląd wyrażony w orzeczeniu SN z dnia 2 listopada 1957r. (sygn. akt I CR 1177/57, OSN 1958, z. 2, poz. 60), że zezwolenie sądu opiekuńczego może zastąpić ocena sądu orzekającego w sprawie majątkowej.

Stosownie do treści art. 58 § 1 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzą odpowiednie przepisy ustawy. Dlatego też należy uznać, że zawarta na drodze postępowania likwidacyjnego ugoda przez rodzica w imieniu małoletniego dziecka bez zgody sądu rodzinnego jest czynnością nieważną w świetle art. 58 § 1 k.c., a świadczenie odszkodowawcze wypłacone w ramach ugody należy potraktować jako kwotę bezsporną odszkodowania. Natomiast sam skutek w postaci zrzeczenia się dochodzenia dalszych roszczeń odszkodowawczych jest nieważny. Czynność taka nie może być konwalidowana. Zawarcie ugody bez zezwolenia sądu rodzinnego w trybie art. 101 § 3 k.r.i.o. nie wyłącza możliwości dochodzenia dalszej, spornej kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia należnego od sprawcy lub jego ubezpieczyciela.

Zgoda sądu rodzinnego – aspekty procesowe

Materialną podstawą prawną wniosku o wyrażenie zgody na dokonanie czynności przekraczającej zwykły zarząd majątkiem dziecka jest przepis art. 101 § 3 k.r.i.o. Wszczęcie postępowania w sprawie o udzielenie zgody na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka w praktyce następuje na podstawie wniosku rodzica lub obojga rodziców. Wniosek taki powinien spełniać wymogi formalne pisma procesowego, określone w art. 126 kodeksu postępowania cywilnego (dalej: k.p.c.). We wniosku należy określić rodzaj czynności, na którą ma być udzielona zgoda. Sąd, wyrażając zgodę, oczywiście powinien kierować się dobrem dziecka oraz jak najpełniejszym zabezpieczeniem jego interesów majątkowych i osobistych.

Postępowanie w sprawie o udzielenie zgody w trybie art. 101 § 3 k.r.i.o. jest postępowaniem nieprocesowym, prowadzonym przez sąd rodzinny właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej. Stosownie do treści art. 583 k.p.c. zezwolenia na dokonanie przez rodziców czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka lub na wyrażenie przez rodziców zgody na dokonanie takiej czynności przez dziecko sąd opiekuńczy udziela na wniosek jednego z rodziców po wysłuchaniu drugiego. Postanowienie sądu opiekuńczego w tym przedmiocie staje się skuteczne dopiero z chwilą uprawomocnienia się i nie może być zmienione ani uchylone, jeżeli na podstawie zezwolenia powstały skutki prawne względem osób trzecich.

A zatem z szeroko pojętej ostrożności procesowej warto występować do sądu rodzinnego o wyrażenie zgody na dokonanie czynności w trybie art. 101 § 3 k.r.i.o. Takie działanie pozwoli uniknąć negatywnych skutków związanych z nieważnością ugody oraz pozwoli w pełni zabezpieczyć interesy prawne wszystkich uczestników obrotu. Powyższe powinno mieć zastosowanie zarówno do ugód zawieranych przed sądem w toku prowadzonego postępowania, jak również do ugód zawieranych na etapie przedsądowym, np. w toku prowadzonego postępowania likwidacyjnego.

Tomasz Młynarski
radca prawny w Biurze Rzecznika Finansowego

Klient podmiotu rynku finansowego – definicja ustawowa z uwzględnieniem specyfiki rynku ubezpieczeniowego

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (dalej: ustawa), która weszła w życie w dniu 11 października 2015 r., wprowadziła do polskiego prawa nowe określenie: „klient podmiotu rynku finansowego". Pojęcie to jest kluczowe dla prawidłowego rozumienia przepisów ustawy, jako że określa ona zasady rozpatrywania reklamacji składanych przez klientów podmiotów rynku finansowego oraz zasady działania Rzecznika Finansowego (art. 1), przy czym do jego zadań należy podejmowanie działań w zakresie ochrony klientów podmiotów rynku finansowego, których interesy reprezentuje (art. 17 ust. 1).

