

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 46
WRZESIEŃ 2011

Nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – co udało się zmienić Rzecznikowi Ubezpieczonych na korzyść konsumentów

W dniu 19 sierpnia 2011 r. Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw.

Prace nad tą ustawą trwały stosunkowo długo, bowiem Grupa Robocza ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych Rady Rozwoju Rynku Finansowego przy Ministrze Finansów rozpoczęła prace nad obszerną nowelizacją ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych jeszcze w 2007 r.

Przepisy zawarte w niedawno uchwalonej ustawie zawierają szereg przepisów mających na celu poprawę sytuacji ubezpieczających, ubezpieczonych oraz poszkodowanych, a także regulacji porządkujących wiele spornych na tle obecnie obowiązującej ustawy kwestii. Rzecznik Ubezpieczonych od początku prac nad ustawą zabiegał o wprowadzenie w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK¹ zmian legislacyjnych, które pozwoliłyby na wyeliminowanie bardzo dotkliwego finansowo, przede wszystkim dla wielu posiadaczy pojazdów mechanicznych, problemu podwójnego ubezpieczenia obowiązkowego. Statystyki Rzecznika Ubezpieczonych za ostatnie półrocze wskazują, iż problem ten pojawia się w ok. 8% ogółu skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych oraz w ok. 9% rozmów telefonicznych odbywanych przez jego ekspertów. Drugą ważną dla Rzecznika Ubezpieczonych kwestią była zmiana zasad zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz ubezpieczenia OC rolników i ubezpieczenia budynków rolniczych. W tym przypadku Rzecznik również odbierał wiele zapytań dotyczących powodów, dla których w przypadku tych ubezpieczeń, będących ubezpieczeniami obligacyjnymi, obowiązują bardzo niekorzystne zasady zwrotu składki.

W trakcie całego procesu prac nad ustawą Rzecznik Ubezpieczonych zgłaszał liczne uwagi i propozycje dotyczące brzmienia nowych przepisów. Obecnie, gdy nowelizacja ustawy została już uchwalona z satysfakcją można odnotować, iż zdecydowana większość postulatów Rzecznika została w niej uwzględniona. Należy w tym miejscu podkreślić, iż jest w tym zasługa wielu osób, które intensywnie pracowały nad tą ustawą. Wśród tych osób na pewno należy wymienić gospodarzy tej ustawy, czyli przedstawicieli Ministerstwa Finansów, którzy zawsze z uwagą analizowali często skrajnie różne stanowiska instytucji biorących udział w procesie legislacyjnym, starając się znaleźć kompromisowe rozwiązania. Ogromne wsparcie dla propozycji Rzecznika oraz pomoc w ich przygotowaniu Rzecznik uzyskał ze strony Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz wybitnego przedstawiciela nauki w osobie dr. Marcina Orlickiego z Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Wreszcie wypada wspomnieć o zaangażowaniu członków sejmowych Komisji Finansów Publicznych oraz Podkomisji stałej do spraw instytucji finansowych, dzięki którym na etapie prac sejmowych udało się wprowadzić ważne dla konsumentów nowe uregulowania prawne.

Wśród nowych regulacji, które wejdą w życie 11 lutego 2012 r. znajduje się kilka, na których kształt istotny wpływ miał Rzecznik Ubezpieczonych.

W kolejności należy tutaj wymienić następujące przepisy:

1) Pierwszym z nich jest dodawany przepis art. 8a, który ma w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych stworzyć mechanizm zapobiegający zatajaniu przed ubezpieczycielem przez ubezpieczającego znanych mu okoliczności mających wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. Przepis ten będzie miał następujące brzmienie:

„1. Jeżeli ubezpieczający nie podał zakładowi ubezpieczeń znanych sobie okoliczności, o które zakład ubezpieczeń zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia obowiązkowego i które pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, zakład ubezpieczeń ma prawo żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem zwiększenia prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego wskutek okoliczności niepodanych do jego wiadomości.

2. W razie zawarcia przez zakład ubezpieczeń umowy ubezpieczenia obowiązkowego mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne”.

Trzeba zauważyć, że przepis ten w wersji pierwotnej projektu przewidywał, iż zmiana wysokości składki ubezpieczeniowej po zawarciu umowy ubezpieczenia obowiązkowego mogłaby nastąpić w przypadku wadliwego podania



Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

Aktualności

08.06.2011 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięły udział oraz przedstawiły prezentację na konferencji naukowej pt. „Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego A.D. 2011” zorganizowanej przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Akademię Leona Koźmińskiego i Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka.

14.06.2011 – W siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się posiedzenie Rady Ubezpieczonych – organu opiniodawczo-doradczego Rzecznika. Na spotkaniu omówiono konsekwencje zmian niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych.

20.06.2011 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięły udział w konferencji pt. „Obowiązkowe, niekomunikacyjne ubezpieczenia OC w Polsce”, zorganizowanej przez Nadzwyczajną Komisję Sejmu RP ds. Zmian w Kodyfikacjach, Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego oraz Polską Izbę Ubezpieczeń.

20.06.2011 – W Warszawskim Domu Technika NOT, odbyło się uroczyste wręczenie nagród w X edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

21.06.2011 – Fundacja Academia Iuris we współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych otworzyła punkt pomocy prawnej w sprawach ubezpieczeniowych dla osób niezamożnych.

ubezpieczycielowi jakichkolwiek informacji mających wpływ na ustalenie jej wysokości, nie zaś tych które istotnie dotyczą okoliczności zwiększających prawdopodobieństwo zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jak to ma miejsce w odniesieniu do ubezpieczeń dobrowolnych zgodnie z art. 815 § 3 k.c.

Przedstawiciele Rzecznika Ubezpieczonych zwrócili uwagę, że przepis w pierwotnie projektowanej wersji rodziłby ryzyko, iż wysokość składki ubezpieczeniowej byłaby ustalana w oderwaniu od rozmiaru rzeczywistego ryzyka, a tym samym ubezpieczający w ubezpieczeniach obowiązkowych byłby traktowany gorzej, niż ubezpieczający w ubezpieczeniach dobrowolnych².

W trakcie prac sejmowych udało się jednak przepis poprawić i będzie on obowiązywał w kształcie zdecydowanie korzystniejszym dla ubezpieczających niż pierwotnie przewidywano.

2) Następnymi przepisami ważnymi głównie dla poszkodowanych są dodawane w następstwie postulatów zgłoszonych przez Rzecznika Ubezpieczonych w art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) ust. 5 i 6 w następującym brzmieniu:

„5. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny ma obowiązek udostępniać poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Informacje i dokumenty Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny ma obowiązek udostępniać poszkodowanemu i uprawnionemu, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzenia kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

6. Przepisy ust. 5 stosuje się odpowiednio do Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zakresie szkód, o których mowa w art. 123 ustawy”.

Powyższy przepis zostanie wprowadzony do ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) w następstwie zgłoszonej w trakcie prac parlamentarnych przez Rzecznika Ubezpieczonych potrzeby zapewnienia przejrzystości postępowania likwidacyjnego, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do ubezpieczycieli (por. art. 16 ust. 4 oraz art. 23 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej), również w przypadku postępowań prowadzonych przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, bądź przez Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych wypełniającego funkcję organu odszkodowawczego. W ostatnich latach Rzecznik Ubezpieczonych w toku rozpoznawania indywidualnych skarg dostrzegł, iż poszkodowani mają problem z uzyskaniem z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego znajdujących się tam informacji i dokumentów dotyczących odpowiedzialności Funduszu oraz wysokości świadczeń. Fundusz odmawiając dostępu do znajdujących się w jego posiadaniu akt szkodowych argumentował, że w świetle obowiązujących przepisów Fundusz nie ma takiego obowiązku. Brak istnienia przedmiotowego obowiązku oparty był na gramatycznej wykładni przepisów art. 16 i 25 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...). Uwagę Rzecznika Ubezpieczonych zwróciło również to, że w początkowych latach obowiązywania tych dwóch ustaw, Fundusz nie kontestował istnienia swojego obowiązku do udostępniania akt szkodowych. Ze względu na zmianę wcześniejszej korzystnej dla poszkodowanych praktyki, Rzecznik Ubezpieczonych uznał za nie-

² Por. M. Orlicki, *O projekcie zmian w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – raz jeszcze*, Prawo Asekuracyjne 2011, nr 1, s. 24.

zbędne doprecyzowanie obowiązujących regulacji prawnych w tym zakresie i zgłosił stosowny wniosek dotyczący zmiany przepisów, który został uwzględniony przy okazji obecnej nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...).

3) Kolejnym nowym przepisem, ważnym dla ubezpieczających, o którego wprowadzenie zabiegał Rzecznik Ubezpieczonych jest dodawany w art. 18 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) ust. 3 w następującym brzmieniu:

„3. W przypadku nadania oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 4 pkt 1–3, przesyłką listową, za chwilę jego złożenia uważa się datę nadania oświadczenia w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego”.

Regulacja ta ma oczywiście przeciwników. Niektórzy przedstawiciele branży ubezpieczeniowej uważają ją za zbędną ze względu na regulację kodeksu cywilnego zawartą w art. 61. Praktyka Rzecznika wskazuje jednak, że dodatkowa regulacja uwzględniająca specyfikę ubezpieczeń obowiązkowych jest potrzebna ze względu na szereg dotychczasowych problemów występujących w praktyce. Wielu konsumentów zgłaszało bowiem Rzecznikowi, iż mimo wystania rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres, kilka dni, czy nawet tygodni przed zakończeniem dotychczasowej umowy, nie ma gwarancji, iż dotrze ona do ubezpieczyciela na czas. Trzeba pamiętać, że cytowany wyżej przepis będzie dotyczył trzech ubezpieczeń obowiązkowych o charakterze powszechnym, które wiele osób nadal traktuje analogicznie jak zobowiązania podatkowe. Ubezpieczający chcą mieć pewność, że nadane na pocztę oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia, bądź odstąpieniu od umowy będzie skuteczne.

Z powyższych względów Rzecznik Ubezpieczonych niemal od początku prac nad ustawą wnioskował o wprowadzenie tego typu prokonsumenckiej regulacji.

Udogodnieniem dla ubezpieczających będzie również dodawany w ustawie o działalności ubezpieczeniowej³ art. 16a w następującym brzmieniu:

„1. 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.

2. Zakład ubezpieczeń nie może wyłączyć ani ograniczyć upoważnienia agenta ubezpieczeniowego do odbierania oświadczeń, o których mowa w ust. 1”.

Przepis ten również ma zadanie ułatwić składanie przez ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia zawiadomień i oświadczeń woli związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w tym także w przedmiocie rezygnacji przez ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres. Przepis zakazuje ograniczania przez ubezpieczyciela prawa do przyjmowania tych zawiadomień i oświadczeń przez agentów działających na rzecz danego zakładu ubezpieczeń, co dotychczas było powszechną praktyką.

4) Następne istotne zmiany w ustawie wprowadzane z inicjatywy Rzecznika Ubezpieczonych to przepisy dodawane w art. 28, art. 46 oraz art. 62 jako ust. 1a–1d. Zgodnie z ich brzmieniem od 11 lutego 2012 r. ubezpieczyciele w razie zawarcia umowy obowiązkowych ubezpieczeń: OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolnika oraz budynków rolniczych będą obowiązani potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia. Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów, które nie przewidują terminu w jakim ubezpieczyciel powinien potwierdzić zawarcie umowy ubezpieczenia stosownym dokumentem, zdarzają się niestety przypadki, iż polisa ubezpieczeniowa nie jest doręczana lub jest doręczana bardzo późno, np. po kilku miesiącach od zawarcia umowy. Ta niewłaściwa praktyka zdarza się właśnie w przypadku obowiązkowych umów ubezpieczenia zawieranych na mocy ustawowej klauzuli prolongacyjnej i skutkuje po stronie ubezpieczającego brakiem dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązkowego, czy też czasami brakiem wiedzy o zawarciu kolejnej umowy.

Nowe przepisy nakładają również na ubezpieczycieli obowiązek wystania ubezpieczającemu nie później niż 14 dni przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia obowiązkowego została zawarta, informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres ubezpieczenia.

Informacja ta będzie musiała zawierać w szczególności:

- 1) określenie wysokości składki ubezpieczeniowej w przypadku, gdy dojdzie do zawarcia następnej umowy ubezpieczenia;
- 2) pouczenie, że wysokość składki może ulec zmianie, jeżeli po wystaniu informacji przez zakład ubezpieczeń wyjdą na jaw okoliczności mające wpływ na wysokość składki, oraz wskazanie tych okoliczności;
- 3) pouczenie o prawie wypowiedzenia dotychczasowej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zgodnie z ust. 1 oraz o formie, możliwym sposobie oraz terminie złożenia tego wypowiedzenia;
- 4) pouczenie o skutkach tego wypowiedzenia oraz o skutkach braku tego wypowiedzenia.

Informacja będzie musiała być wystana:

- 1) w postaci elektronicznej przy wykorzystaniu środka komunikacji elektronicznej, jeżeli przy zawarciu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ubezpieczający wyraził zgodę na składanie mu oświadczeń w takiej postaci, lub
- 2) w formie pisemnej, w sposób umożliwiający niezwłoczne poinformowanie ubezpieczającego.

³ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

Aktualności

27.06.2011 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk, wzięła udział w uroczystości wręczenia nagród w szóstej edycji konkursu LIBERTAS & AUXILIUM za najlepsze w 2010 roku artykuły i audycje poświęcone ochronie konkurencji i ochronie konsumentów.

01.07.2011 – Kierownictwo Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięło udział w konferencji naukowo – szkoleniowej, połączonej z obchodami I rocznicy istnienia Polskiej Izby Odszkodowań pt. „Wzrost świadomości prawnej i poprawa jakości życia osób poszkodowanych w wypadkach, efektem działania Kancelarii Odszkodowawczych”.

11.07.2011 – Złoty Zderzak 2011 – Ruszyła VI edycja Ogólnopolskiego Badania Satysfakcji Serwisów ze Współpracy z Towarzystwami Ubezpieczeniowymi. Polska Izba Motoryzacji zaprasza do udziału w projekcie pt. „Ogólnopolskie Badanie Satysfakcji Serwisów Samochodowych ze współpracy z Towarzystwami Ubezpieczeniowymi”, realizowanego pod patronatem Rzecznika Ubezpieczonych.

15.07.2011 – W związku z anomaliami pogodowymi jakie miały miejsce na początku lipca br., Rzecznik Ubezpieczonych opublikował na swojej stronie internetowej poradnik jak postępować w przypadku powstania szkody spowodowanej silnym wiatrem, opadami deszczu, powodzią.

01.08.2011 – Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentował na swojej stronie internetowej Raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

Rzecznik Ubezpieczonych w trakcie prac legislacyjnych zwracał dodatkowo uwagę, że przepisy te powinny zostać uzupełnione o sankcję dla ubezpieczyciela za niewypełnienie tego obowiązku, np. takie, że warunki umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia nie mogłyby być dla ubezpieczającego gorsze od warunków poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz, że niewykonanie lub niewłaściwe wykonanie obowiązku pouczenia o prawie wypowiedzenia umowy powodowałoby, że ubezpieczającemu przysługiwałoby nieograniczone w czasie prawo wypowiedzenia umowy zawartej z ubezpieczycielem, który nie wykonał lub niewłaściwie wykonał obowiązek informacyjny. Ostatecznie sankcji takiej w ustawie nowelizującej nie wprowadzono, co jednak, jak się wydaje, nie wklucza możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania tych obowiązków na zasadach ogólnych oraz sankcji o charakterze administracyjnoprawnym ze strony organu nadzoru.

W art. 28, art. 46 oraz art. 62 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK dodane zostaną jeszcze dwa ust. 1e i 1f.

Dodawany ust. 1e ma stanowić, że jeżeli okoliczności mające wpływ na ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej wyszły na jaw po wystąpieniu wyżej wspomnianych informacji o składce ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń będzie mógł odpowiednio zwiększyć składkę ubezpieczeniową z uwzględnieniem tych okoliczności i w takim przypadku zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki.

Przepis ten wzbudził sprzeciw Rzecznika Ubezpieczonych, jako że jego brzmienie niestety będzie mogło prowadzić do sytuacji, w której ubezpieczyciel będzie mógł zwiększyć składkę ubezpieczeniową w razie ujawnienia po wystąpieniu informacji jakichkolwiek nowych okoliczności mających wpływ na wysokość składki, nawet wówczas, gdy informacje te w indywidualnym przypadku nie będą miały żadnego znaczenia dla określenia rozmiarów ryzyka. Innym niebezpieczeństwem tego może być to, że będzie on dawał zakładom ubezpieczeń możliwość ubiegania się o większą składkę po wystąpieniu informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres w związku z okolicznościami ujawnionymi nawet po zakończeniu tej kolejnej umowy ubezpieczenia. Rzecznik proponował doprecyzowanie tej regulacji, poprzez wskazanie, że jeżeli w okresie od wystąpienia przez ubezpieczyciela informacji do końca bieżącego okresu ubezpieczenia ujawniłby się okoliczności powodujące istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, o których zakład ubezpieczeń dowiedział się w kolejnym okresie ubezpieczenia, mógłby on wówczas odpowiednio zwiększyć składkę ubezpieczeniową z uwzględnieniem tych okoliczności. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki niezwłocznie, ale nie później niż do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia. Niestety propozycja ta nie zyskała akceptacji ustawodawcy. Należy więc wyrazić nadzieję, że interpretacja i praktyka nie pójdzie w kierunku, którego obawiał się Rzecznik Ubezpieczonych i nie będzie potrzeby szybkiej nowelizacji omawianej regulacji.

Nowy ust. 1f zwalnia natomiast ubezpieczycieli ze stosowania regulacji określonych w ust. 1a–1e w odniesieniu do umów zawieranych w trybie negocjacji z przedsiębiorcą.

5) Bardzo istotnymi zmianami, szczególnie dla tych, którzy mimo istnienia powyższych mechanizmów prawnych z różnych względów nie zrezygnują z zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników, budynków rolniczych) w trybie klauzuli prolongacyjnej i zawarą jednocześnie nową umowę ubezpieczenia są dodawane w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) art. 28a, art. 46a oraz art. 62a.

Przyjęta regulacja stanowi, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego lub rolnik w tym samym czasie będzie ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia obowiązkowego będzie zawarta w trybie klauzuli prolongacyjnej, ta ostatnia będzie mogła zostać przez niego wypowiedziana na piśmie.

Natomiast w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń będzie mógł żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który będzie ponosił odpowiedzialność.

Ponadto w sytuacji, gdy dojdzie do zawarcia kilku umów ubezpieczenia w odniesieniu do tego samego pojazdu mechanicznego lub tego samego gospodarstwa rolnego lub tego samego budynku rolniczego, z tym samym okresem ubezpieczenia z jednym zakładem ubezpieczeń, wówczas temu zakładowi ubezpieczeń będzie się należała składka ubezpieczeniowa z tytułu jednej umowy ubezpieczenia.

Warto zaznaczyć, że w trakcie prac sejmowych nad uchwaloną nowelizacją ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) m.in. dzięki staraniom Rzecznika Ubezpieczonych udało się wypracować korzystne dla ubezpieczających brzmienie art. 28a ust. 1, art. 46a ust. 1 i art. 62a ust.1. W trakcie prac parlamentarnych toczyła się bowiem dyskusja odnośnie tych przepisów, a mianowicie zmiany ich brzmienia z przedłożenia rządowego projektu polegającej na zastąpieniu wyrazów: „w tym samym czasie” wyrazami: „na ten sam okres”.

Gdyby taka zmian została uchwalona oznaczałoby to osłabienie mechanizmów przeciwdziałających problemowi podwójnego ubezpieczenia. Przykładowo, jeżeli ubezpieczający zawarłby nową umowę z okresem ubezpieczenia rozpoczynającym się choćby dzień wcześniej, niż początkowy dzień ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy zawartej na mocy klauzuli ustawowej, byłby w zasadzie pozbawiony szansy zrezygnowania z tej niepotrzebnej, podwójnej umowy, no mocy tego przepisu.

Ostatecznie posłowie zdecydowali się na brzmienie przepisu w wersji zaproponowanej w projekcie rządowym.

7) Wreszcie przykładem ważnych prokonsumenckich wprowadzonych w następstwie uwag i propozycji zgłoszonych przez Rzecznika Ubezpieczonych są przyjęte w ustawie nowelizującej są zmiany dotyczące art. 41, art. 42, 56, 57, 76 oraz 77 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, dotyczące zasad zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

Przed wszystkim Rzecznika Ubezpieczonych ogromnie cieszy fakt, iż zasady zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony w przypadku trzech najpowszechniejszych ubezpieczeń obowiązkowych (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników i ubezpieczeń budynków rolniczych) zostaną zrównane z zasadami obowiązującymi w stosunku do pozostałych umów ubezpieczenia określonymi w kodeksie cywilnym (art. 813 § 1 zd. 2 k.c.). Należy bowiem zaznaczyć, że w chwili obecnej regulacje dotyczące zwrotu składki ubezpieczeniowej znajdujące się w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK są mniej korzystne dla ubezpieczających niż zasady określone przepisami kodeksu cywilnego.

Od 11 lutego 2012 r. zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia będzie musiał nastąpić niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub w przypadku odstąpienia od umowy od dnia złożenia oświadczenia o odstąpieniu lub od dnia powzięcia przez zakład ubezpieczeń wiadomości o rozwiązaniu umowy przed upływem okresu, na który została zawarta z innych przyczyn, niż wypowiedzenie lub odstąpienie.

Z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...) znikną ponadto regulacje ograniczające prawo uzyskania zwrotu składki z powodu szkody, która nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy, a także mówiące, że zwrot składki przysługuje jedynie za każdy pełny miesiąc niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Po wejściu w życie nowelizacji zwrot składki będzie przysługiwał za każdy niewykorzystany dzień ochrony ubezpieczeniowej.

8) Rzecznikowi Ubezpieczonych udało się ponadto uzyskać, choć nie zawsze pełne, poparcie dla kilku propozycji precyzujących i rozwiewających wątpliwości co do stosowania niektórych obowiązujących regulacji prawnych, np. regulacji zawartych w: art. 14 ust. 4 dotyczącym obowiązku niezwłocznego przekazania przez zakład ubezpieczeń dokumentacji do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w związku z nieustaleniem ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego; art. 39, art. 54 i art. 74 dotyczących momentu powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, OC rolnika oraz ubezpieczenia budynków rolniczych zawartych na mocy klauzuli prolongacyjnej; czy też dodanie art. 109a wskazującego, iż roszczenia poszkodowanego do Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1 i 1a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (...), przedawniają się z upływem terminu przewidzianego dla tych roszczeń w przepisach kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym oraz iż bieg przedawnienia roszczenia poszkodowanego do Funduszu przerywa się także przez zgłoszenie Funduszowi tego roszczenia. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie otrzymał na piśmie oświadczenie Funduszu o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia.

Niestety Rzecznikowi Ubezpieczonych nie udało się uzyskać akceptacji ustawodawcy dla wszystkich zgłaszanych propozycji (szeroko była o nich mowa w poprzednim numerze Monitora Ubezpieczeniowego), w szczególności mam tutaj na myśli propozycje: rozwiązania problemu wyczerpywalności sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach obowiązkowych oraz publikowania szerszych informacji na temat działalności poszczególnych zakładów ubezpieczeń, w tym przebiegu postępowań likwidacyjnych oraz wyników postępowań sądowych związanych z wykonywaniem umów ubezpieczenia. Niemniej jednak zagadnieniami tymi zainteresowało się żywo wielu parlamentarzystów, co miejmy nadzieję w przyszłości zaowocuje rozwiązaniami legislacyjnymi i tych problematycznych kwestii.

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń a roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w wyniku naruszenia dóbr osobistych (art. 448 k.c.)

W ostatnim czasie rozpoczęto dyskusję na temat możliwości stosowania art. 448 k.c. w zw. z art. 24 k.c. jako podstawy roszczenia do zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Przepis ten stanowi, iż „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia”. Ustalając wysokość odszkodowania ubezpieczyciele kwestionują jednak zasadność przyjmowania odpowiedzialności w zakresie wskazanym w tym przepisie. Argumentując swoje stanowisko, zakłady ubezpieczeń podnoszą, iż roszczenia oparte na art. 448 k.c. nie są objęte przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, gdyż doznaną przez roszczącego szkoda, tj. naruszenie dóbr osobistych nie pozostaje w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem, a „związek taki istnieje pomiędzy zachowaniem sprawcy wypadku, a śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej, z którego szkoda wynikła”. Zdaniem niektórych ubezpieczycieli, odmowę uznania roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę poniesioną z uwagi na naruszenie dóbr osobistych spowodowane śmiercią poszkodowanego uzasadnia brzmienie art. 34 ustawy, tj. iż, odszkodowanie z umowy OC przysługuje w przypadku odpowiedzialności kierującego jedynie za szkodę, „której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia”, jak należy rozumieć, ograniczając odpowiedzialność jedynie do tych właśnie następstw. W konsekwencji, zdaniem ubezpieczycieli, naruszenie dóbr osobistych na skutek śmierci poszkodowanego nie pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem sprawcy, ponieważ związek taki istnieje wyłącznie pomiędzy zachowaniem sprawcy wypadku, a śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej.

Związek przyczynowy pomiędzy działaniem sprawcy a śmiercią poszkodowanego jest oczywisty, jednak z istoty swej związek ten nabiera treści i znaczenia dopiero wówczas, gdy objawią się jakiegokolwiek roszczenia z tą śmiercią związane, a są to roszczenia z natury swej kierowane przez osoby inne, niż bezpośrednio poszkodowany – zmarły. Dlatego też, wszystkie roszczenia związane ze śmiercią i zgłaszane jako jej następstwo są w naturalnym związku z działaniem sprawcy – nie byłoby ich bowiem, gdyby nie działanie sprawcy. Istnienie związku przyczynowego pomiędzy działaniem sprawcy a śmiercią w świetle zasad odpowiedzialności odszkodowawczej musi wywołać określone skutki – konsekwencją istnienia tego związku są roszczenia przysługujące osobom trzecim. W świetle uznania przez sąd, że więź rodzinna jest dobrem osobistym, zdziwienie budzi fakt, iż roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę, której źródłem jest śmierć poszkodowanego, a skutkiem naruszenie chronionego prawem dobra osobistego w postaci więzi rodzinnej nie jest przez ubezpieczycieli uznawane. Warto zauważyć, iż tak jak naruszenie dobra osobistego w wyniku śmierci skutkuje określonym roszczeniem, tak i istnieją inne roszczenia będące następstwem spowodowania śmierci. Jednym z takich roszczeń jest zadośćuczynienie za krzywdę doznaną przez najbliższego członka rodziny. I w jednym, i w drugim przypadku źródłem krzywdy jest spowodowanie śmierci – różnica polega jedynie na tym, iż w przypadku roszczenia z art. 448 k.c. musi dojść do naruszenia dobra osobistego – w przypadku spowodowania śmierci naruszenie takie nastąpiło, co potwierdza sąd w swym orzecznictwie. Z istoty swej, naruszenie dobra osobistego ma miejsce dopiero wówczas, gdy wystąpi zdarzenie prowadzące do tego naruszenia – w tym przypadku zdarzeniem takim jest spowodowanie śmierci.

Istnieje wiele roszczeń związanych ze śmiercią poszkodowanego – oprócz roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną utratą więzi rodzinnej, wskazać można np. roszczenie o rentę alimentacyjną, przysługującą w przypadku utraty środków utrzymania dotychczas dostarczanych przez zmarłego, czy też roszczenie o stosowne odszkodowanie z tytułu pogorszenia się sytuacji życiowej na skutek śmierci poszkodowanego. Jak już wspomniano, zdaniem niektórych ubezpieczycieli, bezpośredni związek przyczynowy istnieje wyłącznie pomiędzy działaniem sprawcy a śmiercią poszkodowanego, nie występuje on zaś pomiędzy działaniem sprawcy a utratą więzi rodzinnej w wyniku śmierci, tj. naruszeniem dobra osobistego. W tym miejscu, dla porównania, można byłoby wspomnieć np. o roszczeniu, wynikającym z utraty źródła dochodu uzyskiwanego od zmarłego, tj. o rentę alimentacyjną (art. 446 § 2 k.c.), czy też roszczeniu będącym następstwem utraty dotychczasowych, należytych warunków bytowania, tj. pogorszenia się sytuacji życiowej (art. 446 § 3 k.c.). Niezależnie od sposobu uregulowania prawa do poszczególnych roszczeń, powstających w związku ze śmiercią poszkodowanego, relacja pomiędzy działaniem sprawcy, a żądaniem stosownego odszkodowania z tytu-



Ewa Kiziewicz
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

tu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej członków rodziny jest zbieżna z relacją pomiędzy działaniem sprawcy a żądaniem zadośćuczynienia za krzywdę z powodu utraty więzi rodzinnej. Różnica polega na tym, iż jedno z roszczeń wynika z utraty środków do życia, drugie z utraty więzi rodzinnej, uznanej za dobro osobiste, które zostało naruszone. O ich zbieżnym charakterze zaś przesądza fakt, iż zarówno jedno, jak i drugie roszczenie jest konsekwencją śmierci poszkodowanego i powstaje w momencie, gdy śmierć ta nastąpi. Mimo to – i mimo orzecznictwa – uznawane są wszystkie przewidziane w kodeksie cywilnym roszczenia związane ze śmiercią poszkodowanego, za wyjątkiem roszczenia z art. 448 k.c.

Sąd, przesądzając o prawie do zadośćuczynienia za krzywdę, której przyczyną jest spowodowanie śmierci, a skutkiem naruszenie dóbr osobistych w postaci utraty więzi rodzinnej, potwierdził rangę rodziny i wiążących ją więzi. W konsekwencji, uznał konieczność zrekomensowania bólu i cierpienia odczuwanych przez te osoby. Z tej również przyczyny, ustawodawca przywrócił instytucję zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny właśnie w art. 446 § 4 k.c. Jeśli zatem – pomimo orzecznictwa – ubezpieczyciele odmawiają prawa do zadośćuczynienia osobom, których na skutek śmierci dobro osobiste zostało naruszone, rodzi się pytanie o cel wprowadzenia identycznego w swym charakterze i celu roszczenia o zadośćuczynienie, przysługujące najbliższym członkom rodziny poszkodowanego za krzywdę doznaną w wyniku jego śmierci, tj. roszczenia przewidzianego w art. 446 § 4 k.c. Oba te roszczenia – tj. roszczenie z art. 448 k.c. jak i roszczenie z art. 446 § 4 k.c. – mają bowiem identyczny charakter i cel, choć każde z nich ma inną podstawę prawną. Oba mają zrekomensować następstwa spowodowania śmierci poszkodowanego.

Art. 446 § 4 k.c., statuujący instytucję zadośćuczynienia za krzywdę poniesioną w wyniku śmierci osoby bliskiej, wszedł w życie w dniu 3 sierpnia 2008 r. Wyodrębnił on osobną kategorię roszczeń, zarówno ze względu na podmioty, którym te roszczenia przysługują, tj. wyłącznie najbliższym członkom rodziny zmarłego, jak i przesłanki powstania tego roszczenia, tj. wyłącznie śmierć poszkodowanego. Tymczasem art. 448 k.c. przewiduje zadośćuczynienie z tytułu wszystkich zdarzeń stanowiących o naruszeniu jakiegokolwiek dobra osobistego, nie tylko śmierci, jak również każdej osoby, której dobro osobiste zostało naruszone, a nie wyłącznie skonkretyzowanej grupie osób – w tym przypadku najbliższemu członkowi rodziny.

Art. 448 k.c., stanowiący o zadośćuczynieniu za krzywdę wynikłą na skutek naruszenia dobra osobistego, funkcjonuje w tej formie od 1964 r., art. zaś 446 § 4 k.c., dający możliwość dochodzenia przez najbliższych członków rodziny roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w wyniku śmierci osoby bliskiej, funkcjonuje od dnia 3 sierpnia 2008 r. – został wprowadzony nowelizacją kodeksu cywilnego dokonaną ustawą z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 116, poz. 731). Warto zauważyć, iż instytucja zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej istniała jeszcze w kodeksie zobowiązań – art. 166 kodeksu stanowił bowiem, iż „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”. Przepis ten jednak utracił moc z dniem 1 stycznia 1965 r., tj. z dniem wejścia w życie kodeksu cywilnego. Od dłuższego jednak czasu toczyła się dyskusja na temat potrzeby przywrócenia instytucji zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny za śmierć osoby bliskiej i pomimo przewidywanych trudności z ustaleniem faktycznego kręgu osób, którym takie roszczenie będzie przysługiwało, instytucja ta powróciła do porządku prawnego w dniu 3 sierpnia 2008 r.

Przed wprowadzeniem przepisu art. 446 § 4 k.c., osoby dotknięte śmiercią bliskich im osób występowały z roszczeniem o zadośćuczynienie z tego tytułu na podstawie art. 448 k.c. oceniając skutki śmierci jako naruszenie dóbr osobistych. Nierzadko jednak sądy powszechne – głównie sądy I instancji – odmawiały więzom rodzinnym przymiotu dobra osobistego. Z biegiem czasu jednak katalog dóbr osobistych został rozszerzony również o więzi rodzinne – potwierdzeniem słuszności tego stanowiska może być przepis art. 47 Konstytucji RP, z którego wywieść można, iż więź rodzinna może stanowić dobro osobiste. Przepis ten stanowi bowiem, iż „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. Ochrona prawna życia rodzinnego wskazuje na rangę rodziny i znaczenie więzi łączących rodzinę.

W chwili obecnej, istniejąca linia orzecznictwa potwierdziła, iż więź rodzinna jest dobrem osobistym, którego naruszenie może skutkować zasądzeniem zadośćuczynienia za doznana krzywdę. Sąd Najwyższy bowiem w kilku wydanych w ostatnim czasie orzeczeniach wskazał, iż przed wejściem w życie art. 446 § 4 k.c., tj. zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek śmierci osoby bliskiej, istniała możliwość żądania zadośćuczynienia za tę krzywdę właśnie na podstawie art. 448 k.c. Sąd potwierdził bowiem, iż więź rodzinna utracona na skutek śmierci poszkodowanego jest dobrem osobistym, które zostało naruszone, i które podlega obowiązkowi zadośćuczynienia – to zaś oznacza potwierdzenie istnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem powodującym śmierć, a naruszeniem dóbr osobistych. Powołać tu można np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 2010 r. (sygn. akt II CSK 248/10), w którym Sąd stwierdził, iż „Możliwe jest zasądzenie, na podstawie art. 448 k.c., zadośćuczynienia pieniężnego niezależnie od odszkodowania zasądzanego na podstawie art. 446 § 1, 2 i 3 k.c.” – Sąd potwierdził zatem istnienie związku przyczynowego pomiędzy spowodowaniem śmierci poszkodowanego a naruszeniem dóbr osobistych. W uzasadnieniu zaś Sąd stwierdził, iż „W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęta została koncepcja, że więź emocjonalna łącząca osoby bliskie jest do-

brem osobistym, zatem doznany na skutek śmierci osoby bliskiej uszczerbek polega nie tylko na osłabieniu aktywności prowadzącej do pogorszenia sytuacji życiowej, lecz jest także następstwem naruszenia dobra osobistego, jakim jest relacja między zmarłym a osobą zainteresowaną”.