Definicja klienta

Określenie „klient podmiotu rynku finansowego" zostało zdefiniowane w art. 2 pkt 1 ustawy, w świetle którego oznacza ono:

- będącego osobą fizyczną ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia;
- osobę fizyczną dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
- członka funduszu emerytalnego lub osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, uczestnika pracowniczego programu emerytalnego lub osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych, oszczędzającego lub osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, osobę otrzymującą

emeryturę kapitałową w rozumieniu ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych;

- będącego osobą fizyczną klienta banku, członka spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, klienta instytucji płatniczej, klienta biura usług płatniczych, klienta instytucji pieniądza elektronicznego, klienta oddziału zagranicznej instytucji pieniądza elektronicznego, klienta instytucji kredytowej, klienta instytucji finansowej, uczestnika funduszu inwestycyjnego, inwestora alternatywnej spółki inwestycyjnej, klienta firmy inwestycyjnej i klienta instytucji pożyczkowej.

Jak widać z definicji przyjętej przez ustawodawcę, kategoria klientów podmiotów rynku finansowego obejmuje tylko i wyłącznie osoby fizyczne. Klientami w rozumieniu ustawy nie są zatem osoby prawne ani też jednostki organizacyjne – bez względu na to, czy posiadają zdolność prawną. Statusu klienta podmiotu rynku finansowego nie mogą w związku z tym posiadać m.in. Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, organy administracji publicznej i obsługujące je urzędy, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, jednostki wojskowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, kościoły i związki wyznaniowe oraz ich osoby prawne i inne jednostki, przedsiębiorstwa państwowe i komunalne, spółki handlowe, spółdzielnie, agencje, fundacje, stowarzyszenia czy wspólnoty mieszkaniowe.

Ponieważ może to wywoływać wątpliwości, warto wyjaśnić, że spółka cywilna, o której mowa w art. 860 k.c., nie jest jednostką organizacyjną, lecz skodyfikowaną umową – stosunkiem zobowiązaniowym łączącym wspólników. Tym samym stroną zawieranych umów, jak i podmiotem wszelkich innych praw i obowiązków o charakterze cywilnym są wszyscy wspólnicy spółki, a nie ona sama, jako że w ogóle nie jest ona podmiotem prawa cywilnego. W konsekwencji spółka cywilna nie może być nigdy uznana za klienta podmiotu rynku finansowego, w przeciwieństwie do jej wspólników, o ile oczywiście są nimi osoby fizyczne, a nie jednostki organizacyjne (co również jest dopuszczalne w świetle prawa).

Klient a konsument

Co niezwykle istotne, ustawa nie wymaga posiadania przez osobę fizyczną jakichś generalnych cech, od których uzależniona byłaby możliwość uznania jej za klienta podmiotu rynku finansowego. Określenie to może zatem oznaczać potencjalnie każdą osobę fizyczną

niezależnie od tego, czy prowadzi ona działalność gospodarczą i czy w relacji do podmiotu rynku finansowego działa w charakterze konsumenta (w rozumieniu art. 22^1 k.c.).

O takim zakresie podmiotowym przepisów regulujących rozpatrywanie reklamacji przez podmioty rynku finansowego oraz działalność Rzecznika Finansowego zadecydowała przede wszystkim specyfika usług ubezpieczeniowych, gdyż wobec zakładu ubezpieczeń mogą działać również osoby niebędące stroną umowy ubezpieczenia (co odnosi się w szczególności do ubezpieczeń zawieranych na cudzy rachunek, ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń na życie). Istotną rolę odegrała też wola polityczna, aby objąć ochroną także rolników, którzy z zasady przymiotu konsumenta nie posiadają. W uzasadnieniu do projektu poprawki do art. 2 projektu ustawy (dokument niepubl.) wskazano: „Zakres działania ustawy powinien obejmować tych, którzy co do zasady mają zdecydowanie słabszą pozycję w stosunkach z podmiotami rynku finansowego. W przypadku stosunków ubezpieczeniowych posłużenie się jedynie pojęciem »konsumenta« w odniesieniu do klientów pozostawiłoby wiele osób bez możliwości skorzystania z ochrony i uprawnień nadawanych niniejszą ustawą. Obecnie funkcjonujący Rzecznik Ubezpieczonych chroni wszystkich ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, bez wyjątku. Stosunek ubezpieczenia zalicza się do skomplikowanych konstrukcji prawnych. Obok stron umowy: ubezpieczającego i ubezpieczyciela, występują tutaj jeszcze inne podmioty, takie jak ubezpieczony czy uprawniony z umowy ubezpieczenia; w przypadku umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej występuje poszkodowany, czyli osoba trzecia posiadająca uprawnienie do bezpośredniego zgłaszania roszczeń do ubezpieczyciela, związanych ze szkodą wyrządzoną przez ubezpieczonego. Mając zatem na względzie dotychczasowe doświadczenia należy podkreślić, że pomocy wyspecjalizowanej instytucji Rzecznika potrzebują nie tylko konsumenci w wąskim rozumieniu Kodeksu cywilnego, lecz również poszkodowani, dochodzący roszczeń w ramach umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, rolnicy oraz przedsiębiorcy prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą”.

Klient zakładu ubezpieczeń

Stosownie do art. 2 pkt 3 lit. f ustawy podmiotami rynku finansowego są krajowy zakład ubezpieczeń, zagraniczny zakład ubezpieczeń, główny oddział i oddział w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Klientami podmiotu rynku finansowego są zaś – jak już wskazano – m.in. osoby fizyczne będące ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia. Wyjaśnić w związku z tym należy, że ubezpieczający to strona umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczycielem (art. 805 § 1 k.c.), ubezpieczony to osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia (art. 808 k.c.), uposażony to osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej (art. 831 k.c.), zaś uprawniony to osoba trzecia, wobec której ubezpieczający albo ubezpieczony ponoszą odpowiedzialność za wyrządzoną jej szkodę, zaś ubezpieczyciel zobowiązał się przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkodę (art. 822 k.c.) – innymi słowy uprawnionym jest poszkodowany, a więc osoba, która doznała uszczerbku w swoich prawnie chronionych dobrach.

W razie zawarcia przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia z osobą fizyczną prowadząca działalność gospodarczą umowy przelewu wierzytelności w postaci odszkodowania należnego od ubezpieczyciela (np. z tytułu najmu pojazdu zastępczego w związku z uszkodzeniem w wypadku drogowym pojazdu należącego do poszkodowanego) dotychczasowy wierzyciel (cedent) przenosi należną od zakładu ubezpieczeń wierzytelność ze swojego majątku do majątku osoby trzeciej (cesjonariusza), przy czym wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę wszelkie związane z nią prawa (art. 509 k.c.). Nabycie wierzytelności przez cesjonariusza nie oznacza jednak, że staje się on tym samym klientem podmiotu rynku finansowego w rozumieniu ustawy, tym jest bowiem wyłącznie ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony – cesjonariusz nie staje się w takiej sytuacji stroną umowy ubezpieczenia, osobą na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia, osobą wskazaną jako uprawniona do sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego ani też osobą, której ubezpieczający lub ubezpieczony wyrządzili szkodę. Skierowanie przez cesjonariusza wystąpienia do zakładu ubezpieczeń zawierającego zastrzeżenia względem niego nie stanowi zatem reklamacji, co z kolei nie pozwala na stosowanie przepisów ustawy do takich przypadków.

Należy podkreślić, że celem ustawodawcy, wyrażonym w uzasadnieniu projektu ustawy, było podwyższenie poziomu ochrony osób korzystających z usług finansowych – poprzez jednoznaczne ustawowe przesądzenie trybu i terminów rozpatrywania przez podmioty rynku finansowego składanych przez ich klientów reklamacji w ramach procedur

skargowych, a także powołanie instytucji Rzecznika Finansowego, którego celem będzie działanie na rzecz ochrony klientów podmiotów rynku finansowego. Jak podkreślono w uzasadnieniu projektu, na podmioty rynku finansowego nałożone zostają określone obowiązki w zakresie rozpatrywania reklamacji, a dodatkowo zostaje powołana instytucja działająca na rzecz klientów instytucji finansowych, mogąca podejmować działania w sprawach indywidualnych, w efekcie czego powinno dojść do zniwelowania asymetrii pomiędzy pozycją podmiotu profesjonalnego a jego klienta, w szczególności gdy ma on status konsumenta. Dlatego też Rzecznik Finansowy przyjął w swojej działalności praktykę polegającą na niepodejmowaniu się badania spraw związanych z dochodzeniem przez profesjonalne podmioty gospodarcze roszczeń będących przedmiotem obrotu wierzytelnościami w ramach umów zawieranych z klientami podmiotów rynku finansowego.