Również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2010 r. (sygn. akt IV CSK 307/09), Sąd uznał możliwość dochodzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. w przypadku śmierci poszkodowanego, stwierdzając, iż „Spowodowanie śmierci osoby bliskiej przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 116, poz. 731) mogło stanowić naruszenie dóbr osobistych najbliższych członków rodziny zmarłego i uzasadniać przyznanie im zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c.” Sąd potwierdził tym samym istnienie związku przyczynowego uzasadniającego wypłatę świadczenia z uwagi na naruszenie dobra osobistego. Nadto, w uzasadnieniu tego Sąd wyjaśnił, iż rodzina jako związek najbliższych osób, które łączy szczególna więź wynikająca najczęściej z pokrewieństwa i zawarcia małżeństwa, podlega ochronie prawnej. Dotyczy to odpowiednio ochrony prawa do życia rodzinnego obejmującego istnienie różnego rodzaju więzi rodzinnych. Dobro rodziny jest nie tylko wartością powszechnie akceptowaną społecznie, ale także uznaną za dobro podlegające ochronie konstytucyjnej. Artykuł 71 Konstytucji RP stanowi, że Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej ma obowiązek uwzględniania dobra rodziny. Dobro rodziny wymienia także art. 23 k.r.o., zaliczając obowiązek współdziałania dla dobra rodziny do podstawowych obowiązków małżonków. Wiąż rodzinna odgrywa doniosłą rolę, zapewniając członkom rodziny m.in. poczucie stabilności, wzajemne wsparcie, obejmujące sferę materialną i niematerialną oraz gwarantuje wzajemną pomoc w wychowaniu dzieci i zapewnieniu im możliwości kształcenia. Należy zatem przyjąć, że prawo do życia rodzinnego i utrzymania tego rodzaju więzi stanowi dobro osobiste członków rodziny i podlega ochronie na podstawie art. 23 i 24 k.c. W konkretnym stanie faktycznym spowodowanie śmierci osoby bliskiej może zatem stanowić naruszenie dóbr osobistych członków jej rodziny i uzasadniać przyznanie im zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. Za taką oceną przemawia dodatkowo art. 446 § 4 k.c., który zezwala obecnie na uzyskanie zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za śmierć osoby bliskiej bez potrzeby wykazywania jakichkolwiek dodatkowych przesłanek, poza wymienionymi w tym przepisie.

Również w uchwale z dnia 22 października 2010 r. (sygn. akt III CZP 76/10) Sąd Najwyższy stwierdził, iż „Najbliższemu członkowi rodziny zmarłego przysługuje na podstawie art. 448 k.c. w związku z art. 24 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, gdy śmierć nastąpiła na skutek deliktu, który miał miejsce przed dniem 3 sierpnia 2008 r.”

Warto także przytoczyć uchwałę o sygn. akt III CZP 32/11 podjętą w ostatnim czasie przez Sąd Najwyższy. W uchwale tej Sąd stwierdził, iż „Sąd może przyznać najbliższemu członkowi rodziny zmarłego zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 w związku z art. 24 § 1 k.c., także wtedy, gdy śmierć nastąpiła przed dniem 3 sierpnia 2008 r. wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia”.

Wobec wprowadzenia art. 446 § 4 k.c., statuującego instytucję zadośćuczynienia za krzywdę poniesioną przez najbliższego członka rodziny na skutek śmierci osoby bliskiej, nie ma już konieczności kierowania przez te osoby roszczeń na podstawie art. 448 k.c. Zawarty w art. 23 k.c. katalog dóbr osobistych jest katalogiem otwartym, co umożliwiło uznanie także więzi rodzinnej za dobro osobiste. Niezaprzeczalnie więź rodzinna jest dobrem, które należy chronić a jego utrata jest krzywdą wymagającą zadośćuczynienia. I chociaż wyroki w danej sprawie nie wiążą innych sądów, to jednak, z przyczyn oczywistych, w sprawach dotyczących zdarzeń zaistniałych przed wejściem w życie przepisu art. 446 § 4 k.c, tj. zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny, należy spodziewać się utrzymania tej linii orzecnictwa.

Renta na zwiększone potrzeby w świetle orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego

Podstawy prawne do dochodzenia renty

Podstawy prawne żądania przez poszkodowanego zapłaty przez sprawcę albo jego ubezpieczyciela renty określone są w art. 444 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn., zm.): „Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty”.

Roszczenie o rentę przysługuje zatem poszkodowanemu, jeżeli:

- całkowicie lub częściowo utracił on zdolność do pracy zarobkowej;
- zmniejszyły się jego widoki powodzenia na przyszłość;
- lub jeżeli zwiększyły się jego potrzeby.

Trzeci przypadek dotyczy możliwości dochodzenia tzw. renty na zwiększone potrzeby, która stanowi szkodę przyszłą wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na prowadzenie stałego leczenia, wykonywania zabiegów, przeprowadzania kuracji i rehabilitacji dla osiągnięcia poprawy lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia poszkodowanego, specjalnego odżywiania, sprawowania opieki ze strony osób trzecich, itp.¹ Jak potwierdza jednolicie w tym względzie orzecznictwo Sądu Najwyższego, art. 444 § 2 k.c. reguluje trzy, oparte na różnych podstawach faktycznych, świadczenia rentowe: z tytułu utraty zdolności do zarabkowania, z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego oraz z tytułu zmniejszenia się jego widoków powodzenia na przyszłość. Każda z wymienionych w tym przepisie podstaw świadczenia rentowego stanowi samoistną przesłankę jej zasądzenia².

Jak podkreślił SN już w wyroku z dnia 19 września 1967 r. (sygn. akt I PR 285/67, OSNCP 1968, nr 3, poz. 55): roszczenie o rentę z tytułu zwiększonych potrzeb poszkodowanego jest roszczeniem samodzielnym, odrębnym od roszczenia o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę i powinno być uwzględniane niezależnie od tego drugiego.

Charakter prawny renty na zwiększone potrzeby

Jak wskazuje się w doktrynie następstwa deliktu, tzn. czasowa lub częściowa niezdolność do pracy zarobkowej poszkodowanego, zwiększenie się jego potrzeb lub też zmniejszenie się jego widoków powodzenia na przyszłość powinny mieć charakter trwały, co nie oznacza że nieodwracalny³. Podobnie analogicznie wskazuje również orzecznictwo sądowe, wskazując, iż trwały charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest warunkiem powstania prawa do renty. Dla przykładu w wyroku z dnia 3 października 1966 r. (sygn. akt III CZP 17/66, OSNC 1968, nr 1, poz. 1), Sąd Najwyższy wskazał, iż: „Renta ma za zadanie naprawienie tylko takich szkód, które nastąpią w bliższej lub dalszej przyszłości (utrata przyszłych zarobków, utrata widoków powodzenia w przyszłości, niezaspokojenie przyszłych zwiększonych potrzeb). Jest to wynikiem tego, że szkoda, którą ma wynagrodzić renta, będąc konsekwencją trwałych skutków uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, ma charakter szkody ciągłej, która narasta sukcesywnie z upływem czasu”. Podobnie wskazał SN w wyroku z dnia 22 czerwca 2005 r. (sygn. akt III CK 392/04, LEX nr 177203): „Każda z wymienionych okoliczności może stanowić samodzielną podstawę zasądzenia renty. Warunkiem powstania prawa do renty jest trwały charakter uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia”.

Renta przewidziana w art. 444 k.c. nie ma charakteru alimentacyjnego, lecz wyłącznie odszkodowawczy i przesłanką jej ustalenia nie może być koszt utrzymania osoby poszkodowanej, ale wyłącznie odszkodowanie za utratę zdolności do pracy (za utratę zarobków) oraz odszkodowanie za zwiększenie się potrzeb poszkodowanego na skutek wyrządzenia mu szkody na zdrowiu (tak SN w wyroku z dnia 20 grudnia 1977 r., sygn. akt IV CR 486/77, LEX nr 8042). Przy czym, co jest istotne, przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu, wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb poszkodowanego jako następstwo czynu niedozwolonego⁴. Jak wskazał SN w wyroku z dnia 22 czerwca 2005 r. (sygn. akt III CK 392/04, LEX nr 177203), w sytuacji kiedy podstawa zasądzenia na rzecz poszkodowanego renty stanowi zwiększenie potrzeb wyrażających się w przyszłych powtarzających



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 maja 1996 r. (sygn. akt III Apr 7/96, OSA 1997, nr 6, poz. 18).

² Por. wyrok SN z dnia 24 września 2009 r. (sygn. akt II PK 65/09, LEX nr 558304).

³ G. Bieniek, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. I, Warszawa 2007, s. 481; A. Cisek, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 792; A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i na osobie*, Bydgoszcz 1999, s. 145.

⁴ Por. SN w wyroku z dnia 11 marca 1976 r. (sygn. akt IV CR 50/76, OSNCP 1977, nr 1, poz. 11).

się stałych wydatkach obejmujących między innymi konieczną opiekę, rehabilitację, pielęgnację, to w takim przypadku wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia zwiększonych potrzeb stanowiących następstwo czynu niedozwolonego. Oparte na tej podstawie roszczenie poszkodowanego nie ma charakteru roszczenia regresowego w stosunku do zobowiązanego do naprawienia szkody. Poszkodowany może bowiem aktualnie nie dysponować na razie odpowiednimi środkami finansowymi na dokonanie wydatków, które jednak są konieczne.

Reasumując, zgodnie z przepisem art. 444 § 2 k.c. renta z tytułu zwiększonych potrzeb należy się poszkodowanemu bez względu na to, czy rzeczywiście ponosi on wydatki na takie cele jak przykładowo: zapewnienie opieki, pokrycie kosztów przejazdu, stałych kosztów leczenia, lepszego odżywiania, itp. Wystarczy ustalenie tych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego. Dlatego też nie można uzależniać zasądzenia renty od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki⁵.

Rodzaj i rozmiar zwiększonych potrzeb

Wypadek drogowy, w wyniku którego osoby poszkodowane doznają obrażeń ciała w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia powoduje skutek w postaci konieczności podjęcia działań przez poszkodowanego w celu leczenia, bądź też zminimalizowania lub wyeliminowania doznanego uszczerbku na zdrowiu (np. podjęcie rehabilitacji, zapewnienie niezbędnej opieki świadczonej na rzecz poszkodowanego), które określone są w omawianym przepisie zwiększonymi potrzebami poszkodowanego. Realizacja wszystkich potrzeb powoduje po stronie poszkodowanego konieczność poniesienia kosztów, a zatem szkodę majątkową, którą zobowiązany jest pokryć sprawca szkody, bądź też ubezpieczyciel sprawcy szkody w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Potrzeba poniesienia określonych wydatków występuje w przypadku poważniejszych urazów zdrowotnych zazwyczaj w dłuższym horyzoncie czasowym i w konsekwencji, cotygodniowe czy też comiesięczne występowanie przez poszkodowanego do sprawcy szkody, bądź też jego ubezpieczyciela o ich refundację byłoby nadmierną uciążliwością dla poszkodowanego, który przecież powinien w głównej mierze skupić się na zabiegach leczniczych. Dlatego właśnie ustawodawca uznał, iż w analogicznych sytuacjach (konieczność ponoszenia kosztów w dłuższym okresie czasu), osobom poszkodowanym będzie przysługiwało roszczenie o rentę na zwiększone potrzeby.

Przy dochodzeniu roszczeń związanych z rentą na zwiększone potrzeby należałoby wykazać, korzystając w razie potrzeby w głównej mierze z opinii lekarskich jaki jest zakres zwiększonych potrzeb i prawdopodobny okres w jakim będą one występowały. Zarówno rodzaj, rozmiar zwiększonych potrzeb poszkodowanego, jak również i wysokość związanej z tym szkody w postaci zwiększonych wydatków zależy od indywidualnych uwarunkowań dotyczących sytuacji w jakiej znalazł się poszkodowany. W podobnych okolicznościach faktycznych dotyczących stopnia uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego, kryteria oceny rodzaju i rozmiaru zwiększonych potrzeb poszkodowanego w związku z doznaniem na skutek czynu niedozwolonego uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia niewątpliwie powinny być zbliżone, co nie wyklucza jednakże, iż wysokość poniesionej przez poszkodowanego szkody (renty na zwiększone potrzeby) będzie miała charakter zindywidualizowany, między innymi z uwagi na różną dostępność, ale również ceny określonych usług i produktów funkcjonujące w danej miejscowości⁶.

Wśród rodzaju zwiększonych potrzeb poszkodowanego, które mogą ujawnić się po zaistniałym wypadku i doznaniem uszczerbku na zdrowiu można wymienić przykładowo: konieczność prowadzenia stałego leczenia, zakupu leków, preparatów witaminowych i maści, środków sanitarno–higienicznych, wykonywania zabiegów, czy też przeprowadzania stałej rehabilitacji (np. zajęć na pływalni), stosowania specjalnego odżywiania, czy też specjalistycznej diety, sprawowania opieki ze strony osób trzecich, konieczność korzystania z korepetycji z uwagi na braki w nauce poszkodowanego, który jest uczniem, pomocy higienistki w szkole, itp. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 lipca 1977 r. (sygn. akt I CR 143/77, LEX nr 7971), prawo poszkodowanego do ekwiwalentu z tytułu zwiększonych potrzeb polegających na konieczności korzystania z opieki osoby trzeciej, nie zależy od wykazania, że poszkodowany efektywnie wydatkował odpowiednie kwoty na koszty opieki, fakt zaś, że opiekę nad niedołączonym na skutek inwalidztwa poszkodowanym sprawowali jego domownicy, nie pozbawia go prawa żądania stosownej renty⁷. Warto również – tytułem przykładu wydatków, które mogą podlegać wypłacie w ramach renty – przywołać uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 25 czerwca 2009 r. (sygn. akt I ACa 272/09, niepubl.), gdzie w ramach wysokości renty na zwiększone potrzeby zostały uwzględnione koszty preparatu stosowanego w leczeniu zaburzeń erekcji u dorosłych mężczyzn, polegających na niezdolności do uzyskania lub utrzymania erekcji w stopniu wystarczającym dla osiągnięcia satysfakcjonującego stosunku płciowego. Jak wskazał bowiem Sąd, z opinii sędowo–seksuologicznej sporządzonej przez biegłego seksuologa, wynikało, iż poszkodowany prowadzi regularne życie seksualne, ma stałą partnerkę z którą seksualizuje się 1–2 razy w tygodniu, używając odpowiedniego preparatu, który nie byłby konieczny, gdyby nie wypadek, zaś miesięczne koszty zakupu leku wynoszą 240 zł. W związku z powyższym, w ocenie Sądu w oparciu o opinie biegłych należy stwierdzić, iż ilość i wartość zakupionych środków w przedstawionym przez powoda okresie czasu jest reprezentatywna dla

⁵ Por. dla przykładu również wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 8 lutego 2006 r. (sygn. akt I ACa 1131/05, LEX nr 194522).

⁶ Tak w wyroku SN z dnia 22 czerwca 2005 r. (sygn. akt III CK 392/04, LEX nr 177203).

⁷ Por. również wyrok SN z dnia 4 marca 1969 r. (sygn. akt I PR 28/69, OSNCP 1969, nr 12, poz. 229).

planowania kosztów związanych z zakupem preparatu w przyszłości i wydatki te powinny zostać uwzględnione w ramach renty na zwiększone potrzeby poszkodowanego.

Określenie wysokości renty na zwiększone potrzeby powinno nastąpić na podstawie wiedzy o kosztach leczenia, opieki i zabiegów bez potrzeby bardzo drobiazgowego analitycznego określania tej wysokości, zwłaszcza iż kwota ta może ulegać pewnym wahaniom i nie zawsze możliwe jest ściśle udowodnienie wysokości żądania. Z natury rzeczy bowiem konkretyzacja określonych okoliczności związanych ze zwiększonymi potrzebami poszkodowanego może nastąpić dopiero w przyszłości. W związku z tym, nie jest to roszczenie regresowe przeciw zobowiązanemu do naprawienia szkody, bowiem poszkodowany może nie dysponować środkami pieniężnymi na dokonanie wydatków, które są jednak konieczne⁸. „W przypadku obliczania renty z tytułu zwiększonych potrzeb, sąd nie jest zobowiązany do drobiazgowej dokładności. W tym zakresie powinien się kierować wskazaniem z art. 322 k.p.c.” (wyrok SN z dnia 25 listopada 1999 r., sygn. akt II CKN 476/98, niepubl.).

Wymiar renty na zwiększone potrzeby może podlegać zmianom – zmniejszać się lub zwiększać w zależności od potrzeb i faktycznie dodatkowych kosztów ponoszonych przez poszkodowanego. Zmiany wymiaru renty poszkodowany może żądać w każdym czasie i analogicznie zasadność aktualnego wymiaru może badać zobowiązany do wypłaty renty (sprawca bądź też jego ubezpieczyciel). W wyroku z dnia 2 marca 1982 r. (sygn. akt I CR 27/82, OSNC 1982/10/150), SN wskazał, iż zmiany wysokości renty zasądzonej z tytułu zwiększenia potrzeb można żądać na podstawie art. 907 § 2 k.c.¹⁰ także wówczas, gdy w chwili wydania wyroku zasądzającego rentę poszkodowany z powodu braku odpowiedniego wieku lub pobierania nauki nie pracował, a następnie okazało się, że na skutek wypadku jest całkowicie lub częściowo niezdolny do pracy. Uzasadniając powyższą tezę SN argumentował, iż zgodnie z art. 907 § 2 k.c., w razie powołania się na jakąkolwiek zmianę stosunków, jaka zaszła po wydaniu wyroku, w którym została określona wysokość i czas trwania renty, sąd obowiązany jest do uwzględnienia tej zmiany. Udowodnienie choćby jednej okoliczności istotnej dla określenia wysokości renty prowadzi w następstwie do odpowiedniej zmiany jej wysokości. Zgodnie z brzmieniem art. 907 § 2 k.c. wyrok orzekający o obowiązku świadczenia renty i określający jej wysokość wiąże materialnie tylko w okolicznościach przyjętych za podstawę orzeczenia. Jeżeli w przyszłości ulegną zmianie stosunki, które zostały przyjęte za podstawę faktyczną orzeczenia o rencie, w tym również o jej wysokości, poszkodowany i zobowiązany mogą żądać ponownego orzeczenia w tym zakresie w osobnym postępowaniu, dlatego też zmiany wysokości renty zasądzonej z tytułu zwiększenia potrzeb można żądać na podstawie art. 907 § 2 k.c., także wówczas, gdy w chwili wydania wyroku zasądzającego rentę poszkodowany z powodu braku odpowiedniego wieku lub pobierania nauki nie pracował, a następnie okazało się, że na skutek wypadku jest całkowicie lub częściowo niezdolny do pracy. Przyjęcie odmiennej wykładni art. 907 § 2 k.c. prowadziłoby do wyniku niemożliwego do zaakceptowania z punktu widzenia art. 444 § 2 k.c., mianowicie do niemożności korygowania wyroku orzekającego o obowiązku świadczenia renty, gdyby w dacie wyrokowania występowała jedna lub niektóre przesłanki wymienione w art. 444 § 2 k.c., pozostałe zaś przesłanki, powodujące dalsze, nieujawnione skutki uszkodzenia ciała, pojawiły się po wydaniu wyroku. W konsekwencji takiego rozumowania poszkodowanemu przysługiwałoby tylko roszczenie o nową rentę, nie zaś o korekturę wysokości renty. Przeciwno takiej wykładni przemawia bowiem treść art. 444 § 2 k.c., ustanawiającego dla poszkodowanego prawo do renty odszkodowawczej, a więc jednej renty, mającej wynagrodzić szkodę przyszłą w postaci utraty zarobków i innych korzyści czy wydatków na pokrycie zwiększonych potrzeb. Brak ustalenia w poprzednim wyroku odpowiedzialności pozwanego za ewentualną szkodę, mogącą powstać w przyszłości, nie stoi na przeszkodzie podwyższeniu renty. Konieczność takiego ustalenia, przyjmowana w dotychczasowym orzecznictwie, została podyktowana potrzebą ochrony interesu poszkodowanego przed skutkami dziesięcioletniego przedawnienia roszczeń przewidzianych w art. 442 k.c.