Klientem podmiotu rynku finansowego w rozumieniu art. 2 pkt 1 lit. a ustawy nie jest również osoba trzecia, od której zakład ubezpieczeń żąda zapłaty z tytułu regresu ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 828 k.c. Przepis ten przewiduje, że z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego (ubezpieczonego) przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. W tym wypadku ubezpieczyciel dochodzi w oparciu o normę rangi ustawowej spełnienia roszczenia od osoby trzeciej, a zatem osoby spoza stosunku prawnego wynikającego z umowy ubezpieczenia. W ramach tzw. regresu typowego dłużnik (regresant) nie jest więc ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym ani uprawnionym.

Za klienta zakładu ubezpieczeń może natomiast zostać uznana osoba, od której zakład ubezpieczeń żąda zapłaty tzw. regresu nietypowego. Instytucja ta występuje w niektórych ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, a jej istota polega na tym, że na podstawie szczególnego przepisu prawa lub postanowienia umownego ubezpieczyciel ma prawo domagać się zwrotu wypłaconego przez siebie odszkodowania od ubezpieczonego lub ubezpieczającego. Tytułem przykładu wskazać można na przewidziane w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych uprawnienie zakładu ubezpieczeń do dochodzenia w określonych przypadkach zwrotu odszkodowania wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (od kierującego pojazdem mechanicznym – art. 43), a także z tytułu ubezpieczenia OC rolników (od sprawcy szkody – art. 58).

Klient UFG i PBUK

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny oraz Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych są wprawdzie podmiotami rynku finansowego, wymienionymi wprost w art. 2 pkt 3 lit. i ustawy, jednak zgodnie z jej art. 2 pkt 1 lit. b status klientów tych podmiotów posiadają wyłącznie te osoby fizyczne, które dochodzą od nich roszczeń na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W odniesieniu do Funduszu oznacza to osobę dochodzącą roszczeń dotyczących szkody wyrządzonej przez nieubezpieczonego lub nieznanego sprawcę (art. 98). Natomiast osoba, na którą Fundusz nałożył opłatę za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia, a także sprawca szkody lub osoba, która nie dopełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, od których Fundusz dochodzi zwrotu spełnionego świadczenia i poniesionych kosztów, nie są klientami w rozumieniu ustawy, co wyłącza możliwość jej zastosowania zarówno w odniesieniu do rozpatrywania reklamacji, jak i podejmowania działań przez Rzecznika Finansowego.

Z kolei w odniesieniu do Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych miano klienta przysługuje tylko osobom dochodzącym roszczeń dotyczących szkód będących następstwem wypadków, które miały miejsce na terytorium:

- Polski i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego;
- Polski i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i zaspokajaniu roszczeń, pod warunkiem istnienia ważnej Zielonej Karty wystawionej przez zagraniczne biuro narodowe;
- państw, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i likwidacji szkód, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Polski, a sprawca posiadał Zieloną Kartę wystawioną przez członka Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji;

- państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Polski, a sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z członkiem Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji (art. 123).

Urszula Borowiecka
starszy specjalista w Biurze Rzecznika Finansowego

Ubezpieczenia górskich wyjazdów

Wyjeżdżając w góry, warto zabezpieczyć się przed ewentualnymi niepożądanymi skutkami podróży. Ubezpieczenie winno być dopasowane do indywidualnych potrzeb – w zależności od celu wyjazdu, tak aby w razie konieczności można było z niego skorzystać. Najczęściej w góry udajemy się, aby pojeździć na nartach bądź snowboardzie. Co zatem należy brać pod uwagę, wybierając ubezpieczenie mające ochronić nas w razie nieprzyjemnego zdarzenia na stoku?