Renta na zwiększone potrzeby może zostać przyznana zarówno w formie stałej lub czasowej, w zależności od określenia długości czasu występowania zwiększonych potrzeb u osoby poszkodowanej. W szczególności stała renta na zwiększone potrzeby jest wypłacana w tych stanach faktycznych, w których uszczerbek na zdrowiu osoby poszkodowanej jest nieodwracalny, a zatem i potrzeby poszkodowanego będą występować do końca życia. Renta o charakterze czasowym przyznawana jest wówczas, kiedy następstwa doznanej szkody osobowej (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia) wprawdzie są długotrwałe, ale jednocześnie są odwracalne.

⁸ Por. A. Szpunar, *op. cit.*, s. 152.

⁹ Art. 322 k.p.c.: „Jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy o dożywocie sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy”.

¹⁰ Art. 907 § 2 k.c.: „Jeżeli obowiązek płacenia renty wynika z ustawy, każda ze stron może w razie zmiany stosunków żądać zmiany wysokości lub czasu trwania renty, chociażby wysokość renty i czas jej trwania były ustalone w orzeczeniu sądowym lub w umowie”.

Zadośćuczynienie dla bezpośrednio poszkodowanego (art. 445 k.c.) – tendencje w aktualnym orzecznictwie

Wstęp

Niniejsze opracowanie ma na celu wskazanie aktualnych tendencji w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w przedmiocie wysokości przyznawanego zadośćuczynienia dla bezpośrednio poszkodowanego, szczególnie na skutek błędów medycznych. Zgodnie bowiem z art. 445 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93 z późn. zm.), sąd może przyznać poszkodowanemu, w ramach kompensaty powstałej krzywdy (szkody o charakterze niemajątkowym) odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego.

Trzeba pamiętać, że oprócz zadośćuczynienia dla bezpośrednio poszkodowanego, ustawodawca przewiduje również zadośćuczynienie dla najbliższych członków rodziny w sytuacji śmierci poszkodowanego (art. 446 § 4 k.c.)¹, jednak w poniższym tekście mowa będzie jedynie o zadośćuczynieniu dla osoby bezpośrednio poszkodowanej, która na skutek wypadku doznała uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia, i której z tego tytułu należy się świadczenie pieniężne (art. 445 § 1 k.c.). W dwóch przykładach odnoszę się również do zadośćuczynienia pieniężnego przyznanego rodzicom jako spadkobiercom zmarłych na skutek błędu w sztuce lekarskiej (art. 445 § 3 k.c.) – powództwa wytoczone zostały na rzecz dzieci jeszcze za ich życia.

Charakteryzując instytucję zadośćuczynienia trzeba zaznaczyć, że jest to świadczenie:²

- pieniężne, wyrażone i realizowane w środkach finansowych;
- mające stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego, bowiem celem tego świadczenia jest wyrównanie uszczerbków o charakterze niematerialnym związanych z doznana krzywdą, która przejawia się rozmiarem kalectwa, oszpecceniem, ograniczeniami ruchowymi, ograniczeniami w możliwości wykonywania czynności życia codziennego, długotrwałością cierpień, leczenia, rehabilitacji, poczuciem bezradności życiowej, ograniczeniem widoków i możliwości poszkodowanego w przyszłości;
- osobistym, tzn. przynależne jest tylko poszkodowanemu, przy czym są tutaj dwa wspomniane wyżej wyjątki;
- fakultatywnym, tzn. w pewnym sensie uznaniowym, bowiem sądowi orzekającemu pozostawia się daleko idącą swobodę w jego przyznaniu i określeniu jego wysokości, przy czym nie oznacza to, że jest tutaj pełna dowolność.

Jeśli chodzi o sposób miarkowania zadośćuczynienia, ustawa nie przewiduje konkretnych wytycznych, którymi należałoby się kierować przy wyznaczaniu wysokości zadośćuczynienia. W Polsce zasadniczą rolę w tym zakresie pełni orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, które nadaje ton wysokości przyznawanych kwot. Najczęściej brane pod uwagę przez sądy czynniki, wpływające na wysokość zadośćuczynienia to przede wszystkim:³

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego wyrażający się w kalectwie, oszpecceniu, ograniczeniach ruchowych, ograniczeniach wykonywania czynności życia codziennego;
- długotrwałość choroby, cierpień, leczenia, rehabilitacji, bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne, okres dochodzenia do względnej sprawności, przywrócenie prawidłowych funkcji organizmu;
- wiek poszkodowanego;
- płeć poszkodowanego;
- poczucie bezradności życiowej, niekorzystne widoki i możliwości poszkodowanego w przyszłości;
- aktualna i zmieniająca się stopa życiowa społeczeństwa polskiego oraz sytuacja materialna społeczności na terenie zamieszkania poszkodowanego;
- inne bardzo różnorodne czynniki mające u poszkodowanego wpływ na poczucie krzywdy uzależnione od konkretnego stanu faktycznego, których trzeba poszukiwać przy każdej indywidualnej sprawie szczególnie z uwzględnieniem wszelkich cech poszkodowanego, jak przykładowo jego pozycja czy wykonywany przed zdarzeniem zawód.

Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy kierować się, każdorazowo uwzględniając indywidualnie okoliczność zaistniałych zdarzeń. Według Sądu Najwyższego „Wysokość zadośćuczynienia powinna być określona



Urszula Borowiecka
referent prawny w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Art. 446 § 4 dodany ustawą z dnia 30 maja 2008 r. (Dz. U. nr 116, poz. 731), która weszła w życie w dniu 3 sierpnia 2008 r.

² A. Daszewski, *Zadośćuczynienie za szkody niemajątkowe z art. 445 § 1 k.c. oraz art. 446 § 4 k.c.*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2010, nr 9, s. 34–35.

³ *Ibidem*.

z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy mających wpływ na rozmiar krzywdy doznanej przez poszkodowanego. Art. 455 k.c. daje podstawę do tego, że sąd może zasądzić odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia według swojej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy⁴ (por. wyrok SN z dnia 27 sierpnia 1969 r. sygn. akt I PR 224/69). Zdaniem Sądu Najwyższego „W odniesieniu do zadośćuczynienia pieniężnego z art. 445 § 1 k.c. funkcja kompensacyjna musi być rozumiana szeroko, bowiem obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i sferę psychiczną poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne⁵. Istotnym przy miarkowaniu zadośćuczynienia jest także to, że Sąd może zasądzić je w przypadku przemijających zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 marca 2002 r. podkreślił bowiem, że „Nie tylko trwałe, lecz także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 455 § 1 k.c.”⁶

Za co? Ile? ⁷

W ostatnim czasie można zaobserwować tendencję zwykłą jeśli chodzi o wysokości kwot przyznawanych przez sądy zadośćuczynień. Poniżej postaram się zobrazować niniejsze zagadnienie podając, w mojej ocenie, najciekawsze przykłady z ostatnich lat⁸.

I tak, w 2006 r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu⁹ przyznał poszkodowanemu zadośćuczynienie w wysokości 300 000 zł, (tym samym zmieniając wyrok Sądu Okręgowego w Koninie – 180 000 zł zadośćuczynienia) za cierpienia fizyczne i psychiczne w wyniku popełnionego przez lekarzy błędu. W uzasadnieniu do wyroku Sąd stwierdził, że „Przepis art. 445 § 1 k.c. w nawiązaniu do art. 444 k.c. stanowi, że sąd może przyznać poszkodowanemu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę (szkodę niemajątkową) ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi. Zadośćuczynienie ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień, ale jego wysokość nie może być dowolna, ściśle musi uwzględniać stopień doznanej krzywdy. Dlatego też ustawodawca wyraźnie zastrzegł, że ma to być odpowiednia suma tytułem zadośćuczynienia. Jest to rekompensata za całą krzywdę i przyznaje się ją jednorazowo¹⁰.”

W omawianej sprawie, na skutek szeregu uchybień podczas postępowania bezpośrednio przed porodem (m.in. opóźniona decyzja o rozwiązaniu drogą operacyjną) nastąpiło niedotlenienie płodu, co spowodowało u noworodka ciężką 4–kończynową postać mózgowego porażenia dziecięcego, z którym wiąże się upośledzenie umysłowe stopnia umiarkowanego lub głębokiego oraz zatrzymanie rozwoju ruchowego; dzieci z takim schorzeniem nie osiągną etapu samodzielnego siedzenia oraz chodzenia, a rokowanie pogarsza współistnienie padaczki; powód wymaga pomocy we wszystkich czynnościach życia codziennego, a ponieważ rokowania na przyszłość co do wyleczenia są niepomyślne, będzie wymagał opieki przez całe życie. Sąd w uzasadnieniu wyroku stwierdził, że „Odpowiednia jest kwota 300 000 zł, ponieważ uwzględnia ona wysoki stopień cierpień fizycznych i psychicznych, a więc rozmiar doznanej krzywdy, jak również wiek poszkodowanego (powód ma obecnie 9 lat) i związany z tym czas trwania cierpień, który ma charakter trwały (...) Suma 300 000 zł stanowi ekonomicznie odczuwalną wartość, obok odszkodowania i renty¹¹. Dalej Sąd stwierdza, że „suma 300 000 zł jako zadośćuczynienie z jednej strony uwzględnia wyjątkowo wysoki stopień krzywdy powoda i dlatego nie może być uznana jako nadmierna. Z drugiej strony nie pomija panujących stosunków majątkowych, przez co jest utrzymana w rozsądnych granicach¹².”

W 2010 r. kwota zasądzona w analogicznej sprawie zadośćuczynienia wyniosła dwa razy więcej – 600 000 zł. Takie stanowisko przyjęły kolejno Sądy – Okręgowy i Apelacyjny w Lublinie. Przedmiotowa sprawa również dotyczyła błędu popełnionego przez lekarzy podczas odbierania porodu, bowiem zwlekali oni z wykonaniem cesarskiego cięcia wymuszając poród drogą naturalną. W efekcie doszło do narodzin dziecka sparaliżowanego, niemówiącego, niedowidzącego. Chłopiec choruje na padaczkę, nie siedzi samodzielnie, ma problemy z przełykaniem. Wymaga ciągłej rehabilitacji. Obecnie ma 9 lat. Sąd Apelacyjny w Lublinie przyznał łączną kwotę w wysokości 1 073 000 zł (zadośćuczynienie w kwocie 600 000 zł; 130 000 zł na pokrycie kosztów leczenia i sprzęt rehabilitacyjny, comiesięczna renta w wysokości 5 630 zł)¹³.

⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2000 r. (sygn. akt V CKN 527/2000).

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r. (sygn. akt II CSK 536/07).

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r. (sygn. akt V CKN 909/00).

⁷ Nie podaję sygnatur wszystkich zamieszczonych w tekście orzeczeń, ponieważ nie zostały opublikowane i nie posiadam ich pełnej treści, w związku z czym niektóre stwierdzenia opieram o informacje z prasy i Internetu.

⁸ Większość z nich dotyczy błędu w sztuce lekarskiej.

⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r. (sygn. akt I ACa 1131/05).

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ http://www.bf.com.pl/art/rekordowa_rekompensata_interia.pdf.

Z kolei w 2009 r. Sąd Okręgowy w Lublinie zasądził od szpitala w Puławach 650 000 zł odszkodowania¹⁴ na rzecz powódki – matki sparaliżowanej na skutek źle odebranego porodu dziewczynki. Błąd popełniony przez lekarzy był analogiczny do przedstawionego powyżej, jednak w tym przypadku dziewczynka zmarła (mając 6 lat)¹⁵. Zadośćuczynienie zasądzone zostało na rzecz matki jako spadkobierczynie (art. 445 § 3 k.c.). Sąd Apelacyjny w Lublinie zmniejszył zasądzoną kwotę przyznając ok. 500 000 zł¹⁶.

W podobnej sprawie orzekał również Sąd Najwyższy, który w lipcu 2011 r. zasądził na rzecz rodziców jako spadkobierców (art. 445 § 3 k.c.) od szpitala w Nisku odszkodowanie w kwocie około 1 300 000 zł. W tym przypadku lekarze również nie wykonali cesarskiego cięcia, wobec czego dziecko urodziło się z ciężkim i trwałym uszkodzeniem mózgu (było sztucznie wentylowane, karmione sondą, zacewnikowane, reagowało w zasadzie tylko na bodźce bólowe¹⁷). W efekcie zmarło. Początkowo sprawa trafiła do Sądu Okręgowego w Tarnobrzegu, który zasądził na rzecz powodów 1 000 000 zł jako spadkobierców dziecka. Sąd stwierdził, że „Dziecko zostało skrzywdzone ponad ludzką miarę. Nie mogło poznać, usłyszeć, zobaczyć i poczuć swoich rodziców, odebrano mu radość dzieciństwa, możliwość poznania świata, doznania miłości rodziców”¹⁸. Na skutek postępowania apelacyjnego (Sąd Apelacyjny w Rzeszowie) kwota zadośćuczynienia obniżona została do 200 000 zł, jednak Sąd Najwyższy biorąc pod uwagę argumentację Sądu Okręgowego zażądał wypłaty na rzecz powodów kwoty 1 300 000 zł.

Aktualnie przed sądem toczy się postępowanie w podobnej sprawie. W lipcu 2011 r. pełnomocnik rodziców 3-letniego Tobiasza wniósł pozew o zasądzenie na ich rzecz kwoty 1 000 000 zł tytułem odszkodowania (w tym – zadośćuczynienia). Sytuacja wygląda podobnie jak opisane powyżej, tj. poród przez cesarskie cięcie został opóźniony ze względu na błędną diagnozę lekarską¹⁹.

Opisane powyżej sprawy, ze względu na stronę podmiotową, jak i wysokości orzekanych kwot, stanowią grupę najbardziej spektakularną, medialną. Głośnym w ostatnim czasie był również, ze względu na swój charakter, spór pomiędzy pozwanym zakładem energetycznym a powodem – 13-letnim Kornelem B. Nie chodzi tutaj bynajmniej o błąd popełniony przez lekarzy, ale o błąd popełniony przez zakład energetyczny polegający na nieprawidłowym zabezpieczeniu słupa wysokiego napięcia. Chłopiec wszedł na słup w celu wykonania zdjęć na zajęcia plastyczne. Na skutek porażenia prądem spadł z wysokości dwunastu metrów. Do dnia dzisiejszego jest całkowicie sparaliżowany²⁰.

W omawianej sprawie Sąd Apelacyjny w Lublinie (sygn. akt I ACa 298/11) zasądził od zakładu energetycznego na rzecz Kornela B. 700.000 zł zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Oprócz zadośćuczynienia Sąd przyznał 26 900 zł tytułem odszkodowania, 23 000 zł skapitalizowanej renty, 8 000 zł renty bieżącej i ponad 3 000 zł renty comiesięcznej. Sąd stwierdził 50% przyczynienia się chłopca do zdarzenia ze względu na stwierdzony u niego zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, tj. ADHD²¹. W uzasadnieniu do wyroku Sąd Apelacyjny wyraźnie podkreślił ogrom cierpienia fizycznych i psychicznych chłopca a także to, że pozwana spółka odpowiada za pogorszenie się stanu zdrowia poszkodowanego w przyszłości.

Jeśli chodzi o zadośćuczynienie dla bezpośrednio poszkodowanych, na marginesie można zwrócić uwagę na sprawę, która również była przedmiotem rozważań Sądu Apelacyjnego w Lublinie (sygn. akt I ACa 269/11), a dotyczyła zadośćuczynienia dla poszkodowanych, którzy zostali poparzeni podczas grillowania. Zdarzenie nastąpiło na skutek zapalenia się od pochodni łatwopalnego płynu znajdującego się w butelce, którą gospodarz niechcący rzucił na stół, wskutek czego gorący płyn oblał gości. Poparzeniom uległy dwie osoby – 22-letnia kobieta, która doznała oparzeń II stopnia 20% ciała, w tym twarzy, szyi, klatki piersiowej, dróg oddechowych i rąk; 27-letni mężczyzna, który doznał oparzeń II i III stopnia 24% powierzchni ciała. Sąd Apelacyjny w Lublinie utrzymał w mocy wyrok Sądu Okręgowego w Siedlcach, w którym kwota zadośćuczynienia opiewała na 60 000 zł, uznając iż ze względu na okoliczności sprawy kwota ta nie jest wygórowana²².

Aktualne tendencje

W niniejszym opracowaniu starałam się przedstawić najbardziej spektakularne, ze względu na okoliczności faktyczne i przyznawane kwoty, ostatnie orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów powszechnych. Niemniej jednak, należy zauważyć, że podobne rozstrzygnięcia stanowią coraz większy odsetek wśród rozpoznawanych na omawianym tle spraw. Z pewnością zaobserwować można tendencję wzrostową co do zasądzanych kwot. Analizując orzecznictwo należy

¹⁴ Nie jest znana konkretna kwota zadośćuczynienia.

¹⁵ <http://www.dziennikwschodni.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090227/PULAWY/551993125>.

¹⁶ <http://www.dziennikwschodni.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090527/PULAWY/113367556>.

¹⁷ <http://www.nowiny24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20110711/NISKO/8411817>.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1646516,1,milion-za-zly-porod,index.html>.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ <http://www.rp.pl/artykul/698876-Zaklad-energetyczny-odpowie-na-zasadzie-ryzyka.html>.