Przede wszystkim warto się zorientować, czy rodzaj uprawianego przez nas narciarstwa (snowboardingu) zaliczany jest do sportów rekreacyjnych. Zależnie od sposobu jazdy można bowiem wyróżnić jazdę rekreacyjną, jazdę o podwyższonym ryzyku oraz jazdę ekstremalną. Jazda rekreacyjna, jak sama nazwa wskazuje, ma polegać na wypoczynku, ma się odbywać na wyznaczonych trasach i w konkretnych godzinach. Podwyższone ryzyko występuje wtedy, gdy nasze umiejętności pozostawiają wiele do życzenia i stanowimy zagrożenie dla innych osób przebywających na stoku. Ekstremalne uprawianie sportu polega na tym, że zjeżdżamy z utartych szlaków w poszukiwaniu wrażeń, co związane jest z podwyższonym ryzykiem powstania szkody na osobie.

W zależności od ubezpieczyciela definicje typów sportu mogą się nieznacznie różnić, ważne jest jednak, abyśmy dobrali opcję zgodną z naszymi zamiarami i stylem jazdy. Jeżeli wybierzemy niewłaściwie, może to skutkować nawet całkowitą odmową zwrotu kosztów świadczenia odszkodowawczego z tytułu zawartej umowy.

Trzeba też wziąć pod uwagę, że w zależności od kraju istnieje zróżnicowanie, jeśli chodzi o koszty usług medycznych czy ratownictwa górskiego. Za usługi, których koszt w Polsce pokrywa NFZ, czyli takie, które nie obciążają bezpośrednio naszej kieszeni, w innym kraju trzeba będzie zapłacić. Przykładowo, koszty akcji ratowniczej w Polsce zostaną zrefundowane, na Słowacji już niekoniecznie. U naszych południowych sąsiadów akcja taka jest w całości płatna, a jej koszt może wynosić nawet kilkanaście tysięcy euro. Również w Alpach natkniemy się na znaczące różnice. We Francji czy w Niemczech prawdopodobnie za

ratunek nie zapłacimy nic, natomiast w Alpach austriackich czy włoskich (w zależności od regionu) musimy liczyć się z wydatkami. Koszty leczenia w zagranicznych placówkach także mogą się znacznie różnić. Nawet jeżeli jesteśmy w posiadaniu karty EKUZ (Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego) nie oznacza to, że wszystkie koszty leczenia poniesione za granicą zostaną uregulowane. Dajmy na to w Szwajcarii będziemy zmuszeni pokryć 50% kosztów transportu do szpitala, we Francji najczęściej będzie to 80% kosztów leczenia.

Koszty, które nie są refundowane przez zagraniczny system, niestety zmuszeni będziemy ponieść sami, bo nie ma możliwości, by zostały one rozliczone z NFZ-etem. Nie ma co liczyć na zwrot kosztów transportu medycznego do kraju czy kosztów badań specjalistycznych. Jak wiadomo, powyższe usługi nie należą do najtańszych, więc zdecydowanie warto wykupić polisę, która zagwarantuje nam zwrot ich kosztów. Ubezpieczenia turystyczne zazwyczaj oferowane są w pakiecie, który oprócz ubezpieczenia kosztów leczenia obejmuje także ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. Dzięki takiej polisie wypłacone zostanie jednorazowo świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu.

W pakiecie możemy wykupić dodatkowo ubezpieczenie sprzętu na wypadek uszkodzenia podczas jazdy albo kradzieży. Nie zapominajmy przy tym o dokumentach potwierdzających okoliczności takiego zdarzenia, bo to na ich podstawie koszty zostaną nam zwrócone. Co ciekawe, raczej nie możemy liczyć na zwrot kosztów z tytułu uszkodzonych albo skradzionych kijków narciarskich, bo w większości proponowanych na rynku ubezpieczeń kijki takie nie są traktowane jako sprzęt narciarski.

Ze względu na to, że raczej nie zdarza się, abyśmy mieli okazję szusować w samotności, musimy uwzględnić możliwość zajścia zdarzeń z udziałem osób trzecich. Gdy przez nas stanie się komuś krzywda, będziemy zobowiązani do pokrycia wszelkich poniesionych przez poszkodowanego kosztów. Mogą być one nieznaczne, jak w przypadku uszkodzenia ekwipunku narciarza, musimy jednak liczyć się z tym, że osoba taka znajdzie się w szpitalu i niezbędne będą transport do kraju albo późniejsza rehabilitacja, co znacznie zwiększy koszty zdarzenia. Przed takimi wydatkami uchroni nas ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym. Taka polisa będzie pomocna również w sytuacji, gdy poszkodowany będzie życzył sobie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Warto wybrać opcję ubezpieczenia, które ma najwyższą sumę gwarancyjną, czyli taką, do

jakiej ubezpieczyciel odpowiada w razie zdarzenia. Na rynku dostępne są polisy z sumą gwarancyjną opiewającą nawet na 100 tysięcy euro.

Kluczową kwestią, na jaką musimy zwrócić uwagę, wybierając ubezpieczenie narciarskie, jest także suma ubezpieczenia, czyli granica kosztów, do jakich świadczenie może być wypłacone. Jeżeli wydatki poniesione na skutek szkody przekroczą sumę ubezpieczenia, ubezpieczyciel nie musi nam ich zwracać, bo jego odpowiedzialność kończy się wraz z tą granicą. W zależności od wariantu ubezpieczenia suma ubezpieczenia może się różnić. Im szerszy wariant, tym wyższa suma ubezpieczenia i proporcjonalnie większa składka. Nie warto skupiać się w tym przypadku na jak najniższej cenie, tylko wybrać polisę zgodną z naszym realnym zapotrzebowaniem. Suma ubezpieczenia powinna oscylować w granicach 20–30 tysięcy euro, aczkolwiek może być wyższa. Koszt takiego ubezpieczenia to około 100 zł na 7 dni.

Można pomyśleć także o ochronie ubezpieczeniowej w zakresie *assistance*. Ma ona na celu zapewnienie pomocy w sytuacjach, które są dla nas niewygodne, np. pomoc tłumacza, gdy nie znamy języka kraju, w którym przebywamy.

Jeżeli w góry wybieramy się na zagraniczny wyjazd zorganizowany przez biuro podróży, musimy wiedzieć, że mimo obowiązku posiadania przez touroperatora ubezpieczenia kosztów leczenia i NNW na rzecz swoich klientów, zakres ochrony takiego ubezpieczenia jest niewielki i warto rozważyć jego rozszerzenie lub ewentualnie wykupienie dodatkowego ubezpieczenia na własną rękę. Biura podróży, w celu redukcji kosztów, zazwyczaj kupują najtańsze dostępne na rynku produkty.

Pamiętajmy ponadto, aby zapoznać się z tzw. wyłączeniami ochrony ubezpieczeniowej, czyli sytuacjami, w których ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu zawartej przez nas umowy. W niemal każdej umowie mamy do czynienia z brakiem odpowiedzialności towarzystwa ubezpieczeniowego za zdarzenie, które miało miejsce po spożyciu alkoholu. Nie musimy przy tym osiągnąć stanu „wskazującego na spożycie", liczy się nawet jedno piwo wypite podczas przerwy na stoku. Na to wyłączenie warto zwrócić szczególną uwagę, bo na stokach alkohol dostępny jest w każdej restauracji na trasie, co wydaje się być naturalne i zupełnie nieszkodliwe. Regulacje prawne dotyczące dopuszczalnej ilości alkoholu we krwi podczas jazdy na nartach w poszczególnych krajach nie mają żadnego wpływu na stanowisko, jakie zajmie ubezpieczyciel. Oprócz tego

wyłączenia spotkamy się jeszcze z wieloma innymi, szczegółowo opisanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Tak więc, wyjeżdżając na narty najbezpieczniej wykupić pakiet ubezpieczeniowy zawierający ubezpieczenie kosztów leczenia (za granicą), ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, ubezpieczenie gwarantujące zwrot kosztów z tytułu uszkodzenia bądź utraty sprzętu sportowego. Nie można zapominać o karcie EKUZ, która możemy wyrobić w każdym wojewódzkim oddziale NFZ. Do wniosku o kartę EKUZ konieczne jest dołączenie dokumentu potwierdzającego aktualność ubezpieczenia zdrowotnego (np. ZUS RMUA, dowód wpłaty składek). Karta EKUZ gwarantuje podstawową opiekę w krajach europejskich w takim zakresie, w jakim mogą skorzystać z niej obywatele danego państwa.