²² <http://www.odszkodowawczy.pl/news/show/id/63>.

stwierdzić, że sądy przy znacznych uszczerbkach, standardowo orzekają na poziomie 200 000–300 000 zł, jednak coraz częściej zdarzają się rozstrzygnięcia przekraczające te kwoty, bo sięgające 400 000 a nawet 500 000 zł²³ i większe.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 stycznia 2011 r.²⁴ wzrost kwot przyznawanych w ramach zadośćuczynienia dla bezpośrednio poszkodowanych uzasadnia w ten sposób, że „Aktualne orzecznictwo skupia się w stwierdzeniach, że jedynym rozsądnym kryterium przy ocenie wysokości zadośćuczynienia, biorąc pod uwagę jego funkcję kompensacyjną, jest rozmiar szkody poniesionej przez poszkodowanego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 12 października 2004 r., sygn. akt I ACa 530/04; wyrok SN z dnia 30 stycznia 2004 r., sygn. akt I CK 131/03 i z dnia 27 lutego 2004 r., sygn. akt V CK 282/03)”. Sąd Najwyższy stwierdza ponadto, że „Obecnie, przy ustalaniu odpowiedniego zadośćuczynienia, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c., nie można pomijać notoryjnego faktu, iż w obecnej sytuacji społeczno-gospodarczej, polskie społeczeństwo jest w wysokim stopniu rozwarstwione pod względem poziomu życia i zasobności majątkowej. Z jednej strony istnieje bowiem grupa ludzi bardzo dobrze sytuowanych majątkowo, dla których określona kwota jest sumą mało znaczącą w ich budżetach domowych, zaś z drugiej strony funkcjonuje w społeczeństwie rzesza osób niezamożnych, dla których taka kwota jest wręcz niewyobrażalna. O ile więc konsekwencją poprzednio przedstawianej w judykaturze zasady – w myśl której wysokość „odpowiedniej sumy” powinna być „utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa” – była tendencja do zasądzania przez sądy tytułem zadośćuczynienia sum raczej skromnych, o tyle w ostatnich latach można zaobserwować jej korektę w kierunku zasądzania na rzecz poszkodowanych zdecydowanie wyższych kwot pieniężnych. W ostatnich latach należy odnotować przykłady orzeczeń, w których – respektując zasadę, w myśl której uwzględnienie stopy życiowej społeczeństwa przy określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może podważać jego kompensacyjnej funkcji – Sąd Najwyższy przyznawał poszkodowanym kwoty zadośćuczynienia zdecydowanie wyższe niż orzekane przez sądy powszechne”²⁵.

Jako przykład w powołanym uzasadnieniu Sąd Najwyższy podaje wyrok z dnia 27 lutego 2004 r. (sygn. akt V CK 282/03), w którym Sąd Najwyższy zamiast kwoty 35 000 zł zasądzonej wyrokiem sądu drugiej instancji przyznał poszkodowanemu kwotę 50 000 zł; w wyroku z dnia 10 marca 2006 r. (sygn. akt IV CSK 80/05, z glosą M. Nesterowicza; Monitor Prawniczy 2008 nr 2, s. 99, z glosą J. Matys) Sąd Najwyższy zmienił wyrok sądu drugiej instancji w ten sposób, że zasądzoną na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia kwotę 83 044 zł podwyższył do kwoty 153 044 zł; w wyroku z dnia 20 kwietnia 2006 r. (sygn. akt IV CSK 99/05, z glosą M. Nesterowicza; Przegląd Sądowy 2009 nr 6, s. 120, z glosą M. Wałachowskiej) Sąd Najwyższy zasądzoną wyrokiem sądu drugiej instancji kwotę 100 000 zł podwyższył do kwoty 150 000 zł, natomiast w wyroku z dnia 28 stycznia 2010 r. (sygn. akt I CSK 244/09) Sąd Najwyższy zamiast kwoty 30 000 zł zasądzonej wyrokiem sądu drugiej instancji przyznał poszkodowanemu kwotę 150 000 zł²⁶.

²³ A. Daszewski, *op. cit.*, s. 44.

²⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r. (sygn. akt I PK 145/10).

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 2

Niniejszy artykuł jest kontynuacją prezentacji postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Wzorem pierwszej części, opublikowanej w Monitorze Ubezpieczeniowym Nr 45 (czerwiec 2011), przedstawiona zostanie treść określonego postanowienia wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych, syntetyczny opis stanowisk stron przedstawianych w toku postępowania o uznanie postanowienia wzorca umownego za niedozwolony i co najważniejsze zaprezentowane będzie pełne uzasadnienie oceny Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze danego postanowienia umownego.

Klauzula nr 1237, 1238, 1239, 1240

Klauzule wpisane do rejestru od nr 1237 do 1240 zostaną omówione łącznie, gdyż są tożsame w treści, stwierdzenie ich abuzywności nastąpiło w toku jednego postępowania i w stosunku do tego samego ubezpieczyciela. W tym samym postępowaniu przedmiotem kontroli były także inne postanowienia, które również zostały uznane za zabronione w obrocie konsumenckim i wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1241 – 1244.

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowienia o następującej treści: „W razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił lub zobowiązany jest do wypłacenia odszkodowania lub świadczenia”. Z uwagi na fakt, iż powyżej przywołane postanowienie umowne występowało w różnych wzorcach umownych było one przez SOKiK odrębnie oceniane i następnie wpisane pod różnymi numerami do rejestru klauzul abuzywnych tj., od nr 1237 do nr 1240.

Zdaniem strony powodowej, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 13 k.c. Postanowienie to przewidywało możliwość nie zwracania składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia. Dotyczyło zarówno sytuacji, w której wypowiedzenie, bądź odstąpienie od umowy ubezpieczenia nastąpiło po zajściu szkody całkowitej, jak i w sytuacji, w której rozwiązanie umowy nastąpiło po zajściu szkody częściowej. W opinii powoda, przedmiotowe postanowienie znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nie równorzędny. Było głęboko niesprawiedliwe, a nawet sprzeczne z treścią art. 813 § 1 k.c. Powód podniósł, że przepis ten nakazuje zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie przez zakład ubezpieczeń świadczona. Z kolei konsumentom należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, gdyż nie otrzymują w tym okresie ekwiwalentnego świadczenia, tj. ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienie to prowadziło zatem do zachwiania równowagi kontraktujących stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została ta równowaga, jest uznanie, iż niezwracanie konsumentom przez zakład ubezpieczeń składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia może powodować ukształtowanie ich praw w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podniósł także, że naruszenie interesów konsumentów jest szczególnie rażące w przypadku, gdy odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie przez zakład ubezpieczeń nastąpiło po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równemu niewielkiemu ułamkowi sumy ubezpieczenia. Rażącym naruszeniem interesów konsumentów było stworzenie prawa pozwanego do zachowania w takim przypadku całości uiszczonej przez konsumenta składki. Zakład ubezpieczeń dokonując wypowiedzenia umowy, pozbawiał konsumenta ochrony ubezpieczeniowej oraz zatrzymywał składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W takiej sytuacji konsument musiał zawrzeć nową umowę ubezpieczenia i po raz drugi zapłacić za ten sam czas ochrony ubezpieczeniowej.

Pozwany zakład ubezpieczeń podniósł, że uwarunkowanie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy wynika z faktu spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. W opinii pozwanego zgodnie z definicją zawartą w art. 805 § 2 k.c. świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym określonego odszkodowania za szkodę. Kwestionowane przez powoda postanowienia zakładają właśnie zapłatę przez ubezpieczyciela odszkodowania ubezpieczeniowego, a zatem spełnienia zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia. Pozwany podniósł, że jest oczywistym, że głównym świadczeniem



Paweł Wawaszczak
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

ubezpieczyciela jest świadczenie ubezpieczeniowe określone w art. 805 k.c. Składka jest ubezpieczycielowi należna w przypadku spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Zdaniem pozwanego powyższy przepis nie dotyczy sytuacji, w której ubezpieczyciel spełnił już świadczenie ubezpieczeniowe. Ponadto fakt wywiązania się ubezpieczyciela z zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia, tj., zapłata świadczenia określonego w art. 805 k.c. podważa zasadność zarzutu powoda o naruszeniu dobrych obyczajów czy zasad współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie o powyższej treści stanowiło niedozwoloną klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385¹ k.c., i które to jednocześnie naruszało dyspozycję art. 385³ pkt 13 k.c. W ocenie SOKiK wyżej wymieniony zapis, wprowadzając ogólną regułę niezwracania ubezpieczającemu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia, w przypadku gdy w okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy zobowiązany jest do jego wypłacenia ubezpieczyciel, nie znajdował uzasadnienia i prowadził do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nie równorzędny dla konsumenta. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przepis ten określa ekwiwalentne świadczenia stron umowy. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń, które odpowiada świadczeniu ubezpieczającego jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, polegające na zobowiązaniu do wypłaty odszkodowania w razie nastąpienia określonego w umowie zdarzenia. Koniecznym elementem każdej umowy ubezpieczenia jest określenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto, zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę, która stanowi świadczenie ubezpieczającego, oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przepis ten nakazuje zatem zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zdaniem SOKiK z powyższego wynika jednoznacznie, że odpowiednikiem świadczenia ubezpieczającego (zapłacenia składki) jest udzielenie przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej od określonych zdarzeń w określonym czasie. Ochrona ubezpieczeniowa trwa zatem przez cały czas obowiązywania umowy, niezależnie od faktu, czy w tym okresie nastąpiło, czy też nie nastąpiło zdarzenie objęte ochroną. Zatem świadczenie zakładu ubezpieczeń, polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, może zostać uznane za spełnione dopiero po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta. Mając powyższe na względzie uznać należy, że zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie przez ten zakład świadczona, natomiast konsumentowi należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia mamy do czynienia z sytuacją, w której świadczenie ubezpieczającego, polegające na zapłaceniu składki, spełnione zostało w całości, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, spełnione zostało tylko w części. W takim przypadku zakład ubezpieczeń, który uzyskał świadczenie ubezpieczającego jednocześnie sam zwalniał się z obowiązku spełnienia świadczenia ekwiwalentnego, uzyskując tym samym kosztem ubezpieczającego, niczym nieuzasadnione korzyści. Prowadziło to w ocenie SOKiK do zachwiania równowagi kontraktowej stron. Takie ukształtowanie praw i obowiązków obu stron umowy było oczywiście sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Ponadto wyczerpywał wprost przesłanki typowej klauzuli abuzywnej wymienionej przez ustawodawcę w art. 385³ pkt 13 k.c. Przewidywał bowiem utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiadają lub odstępują od umowy.

Klauzula nr 1241

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowienie o następującej treści: „W razie odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko, wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowania lub jest obowiązany do jego wypłacenia”. Postanowienie to zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem 1241. Jeżeli chodzi o stanowisko powoda i pozwanego, a także ocenę Sądu to są one tożsame w treści ze stanowiskami i ocenami prezentowanymi dla postanowień wpisanych do rejestru pod numerami 1237–1240.

Klauzula nr 1242 i 1243

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r., w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowienie o następującej treści: „Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki”. Z uwagi na fakt, iż postanowienie to było stosowane w dwóch różnych wzorcach zostało one wpisane odpowiednio do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1242 i 1243.

Zdaniem powoda postanowienie to wypełniało dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 17 k.c. Dotyczyło przypadku zwrotu składki w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, o którym mowa w art. 812 § 4 k.c. Przewidziane przez ten przepis prawo do odstąpienia od umowy ma chronić konsumentów przede wszystkim przed podjętymi pochopnie decyzjami o zawarciu umowy ubezpieczenia. Zdaniem powoda, w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie może pobierać od ubezpieczającego żadnych opłat manipulacyjnych. Zapisy przewidujące pobranie opłaty za odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie znajdują żadnego uzasadnienia i są głęboko niesprawiedliwe. Możliwość odstąpienia od umowy zostaje ograniczona, gdyż wiąże się z koniecznością podniesienia dodatkowych kosztów. Ponadto, prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej przysługuje wyłącznie jednej stronie umowy, tj. zakładowi ubezpieczeń. Jeżeli to zakład ubezpieczeń rozwiąże umowę, konsumentom nie przysługują analogiczne uprawnienia. Pozostawało to zdaniem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprzeczności z zasadą równego traktowania stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została równowaga kontraktujących stron, było uznanie, iż pobieranie przez zakład ubezpieczeń opłaty manipulacyjnej od ubezpieczającego za odstąpienie od umowy może powodować ukształtowanie ich praw w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z kolei ograniczenie praw konsumentom do odstąpienia od umowy poprzez ustanowienie opłaty manipulacyjnej naruszało w sposób rażąco interesy ekonomiczne konsumentów. Dodatkowo potrącana opłata była ustalona jako odpowiednia część zwracanej składki bez zaznaczenia limitu kwotowego. W przypadku kiedy konsument zapłaci z góry za kilka okresów ubezpieczenia, a następnie odstąpi od umowy, opłata ta może okazać się bardzo wysoka, co można z kolei zakwalifikować jako rażąco wygórowane odstępnę.

Pozwany podniósł, że uzasadnienie stosowania opłat manipulacyjnych wynika z komercyjnego charakteru działalności zakładu ubezpieczeń. Z tego rodzaju działalnością związane są koszty jej prowadzenia. Są to koszty administracyjne, pośrednictwa ubezpieczeniowego, reasekuracji, lokowania środków. W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy zakłady ubezpieczeń ponosiły same tego rodzaju koszty bez możliwości ich jakiegokolwiek rekompensaty. Za kontrowersyjną uznano by ich rekompensatę poprzez podwyższenie składki ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego, wobec masowości umów ubezpieczenia niemożliwe jest także precyzyjne określenie właściwego poziomu opłat manipulacyjnych, czy ich indywidualizacja.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385¹ k.c. Stosownie do treści art. 812 § 4 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczającym jest przedsiębiorca w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczeniowej powinna zostać mu zwrócona cała składka wpłacona z góry za okres przypadający po rozwiązaniu umowy. Zastrzeżenie zapłaty kary umownej istotnie ograniczało możliwość odstąpienia od umowy, gdyż wiązała się z koniecznością poniesienia przez konsumenta dodatkowych kosztów (opłaty manipulacyjnej). SOKiK wskazał także, że prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej zostało zastrzeżone wyłącznie dla jednej ze stron – dla ubezpieczyciela. W przypadku, gdy to zakład ubezpieczeń odstąpił od umowy, konsumentowi nie przysługiwało analogiczne prawo. Takie ukształtowanie wzajemnych praw i obowiązków powodowało zachwianie równowagi stosunku prawnego, nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów.

Klauzula nr 1244

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowienia o następującej treści: „Jeżeli została udzielona zniżka składki z tytułu zastosowania zabezpieczeń antywłamaniowych, a zabezpieczenie to w momencie powstania szkody (...) nie zadziałało (...), Ubezpieczyciel może zmniejszyć odszkodowanie o procent udzielonej zniżki”. Postanowienie to zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1244.

Zdaniem powoda, Prezesa UOKiK, postanowienie to wypełniało dyspozycję art. 385¹ § 1 k.c. Przyznawało pozwanemu ubezpieczycielowi uprawnienie do obniżenia wypłaconego odszkodowania w razie niezadziałania w momencie powstania szkody zabezpieczeń antywłamaniowych, za które udzielono obniżki składki. Powyższy zapis w pełnym brzmieniu przewidywał również możliwość zmniejszenia wysokości odszkodowania w przypadku, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe w momencie powstania szkody nie było wyłączone, było niesprawne lub zostało wcześniej zdemontowane. Prezes UOKiK nie zakwestionował w tym zakresie wskazanego zapisu, bowiem wymienione przypadki dotyczyły sytuacji, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe nie zabezpieczało należycie rzeczy z przyczyn zależnych od konsumenta. Natomiast zastrzeżenia Prezesa UOKiK wzbudziło uprawnienie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania o procent udzielonej zniżki za zastosowanie zabezpieczeń antywłamaniowych w przypadku niezadziałania tych zabezpieczeń w momencie powstania szkody z przyczyn niezależnych, niezawinionych przez konsumenta. Zdaniem powoda kwestionowane postanowienie to znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta

oraz prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny. Ubezpieczający nie miał żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziałało. Trudno mówić o winie umyślnej lub o rażącym niedbalstwie ubezpieczającego, który zabezpieczając mienie uruchomił urządzenie antywłamaniowe i urządzenie było sprawne. Jak wskazał powód decyzja o przyznaniu obniżki składki z tytułu zastosowania zabezpieczeń antywłamaniowych należy do zakładu ubezpieczeń. W sytuacji, gdy przyczyna niezadziałania tych zabezpieczeń nie leżała po stronie konsumenta, sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów jest obniżanie przez zakład ubezpieczeń wysokości należnego odszkodowania.

W ocenie natomiast strony pozwanej sprawnie działające zabezpieczenia antywłamaniowe powodują zmniejszenie ryzyka kradzieży, ryzyka wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. W sytuacji, gdy w momencie powstania szkody zabezpieczenie nie zadziałało to odpadło uzasadnienie udzielenia zniżki za jego stosowanie. Gdyby zabezpieczenie zadziałało to do kradzieży mogłoby w ogóle nie dojść. Konsekwencja takiego stanu rzeczy powinna obciążać ubezpieczającego. W związku z czym przedmiotowe postanowienie nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, ani nie naruszało rażąco interesów ubezpieczającego.

Oceniając postanowienie o treści powyżej przywołanej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zauważył, iż stanowi ono niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. O abuzywnym charakterze zakwestionowanego zapisu przesądził fakt, iż zastrzeżenie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania miało charakter kategoriyczny i dotyczyło każdego przypadku niezadziałania zabezpieczenia antywłamaniowego, bez względu na to, z jakich przyczyn to dodatkowe zabezpieczenie nie zadziałało. Zdaniem Sądu, o ile zastrzeżenie zmniejszenia odszkodowania w przypadku, gdy urządzenie nie zadziałało z powodów zależnych od konsumenta, znajdowało swoje uzasadnienie, o tyle zmniejszenie odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający zachował maksimum należytej staranności, a urządzenie nie zadziałało z przyczyn od niego niezależnych jest nieuzasadnione i nie mieściło się w granicach dobrych obyczajów. Należy zaznaczyć, że konsument może nie mieć żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziałało. Natomiast decyzja o przyznaniu zniżki za zastosowanie określonych zabezpieczeń należy zawsze do zakładu ubezpieczeń. Zatem to pozwany wyłącznie określał, jakie zdarzenia mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka występowania szkody, co uzasadnia udzielenie zniżki. W ocenie SOKiK to właśnie pozwany powinien przyjąć na siebie ryzyko związane z niezadziałaniem zabezpieczenia antywłamaniowego z przyczyn technicznych, pomimo dochowania należytej staranności przez ubezpieczającego. Przerzucanie takiego ryzyka na konsumenta, który w związku z zainstalowaniem urządzeń zabezpieczających ponosi określone nakłady byłoby niedopuszczalne. Zmniejszenie odszkodowania z powodu niezadziałania zabezpieczeń nie znajdowało żadnego uzasadnienia a konsument, który dochował maksimum należytej staranności, aby urządzenie zadziałało w odpowiednim momencie nie powinien być obciążony ujemnymi skutkami przestępczego działania osób trzecich. SOKiK zaznaczył również, że pozwany dostrzegał prewencyjną rolę, jaką spełnia sam fakt zainstalowania zabezpieczenia antywłamaniowego, jednakże nie uwzględnił takiej sytuacji w stosowanych wzorcach umownych, kategoriycznie stwierdzając, że w przypadku niezadziałania urządzenia antywłamaniowego składka zostaje zmniejszona, bez względu na okoliczności.

Mając powyższe na względzie Sąd uznał, że przedmiotowe postanowienie znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta, prowadząc do rażącego uprzywilejowania pozwanego w stosunku prawnym oraz do ukształtowania praw konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Tym samym postanowienie to stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ k.c.

Klauzula nr 1265

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 października 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII 147/05, uznał za niedozwolone i zakazał UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wykorzystywania w obrocie postanowienia o treści:

„1. Wycena kosztów naprawy obejmuje:

- a) koszt robocizny ustalony wg wartości netto (bez uwzględniania podatku) w oparciu o:
 - naprawcze normy czasowe określone przez producenta pojazdu lub inne, uznane przez UNIQA TU S.A.,
 - średnią stawkę za 1 roboczogodzinę, stosowaną na terenie działalności jednostki terenowej, która zawarła umowę ubezpieczenia lub w miejscu naprawy pojazdu, pod warunkiem braku możliwości dokonania naprawy na terenie działalności ww. jednostki;
- b) reszty części zamiennych i materiałów według wartości netto (tzn. bez uwzględnienia podatku, cła, akcyzy, itp.) ustalonych na podstawie katalogów Eurotax, Audatex lub innych uznanych przez UNIQA TU S.A. (...).”

W ocenie strony powodowej, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, postanowienie o treści powyżej przywołanej, a dotyczącej wyceny kosztów naprawy było sprzeczne z treścią art. 361 § 2 k.c. ustanawiającym zasadę pełnego odszkodowania i art. 363 § 2 k.c., zgodnie z którym wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania. Wypłata odszkodowania według cen netto, a jednocześnie pobieranie składki od wartości samochodu (czyli wartości brutto) naruszała prawa słabszej strony umowy – konsumenta, albowiem cena to

wartość wyrażona w jednostkach pieniężnych, uwzględniając podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu tymi podatkami.

Postanowienie to nie wskazywało precyzyjnie podstawy ustalenia kosztów naprawy, w tym także części zamiennych i materiałów niezbędnych do naprawy. Dodatkowo to do pozwanego należał wyłącznie w konkretnym przypadku wybór podstawy przyjętej do oszacowania szkody i odszkodowania. Pozwany pozostawiał sobie dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wyceniał szkodę. Ogólne warunki ubezpieczenia winny wprost wskazywać metody, źródła ustalania odszkodowania. Wskazane postanowienie kształtowało prawa i obowiązku konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, bowiem prawa konsumenta wynikające z umowy autocasco nie były wyraźnie określone, konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy, właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do dokonania jednostronnego wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody przez co narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej. Tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385¹ § 1 k.c.

Strona pozwana podniosła, że ubezpieczającemu przysługuje prawo wyboru rodzaju naprawienia szkody. Zakwestionowany zapis dotyczył ustalania odszkodowania metodą kosztorysową, jednak ubezpieczony w oparciu o inne zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia mógł złożyć wniosek, aby ustalenie odszkodowania nastąpiło na podstawie poniesionych kosztów naprawy, udokumentowanych fakturami, rachunkami. W takiej sytuacji odszkodowanie było ustalone w cenach brutto, o ile ubezpieczony nie był płatnikiem podatku VAT. Ponadto, zdaniem strony pozwanej treść art. 17a ustawy o działalności ubezpieczeniowej wskazywała, że jeżeli podmiot nie będący płatnikiem VAT, któremu przysługuje odszkodowanie nie okaże faktur za naprawę, to ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do uwzględnienia w odszkodowaniu tego podatku. Zakład ubezpieczeń nie uzależniał wypłaty odszkodowania od faktu naprawienia pojazdu, lecz ustalił w o.w.u. odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonują naprawy i dla tych, którzy wybierają kosztorysowe rozliczenie szkody.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że zapis ten pozostawał w sprzeczności z art. 385¹ § 1 k.c. – jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interes konsumentów. Postanowienie to nie wskazywało jednoznacznie, precyzyjnie podstawy ustalenia kosztów naprawy, w tym zarówno kosztów robocizny, jak i części zamiennych oraz materiałów niezbędnych do naprawy. Takie nieprecyzyjne określenia pozwalały ubezpieczycielowi w konkretnym przypadku dokonywać wyboru podstawy przyjętej do oszacowania szkody i odszkodowania. Zakład ubezpieczeń pozostawił sobie dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wycenił szkodę. Tymczasem umowa powinna jednoznacznie wskazywać metody ustalania odszkodowania. SOKiK w pełni podzielił stanowisko Prezesa UOKiK, że w oparciu o wskazane postanowienie prawa konsumenta wynikające z umowy ubezpieczenia autocasco nie były wyraźnie określone, konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy i właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała ubezpieczycielowi uprawnienie do dokonania jednostronnego wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody, przez co narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej i tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385¹ § 1 k.c.

Kwestionowane postawienie dotyczyło także ustalenia rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania według wartości netto w przypadku kosztorysowej metody, co oznaczało, że zarówno koszt robocizny, jak i części zamiennych i materiałów nie obejmował kwoty podatku VAT. Inny zapis umowy ustalał odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonywali naprawy samochodu, odrębnie, bo uwzględniające podatek VAT w kwocie odszkodowania. Tymczasem zdaniem SOKiK obowiązek naprawienia szkody powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy. Decyzja poszkodowanego o dokonaniu naprawy samochodu bądź jej zaniechaniu nie ma wpływu na wysokość doznanego uszczerbku majątkowego. Z tych względów określenie innych reguł ustalania odszkodowania, w zależności od tego czy dokonywana jest naprawa samochodu, czy też nie, w oderwaniu od wysokości szkody, tożsamej w obu przypadkach, trudno uznać za postanowienia jednoznacznie określające świadczenia główne.

Ocena tego postępowania była również przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny w pełni poparł stanowisko sądu I instancji i jego uzasadnienie dotyczące tego zapisu. Zdaniem SA świadczenie ubezpieczyciela powinno być określone w sposób jednoznaczny i precyzyjny, wobec czego wskazanie jako podstawy wyceny składników odszkodowania bliżej nieokreślonych w umowie katalogów innych niż Eurotax, czy Audatex należy uznać za niedopuszczalne. Stwarzałoby możliwość jednostronnego kształtowania treści zobowiązania przez ubezpieczyciela, co bez wątpienia rażąco naruszało interes konsumenta. Przede wszystkim Sąd Apelacyjny uznał jednak, że przyjęcie metody kosztorysowej do ustalania odszkodowania w istocie ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Niezależnie bowiem od tego czy poszkodowany naprawił uszkodzony w wypadku pojazd, czy też podjął decyzję odmienną odnośnie uszkodzonego pojazdu należy mu się od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie ustalone według zasad wynikających z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., co oznacza, że jego wysokość ma odpowiadać kosztom przywrócenia pojazdowi jego wartości sprzed wypadku. Gdy zatem naprawa pojazdu przywróci mu jego wartość sprzed wypadku, odszkodowanie winno

odpowiadać kosztom takiej właśnie naprawy. Zgodnie z art. 363 § 3 k.c. wysokość tak określonego odszkodowania powinna być ustalana według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania (i co do zasady według ceny z daty ustalania odszkodowania). Dodatkowo, zdaniem Sądu Apelacyjnego skoro stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, cena jest wartością wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę przy czym w cenie uwzględnia się podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towarów (usługi) podlega obciążeniu podatkiem VAT oraz podatkiem akcyzowym, to miernikiem wysokości szkody ustalonej według cen kosztów naprawy jest tak właśnie określona cena naprawy pojazdu, a zatem cena części zamiennych i usług obejmująca podatek VAT. Takie stanowisko zajął również SN w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06), które w pełni SA zaakceptował przy ocenie tego postanowienia i uznał, iż ukształtowanie postanowienia umownego nierespektującego zasad w nich przedstawianych uznać należy za przejaw niedozwolonego, zgodnie z treścią art. 385¹ k.c. ograniczenia odpowiedzialności kontraktowej.

W niniejszym postępowaniu SOKiK w I instancji uznał za niedozwolone i zakazał także stosowania postanowienia wzorca umownego o nazwie „Szczególne warunki ubezpieczenia – Assistance Auto PLUS24 service” o treści:

„1. UNIQA TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu lub osobie ani szkody w postaci utraconych korzyści powstałe w związku wykonywaniem usług świadczonych w następstwie realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia UNIQA Assistance.

2. Odpowiedzialność UNIQA TU S.A. z tytułu ubezpieczenia UNIQA Assistance polega na organizacji lub pokryciu kosztów usług zorganizowanych przez UNIQA TU S.A., o których mowa w niniejszych s.w.u., nie obejmuje zaś wykonywania tych usług”.

Zdaniem strony powodowej powyżej wskazany zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385³ pkt 1 i 2 k.c., ponieważ wyłączał lub ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za szkody na osobie oraz wyłączał lub istotnie ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania. Zapis ten, w ocenie powoda, był sprzeczny z art. 474 k.c., zgodnie z którym dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje, jak również osób, którym wykonanie zobowiązania powierza. Następstwa niezachowania należytej staranności przy wykonywaniu umowy o udzielenie pomocy assistance powinny obciążać dłużnika tego stosunku prawnego, a więc zakład ubezpieczeń. Nie miała przy tym znaczenia, okoliczność tego rodzaju, że ubezpieczyciel zlecał udzielenie pomocy innemu profesjonalistcie. Konsument zawierał bowiem umowę z zakładem ubezpieczeń, nie zaś z podmiotem świadczącym usługi assistance. Kwestionowany zapis wzorca umownego miał więc na celu zwolnienie zakładu ubezpieczeń z odpowiedzialności za nienależyte wykonanie zobowiązania. Stanowił przejaw nadużycia pozycji profesjonalisty, wykorzystywał nieświadomość konsumenta, ponieważ w świetle kodeksu cywilnego w przypadku spowodowania szkody to dłużnik jest zobowiązany do jej naprawienia.

Zdaniem strony pozwanej w ramach szczególnych warunków ubezpieczenia assistance ubezpieczyciel zobowiązuje się jedynie do zorganizowania i pokrycia kosztów wskazanych we wzorcu usług. Natomiast ubezpieczyciel nie świadczy tych usług bezpośrednio. Udzielenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance nie polegało zatem na dokonaniu naprawy w drodze, lecz na zorganizowaniu i pokryciu jej kosztów. Jeżeli zakład ubezpieczeń powierzył innemu podmiotowi świadczenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance wskazując numer telefonu, pod którym należy zgłosić zdarzenie, to ponosi odpowiedzialność, jeżeli ubezpieczonemu nie udzielono pomocy w ramach ubezpieczenia assistance. Kwestionowane postanowienie nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego, ponieważ nie dotyczyło szkód powstałych na skutek udzielenia przez ubezpieczyciela świadczeń w ramach umowy, lecz szkód powstałych w związku z usługami świadczonymi przez inne podmioty.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił stanowiska ubezpieczyciela, że kwestionowane postanowienie s.w.u. swoim zakresem obejmowało jedynie świadczenie usług przez inne podmioty nie zaś szkody powstałej na skutek realizacji usług przez pozwaną. Możliwe, że taka była intencja twórcy wzorca, jednak w ocenie SOKiK nie znalazł ona wyrazu w zakwestionowanym zapisie. Zgodnie z postanowieniami szczególnych warunków ubezpieczenia świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy assistance polegało na zorganizowaniu i pokryciu kosztów udzielonej pomocy. Zgłoszenie zdarzenie objętego ochroną ubezpieczeniową należało dokonać za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA tj., firmy organizującej i świadczącej usług assistance, a działającej w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela. Tak więc częściowo zakres działania tego podmiotu jako firmy organizującej usługi assistance opierał się na działaniu w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie ubezpieczyciel powinien ponosić odpowiedzialność jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje, jak również, którym wykonanie zobowiązania powierza. Kwestionowane postanowienie wzorca zostało tak sformułowane, że zdaniem SOKiK mogło wyłączać odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkodę w mieniu lub osobie powstałą na skutek niewykonania, czy też nienależytego zorganizowania pomocy. Tego zapis był wyrazem nie równorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny, a zatem spełniał przesłanki art. 385³ § 1 i 2 k.c.

Ocena tego postanowienia był przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny nie podzielił stanowiska sądu I instancji o abuzywnym charakterze tego zapisu, zmienił wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo w części kwestionującej to postanowienie umowne. Zdaniem SA zakres odpowiedzialności pozwanej określa treść jej zobowiązania. Odpowiada ona bowiem, zgodnie z art. 471 k.c. za niewykonanie lub nienależyte wykonanie wynikającego z łączącej strony umowy zobowiązania i to niezależnie od tego czy wykonuje je sama, czy powierzyła jego wykonanie osobom trzecim lub wykonuje je za ich pomocą (art. 474 k.c.). Rozstrzygając o żądaniu uznania postanowień s.w.u. za niedozwolone klauzule umowne należało ustalić zakres więzi zobowiązaniowej stron umowy, a tym samym treść zobowiązania pozwanej. Sąd I instancji wywiódł wniosek, że wzorzec statuuje zasadę działania podmiotu zewnętrznego w imieniu i na zlecenie ubezpieczyciela, co w konsekwencji skutkuje przejęciem odpowiedzialności przez zakład ubezpieczeń za świadczone usługi. Wniosek taki miał wynikać z faktu, że zgłoszenia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową dokonać należało za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA. Takiego wniosku – zdaniem SA – nie można jednak było wyprowadzić z treści umowy. Centrum Dyspozycyjne UNIQA było jednostką organizacyjną organizującą usługi assistance, ale samo posługiwanie się przez ubezpieczyciela taką jednostką nie przesądzało o treści i zakresie zobowiązania ubezpieczyciela. Treść tą wywieść należało z innego postanowienia umownego, które szczegółowo opisywało przedmiot i zakres ubezpieczenia stanowiąc, że ubezpieczyciel zobowiązany jest do organizacji określonych w nim usług, takich jak naprawa pojazdu, jego holowanie czy zakwaterowanie pasażerów oraz pokrycia – w określonym zakresie – wynikających z nich kosztów i do udzielenia informacji. Z treści wzorca nie wynikał obowiązek dokonania napraw, holowania pojazdu, czy zakwaterowania. Zdaniem Sądu Apelacyjnego słusznie podniósł w apelacji ubezpieczyciel, że udzielenie pomocy w ramach assistance nie polegało na dokonaniu naprawy pojazdu w drodze, ale na jej zorganizowaniu i pokryciu w zakresie ustalonym w umowie ubezpieczenia. Samą usługę napraw wykonywał podmiot trzeci na zlecenie samego ubezpieczonego. Dlatego też odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń może rozciągać się jedynie w zakresie niewykonania lub nienależytego wykonania czynności polegających na organizacji pomocy, poniesienia jej kosztów lub nieudzielenia informacji i tylko wyłączenie lub ograniczenie jej we wzorcu w tym zakresie mogło skutkować uznaniem takich klauzul za rażąco naruszające interes konsumenta. Takiego wyłączenia nie przewiduje treść wzorca, który w sposób jasny wyłącza odpowiedzialność w zakresie szkód powstałych w wyniku wykonania usług świadczonych przez inne podmioty, potwierdzając jednocześnie – w sposób jednoznaczny i wyraźny – odpowiedzialność za własne zobowiązania. Takiego ukształtowania odpowiedzialności nie można zatem uznać ani za wyraz nierównorzędnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, ani za godzące rażąco w jego interes ekonomiczny – wobec czego nie zostały wypełnione przesłanki art. 385³ § 1 i 2 k.c.

Klauzula nr 1305

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W przypadku odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia nastąpi zwrot części składki z potrąceniem kosztów manipulacyjnych wynoszących 10% wysokości zwracanej składki – nie więcej niż 200 złotych”. Postanowienie to zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1305.

Zdaniem powoda ubezpieczyciel korzystając z posiadanej przewagi kontraktowej wyłączył z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za nie spełnione w całości świadczenie, czym naruszył dyspozycję art. 385³ pkt 12 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstępnego, czym naruszył postanowienie z art. 385³ pkt 16 k.c. Tym samym, zdaniem powoda kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385¹ k.c.).

Zdaniem strony pozwanej zakład ubezpieczeń miał prawo do ustalenia opłaty manipulacyjnej na podstawie art. 812 § 2 pkt 6 k.c. Ubezpieczyciel nie podzielił zarzutu, że opłata naruszała dyspozycję art. 385³ pkt 12 i 16 k.c., gdyż opłaty te dotyczą realizowanej przez zakład ubezpieczeń części świadczenia, a ponadto nie stanowi ona odstępnego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Opłata manipulacyjna stanowi techniczną część składki związaną z kosztami bezpośrednimi zawarcia umowy ubezpieczenia, obsługi i zamknięcia umowy ubezpieczenia. Koszty wystawienia polisy są tym wyższe, im krótszy okres ubezpieczenia. W związku z tym pominięcie opłaty manipulacyjnej na pokrycie kosztów technicznych spowodowałoby jej włączeniem do składki ubezpieczeniowej, co skutkowałoby jej zwyczajem.

W ocenie SOKiK postanowienie to wyłączało z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385³ pkt 12 k.c. Dodatkowo nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstępnego, czym naruszało jednocześnie art. 385³ pkt 16 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie Sądu, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385¹ k.c.).

Zwrot kosztów wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika ustanowionego przez poszkodowanego na etapie postępowania likwidacyjnego

Coraz powszechniej osoby poszkodowane na skutek wypadków i kolizji drogowych korzystają z usług profesjonalnych pełnomocników, którzy w toku tzw. postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń dochodzą w imieniu swoich mocodawców roszczeń odszkodowawczych z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Roszczenia o zwrot w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń wydatków ponoszonych przez poszkodowanych w związku z ustanowieniem pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym są oceniane przez orzekające w tego typu sprawach sądy w sposób niejednolity. Jednomyślności co do omawianej kwestii nie ma także w doktrynie prawa cywilnego.

Problematyka zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych była przedmiotem dwóch orzeczeń Sądu Najwyższego dotyczących stanu prawnego sprzed wejścia w życie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.).

W wyroku z dnia 11 czerwca 2001 r. (sygn. akt V CKN 266/00, OSP 2002, nr 3, poz. 40) Sąd Najwyższy uznał, że koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego (obywatela Niemiec) poniesione w postępowaniu przedsądowym nie mieszczą się w odszkodowaniu należnemu poszkodowanemu, gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa ubezpieczenia OC zawarta ze sprawcą szkody. Sąd Najwyższy podkreślił, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec poszkodowanego doznaje pewnych ograniczeń, przewidzianych w przepisach obowiązującego w dacie szkody rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 9 grudnia 1992 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (Dz. U. nr 96, poz. 475 z późn. zm.), wydanego na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r., nr 11, poz. 62 z późn. zm.). Ograniczenia odpowiedzialności przewidywał § 13 rozporządzenia, m.in. w odniesieniu do szkód dotyczących uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia, wyrządzonych przez kierowcę posiadaczowi pojazdu. Na podstawie zaś § 12 pkt 2 ubezpieczyciel zobowiązany był do pokrycia jedynie niezbędnych kosztów obrony sądowej przeciw roszczeniom osoby trzeciej w sporze prowadzonym na polecenie ubezpieczyciela lub za jego zgodą. Uzasadnia to oddalenie powództwa w omawianym zakresie.

Oceny zasadności roszczenia o zwrot kosztów wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego, poniesionych w postępowaniu likwidacyjnym w sytuacji, gdy poszkodowany zamieszkiwał w Niemczech i ustanowił pełnomocnika ze względu na nieznaną trybu dochodzenia odszkodowania od zagranicznego towarzystwa ubezpieczeń, dokonał Sąd Najwyższy także w wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 387/01, LEX nr 141410). Według Sądu stosunek ubezpieczenia OC ma – zarówno w aspekcie powstania obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń, jak i w aspekcie zakresu tego świadczenia – charakter akcesoryjny wobec cywilnoprawnego stosunku odszkodowawczego łączącego ubezpieczającego i poszkodowanego. W praktyce jednak zasada ta doznaje ograniczeń, w wyniku których zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest węższy od zakresu odpowiedzialności sprawcy szkody. W samej już treści § 10 rozporządzenia z dnia 9 grudnia 1992 r. ustawodawca ograniczył zakres odszkodowania przysługującego z ubezpieczenia OC za szkody w mieniu wyłącznie do zniszczenia lub uszkodzenia mienia. Określenie „uszkodzenia” wskazuje, że dotyczy ono przynajmniej częściowego fizycznego uszkodzenia pojazdu, zaś nie mieści się w nim wynagrodzenie, które poszkodowany zapłacił swojemu pełnomocnikowi celem dochodzenia roszczeń w fazie postępowania przedsądowego.

Poza tym, według Sądu Najwyższego, w § 12 rozporządzenia, regulującym rozszerzenie zakresu odszkodowania ponad standard określony w § 10, wyraźnie wskazano, że ubezpieczyciel zobowiązany jest, poza zwrotem uzasadnionych okolicznościami zdarzenia kosztów mających na celu zapobieżenie zwiększeniu szkody, pokryć niezbędne koszty obrony sądowej przeciw roszczeniu osoby trzeciej. Z zapisu tego zatem wynika wyraźnie (*argumentum a contrario*), że inne koszty obrony, w tym także koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym, nie są objęte zakresem odszkodowania należnego od ubezpieczyciela. Niezasadność zatem żądania zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego, ustanowionego dla przedsądowego dochodzenia roszczeń od zakła-



Tomasz Młynarski
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych,
aplikant radcowski przy OIRP
w Warszawie

du ubezpieczeń, wynika przede wszystkim z ograniczenia w tym zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela przez § 12 rozporządzenia.

Sąd Najwyższy podniósł ponadto, iż w judykaturze pojawił się pogląd zaakceptowany w piśmiennictwie, że tego typu wydatki finansowe poszkodowanego nie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem sprawcy wypadku drogowego, który szkodę wyrządził (*vide* wyrok SN w sprawie sygn. akt V CKN 266/00). W każdym razie postępowanie likwidacyjne jest w gruncie rzeczy wewnętrznym postępowaniem zakładu ubezpieczeń, zmierzającym do wypracowania stanowiska tego zakładu wobec zgłoszonej szkody. Gdyby koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego poniesione w postępowaniu przedsądowym miały wchodzić w zakres należnego odszkodowania, to niewątpliwie w okolicznościach sprawy należałoby rozważać, jaka ich wysokość mogłaby być uznana jako pozostająca w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem wywołującym szkodę. W postępowaniu likwidacyjnym poszkodowany ma bowiem niewielkie obowiązki proceduralne, do których należy – oprócz wystąpienia z wnioskiem – przede wszystkim udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego, natomiast zasadniczy ciężar tego postępowania spoczywa na zakładzie ubezpieczeń. Tymczasem powód domaga się z tego tytułu zwrotu kwoty, która znacząco przekracza stawki taryfy adwokackiej za zastępstwo przed sądem, a niewątpliwie nakład pracy jest w tym przypadku nieporównywalnie większy.

Problematyka zwrotu kosztów wynagrodzenia prawnika została poruszona przez Sąd Najwyższy również w wyroku z dnia 23 czerwca 2009 r. (sygn. akt III PK 15/09, LEX nr 523690), choć zaznaczyć trzeba, że stan faktyczny tej sprawy nie dotyczył umowy ubezpieczenia OC. Powód mianowicie prowadził przedsiębiorstwo świadczące usługi transportowe i zatrudniał pozwanego jako kierowcę ciągnika siodłowego. Współpracował także z belgijskim przedsiębiorstwem „D.”. W pojeździe kierowanym przez pozwanego, a należącym do „D.”, brytyjskie służby imigracyjne wykryły trzech nielegalnych imigrantów, w związku z czym organ administracyjny nałożył na powoda i na „D.” kary w wysokości po 300 funtów. Powód nie tylko zapłacił karę nałożoną na niego, ale zwrócił też „D.” karę zapłaconą przez to przedsiębiorstwo wraz z kosztami wynajętego prawnika, wynoszącymi 675,45 euro. Zwrotu poniesionych strat, w tym również wynagrodzenia prawnika reprezentującego „D.”, powód dochodził w procesie od pozwanego. Sądy obu instancji uznały roszczenie za zasadne. Również Sąd Najwyższy, rozpatrując skargę kasacyjną pozwanego, podkreślił, że zgodnie z art. 115 k.p. pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda, jednak postawiony w skardze zarzut, że pozwany został obciążony kosztem strat przekraczających normalny związek przyczynowy jest nieuzasadniony. Następstwa zawinonego naruszenia obowiązków przez pozwanego były daleko idące, lecz żadne nie miało charakteru nadzwyczajnego czy nietypowego. Naruszenie prawa imigracyjnego uzasadniało nałożenie kar, a wynajęcie przez „D.” prawnika było normalnym zachowaniem mającym na celu zapobieżenie powstaniu szkody, w tym przypadku – zapłaty kary administracyjnej.

Znacznie częściej przedmiotem orzeczeń Sądu Najwyższego była natomiast problematyka zwrotu z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych kosztów ekspertyzy sporządzonej przed wszczęciem postępowania sądowego, które wszakże również należą do kategorii wydatków ponoszonych przez poszkodowanego.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 września 1975 r. (sygn. akt I CR 505/75, LEX nr 7747) zajął stanowisko, iż wykonana przed wszczęciem postępowania sądowego i poza zabezpieczeniem dowodów ekspertyza może być istotną przesłanką zasądzenia odszkodowania. W takim wypadku koszt ekspertyzy stanowi szkodę ulegającą naprawieniu (art. 361 k.c.). Także w wyroku z dnia 30 lutego 2002 r. (sygn. akt V CKN 908/00, LEX nr 54365) Sąd Najwyższy zajął stanowisko, że ocena, czy koszty ekspertyzy powypadkowej poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym mieszczą się w ramach szkody i normalnego związku przyczynowego, winna być dokonywana na podstawie konkretnych okoliczności sprawy, a w szczególności po dokonaniu oceny, czy poniesienie tego wydatku było obiektywnie uzasadnione i konieczne. Z kolei Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 387/01, LEX nr 141410) orzekł, że koszty ekspertyzy niemieckiego eksperta weszły nie tylko w zakres szkody, ale także należnego powodowi odszkodowania, zgodnie z unormowaniem zawartym w § 25 w zw. z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 9 grudnia 1992 r.

Linia orzecznicza Sądu Najwyższego została ugruntowana dzięki uchwale z dnia 18 maja 2004 r. (sygn. akt III CZP 24/04, OSNC 2005, nr 7–8, poz. 117) o treści: „Odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów może – stosownie do okoliczności sprawy – obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego”. W uzasadnieniu Sąd podkreślił, że wydatki zmierzające do ograniczenia lub wyłączenia szkody, byleby były celowe i wystarczająco uzasadnione, stanowią stratę, o której mowa w art. 361 § 2 k.c., gdyż prowadzą do zmniejszenia aktywów albo zwiększenia pasywów. Sąd zauważył, iż niektórzy autorzy prezentują stanowisko, że zakres pojęciowy szkody podlegającej wyrównaniu przez zakład ubezpieczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje nie tylko koszty związane z uszkodzeniem lub zniszczeniem pojazdu, lecz również takie szkody, jak koszty opinii biegłych co do zakresu uszkodzeń, szkody wynikłe na skutek utraty zarobków przez poszkodowanego, który nie mógł korzystać z pojazdu (np. taksówki) w okresie jego naprawy itp. Objęcie pojęciem szkody kosztów i wydatków po-

niesionych w następstwie zdarzenia wywołanego szkodą wynika z kompensacyjnego charakteru odszkodowawczego. Samo określenie rozmiaru szkody nie przesądza jeszcze o wysokości odszkodowania, ponieważ granice obowiązku naprawienia szkody każdorazowo wyznaczone są przez normalny związek przyczynowy między zdarzeniem wywołującym uszczerbek a szkodą.

Reasumując swój wywód Sąd Najwyższy stwierdził, że pojęcie szkody ubezpieczeniowej, gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa odpowiedzialności cywilnej, jest tożsame z pojęciem szkody zawartym w art. 361 k.c. W skład takiej szkody, według ugruntowanego stanowiska doktryny i orzecznictwa, wchodzi wydatki i koszty związane ze zdarzeniem wywołującym szkodę. Ocena czy poniesione koszty ekspertyzy sporządzonej na zlecenie poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym są objęte odszkodowaniem przysługującym od ubezpieczyciela z umowy OC musi być dokonana przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy, a w szczególności uzależniona od ustalenia, czy zachodzi normalny związek przyczynowy pomiędzy poniesieniem tego wydatku a wypadkiem oraz czy poniesienie tego kosztu było obiektywnie uzasadnione i konieczne, także w kontekście ułatwienia określenia prawidłowo konkretnego ubezpieczyciela, jak i ułatwienia zakładowi ubezpieczeń ustalenia okoliczności wypadku i rozmiarów szkody.

Zagadnienie zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń jest także przedmiotem orzeczeń wydawanych przez sądy powszechne. Poniżej zostaną zaprezentowane rozstrzygnięcia sądów powszechnych z lat 2006–2010, które dotyczą omawianej kwestii. Zauważyć trzeba, że wszystkie zaprezentowane orzeczenia w zasadzie odnoszą się do stanu faktycznego w którym poszkodowani, których pojazd został uszkodzony w kolizji drogowej na terenie Polski, na stałe zamieszkiwali za granicą (przede wszystkim w Niemczech). Część spośród nich miała zaś polskie pochodzenie i posługiwała się w związku z tym językiem polskim. Po powrocie do swojego kraju osoby te ustanawiały profesjonalnych pełnomocników w celu dochodzenia należnych im roszczeń odszkodowawczych od polskiego zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciele odmawiali z kolei zwrotu kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, w związku z czym poszkodowani dochodzili przedmiotowych roszczeń na drodze sądowej.

W rozpatrywanej przez Sąd Rejonowy w Sopocie sprawie sygn. akt I C 288/06 powódka podniosła w pozwie, że nie miała możliwości szybkiego i bezpośredniego bronięcia swoich interesów w postępowaniu likwidacyjnym, tak więc ustanowienie pełnomocnika było postępowaniem prawidłowym i uzasadnionym, zarówno z punktu widzenia logiki, jak i prawa. Poprzez ten fakt starała się także zapobiegać zwiększeniu się szkody. W wyroku z dnia 15 grudnia 2006 r. Sąd zajął stanowisko, że jeżeli poniesione przez poszkodowanego koszty nie wynikały bezpośrednio ze zdarzenia wywołującego szkodę, ale były skutkiem jego inicjatywy, to dla ich ujęcia jako elementu szkody niezbędnym pozostaje wykazanie, że poszkodowany był zmuszony do ich poniesienia, tzn. że było to konieczne. W ustalonym stanie faktycznym powódka nie wykazała, by skorzystanie przez nią w postępowaniu likwidacyjnym z pełnomocnika było obiektywnie uzasadnione i konieczne, a w szczególności aby zmierzało do minimalizowania rozmiarów szkody. Uwzględnić ponadto należy, że zakład ubezpieczeń od początku nie kwestionował co do zasady swojej odpowiedzialności za zdarzenie, a udział pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym ograniczył się do zgłoszenia szkody pozwanemu, co zresztą nastąpiło za pomocą poczty i ograniczało się do skompletowania i przesłania dowodów wystąpienia szkody oraz kosztów jej usunięcia. Brak jest zatem podstaw dla uznania udziału pełnomocnika za niezbędny, jak również stwierdzenia, iż fakt zamieszkiwania powódki poza granicami kraju utrudniał osobisty udział w postępowaniu likwidacyjnym. Tym samym poniesione koszty pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym nie mieściły się w zakresie dyspozycji art. 361 § 2 k.c. i nie pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą, lecz wynikały z nieuzasadnionej okoliczności sprawy (niebędącej koniecznym następstwem szkody) inicjatywy powódki.

Również Sąd Rejonowy dla Warszawy–Śródmieścia w Warszawie w wyroku z dnia 4 lutego 2009 r. (sygn. akt VI C 1177/08) nie podzielił zapatrywania powoda, że poniesienie kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą. Z samego faktu, iż jakieś zdarzenie faktyczne jest następstwem zdarzenia szkodzącego nie wynika jeszcze w sposób konieczny, że jest to następstwo typowe, normalne. Charakter sprawy, a zwłaszcza fakt, że przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego nie rodziło wątpliwości co do osoby sprawcy, wysokości powstałej szkody, konieczności uzyskania ekspertyz i opinii rzeczoznawców, nakazywał przyjmując, iż była ona sprawą typową, o nieznacznym stopniu skomplikowania. W konsekwencji koszt ustanowienia pełnomocnika nie mieści się w pojęciu typowych następstw zdarzenia z którego szkoda wynikała. Posiadanie przez poszkodowanego obywatelstwa państwa obcego nie może przesądzać o zasadności ustanowienia przez niego profesjonalnego pełnomocnika. Poszkodowany nie wykazał zaś, jakie konkretnie trudności mogły się wiązać z samym faktem, że posiadał obywatelstwo państwa obcego, tym bardziej iż włada on językiem polskim.

Zdaniem Sądu Rejonowego w Malborku, wyrażonym w wyroku z dnia 6 października 2009 r. (sygn. akt I C 96/08), roszczenie o zwrot kosztów ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym jest bezzasadne, jeżeli podstawą odpowiedzialności jest umowa ubezpieczenia OC. Sąd powołał się przy tym na orzeczenia Sądu Najwyższego w sprawach sygn. akt V CKN 266/00 oraz IV CKN 387/01. Zauważył też, iż regulacje w zakresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń są zawarte nie tylko w k.c., ale także w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

W szczególności art. 38 ustawy przewiduje ograniczenia tej odpowiedzialności, zaś art. 15 ust. 2 zobowiązuje ubezpieczyciela tylko do zwrotu ubezpieczającemu na określonych zasadach niezbędnych kosztów obrony w postępowaniu karnym i zastępstwa procesowego w postępowaniu cywilnym. Poza tym trudno uznać poniesienie wydatku na pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym za normalne następstwo zdarzenia wywołującego szkodę. Jest to wszak wydatek poniesiony przez poszkodowanego dobrowolnie, brak jest zaś wystarczających przesłanek do uznania, iż wydatek ten był niezbędny dla zabezpieczenia jego praw. Na etapie przedsądowym niezbędne było bowiem po stronie poszkodowanej jedynie zgłoszenie szkody ubezpieczycielowi, po ewentualnym zabezpieczeniu materiału dowodowego odnośnie uszkodzeń pojazdu.

Zupełnie odmienne uzasadnienie dla stanowiska, iż kwota wynagrodzenia niemieckiego pełnomocnika wydatkowana przez poszkodowaną w toku postępowania likwidacyjnego „nie może wejść w skład roszczenia głównego i nie można zaliczyć jej w poczet szkody”, wskazał Sąd Rejonowy w Słupsku w wyroku z dnia 13 października 2009 r. (sygn. akt IX C 181/07). Wedle Sądu przedmiotowe żądanie stoi w sprzeczności z art. 98 k.p.c., gdyż suma ta nie mieści się w kosztach procesu niezbędnych do celowego dochodzenia praw i obrony. W postępowaniu cywilnym nie ma możliwości domagania się zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika na etapie przedsądowym.

Z kolei Sąd Rejonowy w Gnieźnie w wyroku z dnia 28 października 2009 r. (sygn. akt I C 281/09) wskazał, że wydatek związany z wynagrodzeniem pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem wywołującym szkodę. Powołał się przy tym na stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy na kanwie spraw sygn. akt V CKN 266/00 oraz V CKN 908/00.

Apelację od powyższego orzeczenia wniosła powódka, zarzucając mu m.in. naruszenie przepisu art. 361 § 1 k.c. Rozpatrujący apelację Sąd Okręgowy w Poznaniu wyrokiem z dnia 19 marca 2010 r. (sygn. akt II Ca 153/10) uznał, iż powództwo w opisanym zakresie zasługiwało jednak na uwzględnienie. W uzasadnieniu podkreślono, że orzecznictwo Sądu Najwyższego w odniesieniu do wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym jest jednolite i konsekwentne, jednak Sąd Okręgowy w niniejszym składzie nie podziela poglądów wyrażonych przez Sąd Najwyższy.

Rozwijając zajęte przez siebie stanowisko Sąd drugiej instancji skrytykował odwołanie się przez Sąd Najwyższy w sprawie sygn. akt V CKN 266/00 do przepisu rozporządzenia Ministra Finansów rozszerzającego w drodze wyjątku odpowiedzialności ubezpieczyciela na koszty obrony ubezpieczonego w postępowaniu sądowym, ponieważ nie może stanowić to argumentu za wykluczeniem kosztów pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Wynagrodzenie poniesione przez poszkodowanego na ustanowienie pełnomocnika jest bowiem uszczerbkiem majątkowym, który co do samej zasady może wchodzić w zakres odpowiedzialności sprawcy. Natomiast koszty obrony sądowej przeciwko roszczeniu osoby trzeciej w sporze prowadzonym na polecenie lub za zgodą ubezpieczyciela nie mogłyby – w braku odpowiedniej regulacji – być pokrywane przez zakład ubezpieczeń.

Następnie Sąd Okręgowy odniósł się do argumentacji użytej przez Sąd Najwyższy w sprawie sygn. akt V CKN 908/00, związanej z brakiem adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a ustanowieniem pełnomocnika. Według Sądu orzekającego argumentacja Sądu Najwyższego abstrahuje od relacji między odpowiedzialnością sprawcy szkody i odpowiedzialnością ubezpieczyciela, skupiając się na zagadnieniu pozostawiania analizowanych kosztów w adekwatnym związku przyczynowym z uszkodzeniem samochodu. Rozumowanie Sądu Najwyższego nie wyklucza tym samym co do zasady możliwości wliczenia wynagrodzenia pełnomocnika do zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazując na konieczność oceny konkretnego wypadku. Po drugie zaś, wyraźnie wskazano, iż w podlegającej rozstrzygnięciu sprawie zakwestionowane zostało prawo do obciążenia ubezpieczyciela kosztami poniesionymi za granicą z podkreśleniem zawyżenia tych kosztów. Zaprezentowany pogląd nie może więc stanowić oparcia dla stanowiska, iż przedmiotowe koszty w żadnych okolicznościach nie będą wchodziły w zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, bowiem zależeć to będzie od okoliczności konkretnego przypadku.

W odniesieniu natomiast do sprawy sygn. akt IV CKN 387/01 argumentacja Sądu Najwyższego ukształtowana została, zdaniem Sądu Okręgowego, dwutorowo. Część argumentów odwołuje się do kwestii adekwatnego związku przyczynowego, część zaś do treści kolejnych rozporządzeń normujących ogólne warunki ubezpieczenia OC. Na gruncie poprzednio obowiązujących rozporządzeń zastrzeżenia budziła jednakże kompetencja Ministra Finansów do ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Według delegacji ustawowej Minister miał bowiem określić ogólne warunki ubezpieczeń obowiązkowych, uwzględniając podstawowy zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Tym samym nie posiadał uprawnień do ograniczenia zakresu tej odpowiedzialności w stosunku do zasady pełnej kompensacji szkód przyjętej w k.c. Sam zaś przepis odnoszący się do zakresu odszkodowania obejmującego wyłącznie utratę, zniszczenie lub uszkodzenie mienia, można było rozumieć na różne sposoby. Tego rodzaju wewnętrzna niespójność była sprzeczna z zasadami prawidłowej legislacji i nie uzasadnia obciążenia jej negatywnymi konsekwencjami osób poszkodowanych.

Sąd Okręgowy podkreślił ponadto, że ubezpieczyciel sprawcy szkody odpowiada – zgodnie z art. 361 § 1 k.c. – w oparciu o zasadę pełnej kompensacji szkody. Z przepisu art. 15 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK nie wynika ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec poszkodowanego, należy go bowiem traktować jako regulację dotyczącą wyłącznie relacji ubezpieczyciela z ubezpieczającym. Natomiast okoliczność czy koszty ponie-

sione przez poszkodowanego w toku postępowania likwidacyjnego pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem samochodowym i czy wchodzi w zakres szkody zależy od oceny konkretnego przypadku. Jakkolwiek postępowanie likwidacyjne jest w gruncie rzeczy wewnętrznym postępowaniem zakładu ubezpieczeń zmierzającym do wypracowania jego stanowiska, jednak na poszkodowanym ciąży ustawowy obowiązek przedstawienia zakładowi ubezpieczeń posiadanych dowodów dotyczących zdarzenia i szkody oraz ułatwienia mu ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód. Ten szeroki zakres obowiązków dodatkowych, poza samym zgłoszeniem szkody, niezależnie od bariery językowej, stanowi wystarczającą podstawę dla umożliwienia osobie zamieszkałej poza granicami Polski posłkowania się pomocą profesjonalnego podmiotu. Przedstawiona interpretacja adekwatnego związku przyczynowego pozostaje w zgodzie z zasadą dążenia do ułatwienia poszkodowanemu zniwelowania skutków wypadku i ograniczenia związanych z nim problemów. Skoro zmuszony jest przez samą sytuację podejmować szereg kłopotliwych i czasochłonnych czynności w celu realizacji swoich roszczeń, niedogodność tę należy w maksymalnym stopniu ograniczyć i w konsekwencji w szczególnych przypadkach umożliwić mu skorzystanie z pomocy profesjonalisty z gwarancją uzyskania zwrotu kosztów tej pomocy od ubezpieczyciela. W niniejszej zaś sprawie ustanowienie pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym stanowiło jedną z gwarancji zabezpieczenia interesów poszkodowanego i pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem samochodowym.

Również według oceny Sądu Rejonowego w Gryfinie, zawartej w wyroku z dnia 20 maja 2008 r. (sygn. akt I C 16/08), koszt wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika ustanowionego przez poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym mieści się w zakresie szkody, za którą pozwany ponosi odpowiedzialność, a ustanowienie tegoż pełnomocnika pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym ze zdarzeniem wywołującym szkodę. Gdyby nie doszło do uszkodzenia pojazdu powoda, wówczas nie odniósłby on uszczerbku w postaci poniesienia kosztów wynagrodzenia radcy prawnego. Ustanowienie pełnomocnika związane było wyłącznie z kolizją drogową i zostało spowodowane koniecznością dochodzenia roszczeń. Poniesione z tego tytułu koszty były pośrednim, ale normalnym skutkiem kolizji, pozostając z nią w adekwatnym związku przyczynowym. Poszkodowany jest cudzoziemcem i na stałe zamieszkuje w Niemczech, nie posługuje się językiem polskim oraz nie zna polskiego prawa ubezpieczeniowego. Konieczność osobistego dokonywania szeregu czynności niezbędnych do uzyskania odszkodowania, w tym składania pism i dokumentów oraz tłumaczenia je na język polski, spowodowałyby jedynie zwiększenie kosztów takiego postępowania, m.in. poprzez utratę przez poszkodowanego zarobku. Koszt ustanowienia pełnomocnika dla osoby mieszkającej poza granicami państwa uznać należy za wydatek celowy, który – co istotne – jest często niższy niż koszt osobistego uczestnictwa poszkodowanego w czynnościach prowadzonych przez zakład ubezpieczeń. Skoro poniesienie tego typu kosztów stanowi warunek naprawienia szkody to oczywistym jest, iż koszty te należy traktować jako element wyrządzonej szkody.

Analogiczne stanowisko zajął Sąd Rejonowy w Mikołowie w wyroku z dnia 30 października 2008 r. (sygn. akt I C 84/08), wskazując, że przedmiotowe koszty pozostają w adekwatnym związku z kolizją – wszak gdyby nie wypadek, powód nie musiałby ich ponosić. Poszkodowanemu trudno byłoby dochodzić swych praw bez pełnomocnika, jest bowiem obywatelem innego państwa, nieznaną procedurą dochodzenia roszczeń na polskim rynku ubezpieczeń. Niewątpliwie poszkodowany powinien minimalizować rozmiar szkody, lecz koszty poniesione na pełnomocnika są usprawiedliwione, ponieważ pozwalają zaoszczędzić wydatki, jakie poszkodowany by poniósł, gdyby sam musiał zajmować się postępowaniem likwidacyjnym (dojazdy, korespondencja, telefony, utrata wynagrodzenia w czasie załatwiania sprawy). Brak pełnomocnika stawia zaś poszkodowanego w gorszym położeniu, bo przecież zakład ubezpieczeń korzysta w toku postępowania likwidacyjnego z pomocy profesjonalistów. Bez znajomości rzeczy trudno odnieść się do argumentacji ubezpieczyciela, stwierdzić czy jego stanowisko jest słuszne i z nim polemizować. Trudność taką ma zapewne każdy poszkodowany, a tym bardziej obywatel innego państwa. Obowiązek ograniczania szkody nie może tymczasem prowadzić do ograniczania praw poszkodowanego i stawiania go w niekomfortowej sytuacji spowodowanej brakiem znajomości zasad postępowania. Zdaniem Sądu należy więc zgodzić się z powodem, że obecnie winna się kształtować praktyka korzystania z pomocy profesjonalistów, bez konieczności wykonywania wszystkich czynności osobiście. Wydatki poniesione przez cudzoziemca na uzyskanie pomocy prawnej w celu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w Polsce i na podstawie polskiego prawa, są normalnym następstwem kolizji drogowej. Tym samym ustanowienie pełnomocnika uznać należy za działanie prawidłowe i uzasadnione, a koszty z tym związane za mieszczące się w pojęciu szkody.

Również Sąd Rejonowy w Zawierciu wyrokiem z dnia 28 listopada 2008 r. (sygn. akt I C 14/08) potwierdził, iż koszty ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym wchodzi w zakres szkody jakiej doznał powód i wynikają z zaistniałego zdarzenia. Niewątpliwym jest, iż gdyby powód sam potrafił poradzić sobie ze skomplikowaną procedurą wypłaty odszkodowania, wówczas nie ponosiłby kosztów profesjonalnego pełnomocnika. Orzeczenia zaś Sądu Najwyższego, na które powołuje się pozwany (sygn. akt V CKN 266/00 i IV CKN 387/01), zostały wydane na gruncie poprzednio obowiązujących przepisów.

Rozpatrując apelację zakładu ubezpieczeń od wskazanego orzeczenia Sąd Okręgowy w Częstochowie w wyroku z dnia 17 marca 2009 r. (sygn. akt VI Ca 93/09) zajął odmienne stanowisko. Zdaniem Sądu ciężar postępowania likwidacyjnego spoczywa na zakładzie ubezpieczeń, a poszkodowany ma jedynie zawiadomić go o szkodzie i ją udokumentować. Decyzja powoda o ustanowieniu pełnomocnika nie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z działaniem sprawcy

szkody, a więc nie można nią obciążyć ubezpieczyciela. Z kolei zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest węższy od zakresu odpowiedzialności sprawcy szkody. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK w art. 15 ust. 2 określa, jakie koszty z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC zwraca ubezpieczyciel, zaś koszty poniesione na profesjonalnego pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, których domaga się powód, nie są objęte tą ochroną. Skoro zakład ubezpieczeń nie zwraca tych kosztów ubezpieczającemu, to tym bardziej poszkodowanemu.

Stanowisko, iż koszty wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym mieszczą się w pojęciu szkody, zajął natomiast Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w wyroku z dnia 16 lutego 2010 r. (sygn. akt I C 475/09). Cudzoziemiec nie ma obowiązku znać polskiej procedury likwidacyjnej, która nakłada na niego jako poszkodowanego określone obowiązki. Skorzystanie z pełnomocnika służy prawidłowemu zgłoszeniu szkody, zgromadzeniu niezbędnych dowodów na wykazanie zdarzenia i szkody oraz ustalenia okoliczności tego zdarzenia i rozmiaru szkody. Kwestionowane przez pozwanego koszty pozostają w normalnym związku przyczynowym z kolizją drogową, a ich poniesienie było obiektywnie uzasadnione i konieczne. Gdyby nie doszło do uszkodzenia pojazdu poszkodowanego, nie doznałby on uszczerbku w postaci poniesienia wynagrodzenia pełnomocnika. Można także prognozować, że osobiste działanie poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym mogłoby go narazić na inne wydatki niż ustanowienie pełnomocnika, jak koszty przejazdu do Polski i pobytu w Polsce, utrata zarobku w tym czasie, koszty tłumaczeń itp.

Również Sąd Rejonowy w Nysie, wyrokiem z dnia 2 kwietnia 2010 r. (sygn. akt I C 380/09), uznał za zasadne roszczenie powódki o zapłatę przez zakład ubezpieczeń kwoty, którą poniosła na wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, wraz z odsetkami ustawowymi. Powołał się przy tym na rozumienie związku przyczynowego wypracowane przez orzecznictwo Sądu Najwyższego i doktrynę prawa, zgodnie z którym za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc taki, który przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego jest charakterystyczny dla danej przyczyny jako normalny rezultat określonego zachowania. Zdaniem Sądu koszt pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, pokryty przez osobę mieszkającą za granicą, jest szeroko rozumianą szkodą poniesioną w majątku poszkodowanego, z racji bowiem odrębnych systemów prawnych, kłopotów z tłumaczeniem oraz zamieszkiwania poza danym państwem koszt ten uznać można jako konieczny. Na poszkodowanym ciąży obowiązek zapobieżenia zwiększeniu szkody, a zawarcie umowy z profesjonalnym pełnomocnikiem służy temu właśnie celowi, wpływając na przyspieszenie i polepszenie współpracy z likwidatorem szkody. Nie może natomiast być tak, że koszt pełnomocnika obciąży poszkodowanego, gdyż spowodowałoby to uszczerbek w jego majątku, powstały na skutek szkody za którą odpowiedzialność ponosi wszak strona pozwana i która jest obowiązana uszczerbek ten wyrównać. Przywołany zaś przez pozwaną wyrok Sądu Najwyższego w sprawie sygn. akt V KKN 266/00 został wydany na tle nieobowiązującego rozporządzenia Ministra Finansów.

Doktryna prawa cywilnego nie wypracowała jednolitego stanowiska w odniesieniu do problemu zwrotu wynagrodzenia pełnomocnika ustanowionego w postępowaniu likwidacyjnym. Znaczącym głosem w dyskusji na ten temat był artykuł Andrzeja Wąsiewicza i Marcina Orlickiego pt. „Koszt usługi likwidacji szkody jako element odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych”¹. Zdaniem autorów ponoszenie przez osobę poszkodowaną wydatków celem likwidacji szkody, a więc związanych zarówno ze sporządzeniem oceny technicznej (kosztorysu), jak i zastępstwem poszkodowanego wobec podmiotu odpowiedzialnego za szkodę w działaniach nakierowanych na uzyskanie świadczenia odszkodowawczego, uznać należy za następstwo zdarzenia sprawczego. Wydatki tego typu są ponoszone za przyzwoleniem poszkodowanego, lecz wbrew jego woli, ponieważ są skutkiem sytuacji, do której on sam się nie przyczynił. Zlecenie przez poszkodowanego dokonywania wszelkich czynności natury organizacyjnej, mających na celu usunięcie szkody i wyegzekwowanie świadczeń odszkodowawczych oraz zapłata wynagrodzenia dla podmiotu likwidującego usługowo szkody należy uznać za normalne następstwo działania lub zaniechania sprawcy szkody. Wiele wyspecjalizowanych funkcji wykonywanych jest w gospodarce rynkowej za wynagrodzeniem przez profesjonalnie przygotowanych profesjonalistów lub zatrudniające ich podmioty gospodarcze. Wpływa to na podniesienie fachowości wykonywanych zadań, a także obniżenie kosztów dzięki ekonomicznej korzyści skali.

Nie można natomiast według autorów uznać, że poszkodowany zobowiązany jest do połączonych często ze znacznym wysiłkiem i utratą czasu starań o właściwą likwidację poniesionej szkody. Oznaczałoby to bowiem, że część konsekwencji wynikających ze zdarzenia wywołującego szkodę nieodwracalnie spada na poszkodowanego. O tym, że nie taka jest intencja ustawodawcy, świadczy chociażby cywilne prawo procesowe, które stwarza możliwość powodowi dochodzącemu swych praw posłużyć się pełnomocnikiem procesowym, którego wynagrodzenie jest w razie powodzenia powództwa zasądzone od przeciwnika. Zastępstwo w likwidacji szkody pojmowane jako wyłączenie poszkodowanego od żmudnych i czasochłonnych działań likwidacyjnych winno być akceptowane, a koszty tego zastępstwa uznawać należy za integralną część szkody. Gdyby zaś poszkodowany chciał własnym sumptem dokonywać czynności likwidacyjnych, byłby zmuszony do poświęcenia w tym celu znacznej ilości czasu i środków. Dotyczy to również przedsiębiorcy, którego pracownicy nie wykonywaliby w tym czasie swoich normalnych obowiązków związanych z działalnością gospo-

¹ Prawo Asekuracyjne 1999, nr 3