Ponadto wykupując ubezpieczenie, należy wybrać taką sumę ubezpieczenia, która będzie stanowiła wystarczające zabezpieczenie w kraju, do którego się udajemy.

04.10.2016 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w II Kongresie Pośrednictwa Finansowego, zorganizowanym przez Konferencję Przedsiębiorstw Finansowych.

13.10.2016 – W Warszawie odbyła się konferencja pt.: „Wyzwania ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce". Rzecznik Finansowy we współpracy z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej, Wydziałem Zarządzania Politechniki Warszawskiej, Stowarzyszeniem ProMotor, Izbą Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Ubezpieczeniowym Funduszem Gwarancyjnym przeprowadzili ekspercką debatę, która jednocześnie stała się płaszczyzną wymiany wiedzy, obserwacji i doświadczeń odnośnie bieżących i przyszłych uwarunkowań rynkowych, potencjalnych zmian otoczenia regulacyjnego oraz nowych możliwości technologicznych służących zrównoważonemu rozwojowi ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce.

14.10.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w IV Międzynarodowej Konferencji AIDA pt. „System zarządzania w zakładzie ubezpieczeń i compliance w ubezpieczeniach. Prawo i praktyka w świetle dyrektywy Solvency II”, zorganizowanej przez Polski Oddział AIDA.

27.10.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w spotkaniu z cyklu „Mini debaty konsumenckie” pt. „E-commerce na miarę Europy – sytuacja konsumenta i przedsiębiorcy”, zorganizowanym przez Europejskie Centrum Konsumenckie.

27-28.10.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział oraz wygłosił referat na VIII Kongresie Bancassurance, zorganizowanym przez Związek Banków Polskich.

28.10.2016 - Przedstawiciele Biura Rzecznika Finansowego wzięli udział w konferencji naukowej poświęconej wybranym zagadnieniom ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej rok po jej uchwaleniu. Konferencję zorganizowała Polska Izba Ubezpieczeń oraz Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

07.11.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w seminarium naukowym „Problemy implementacji IDD – jaki wpływ na polski rynek ubezpieczeniowy", zorganizowane na SGH Warszawa.

15.11.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w spotkaniu poświęconemu problemom likwidacji szkód komunikacyjnych według uregulowań belgijskiego rynku ubezpieczeniowego, zorganizowanym przez Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

15.11.2016 – Rzecznik Finansowy opublikował Raport dotyczący ubezpieczenia sprzętu elektronicznego. W raporcie eksperci Rzecznika krytycznie oceniają sposób sprzedaży takich ubezpieczeń i ich konstrukcję.

16.11.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w konferencji naukowej „Obszar polski europejskiego rynku ubezpieczeń A.D. 2016. Rynki finansowo-ubezpieczeniowe na tle kryzysów gospodarczo-społecznych", zorganizowanej przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Wydział Nauk Ekonomicznych SGGW Warszawa.

23-24.11.2016 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w IX Kongresie Bankowości Detalicznej, zorganizowanym przez Gdańską Akademię Bankową wspólnie z PKO Bankiem Polskim.

24-25.11.2016 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział w XIII edycji Kongresu Finansowania Nieruchomości Mieszkaniowych pod hasłem „Narodowy Program Mieszkaniowy – szansa i wyzwanie dla rynku", organizowanym przez Związek Banków Polskich.

29.11.2016 – Rzecznik Finansowy wziął udział w konferencji „Co dalej z systemem emerytalnym?" zorganizowanej przez OPZZ.

1-2.12.2016 - Przedstawiciel Biura Rzecznika Finansowego wziął udział oraz wygłosił wykład na V Kongresie Prawa Medycznego, zorganizowanego przez Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego.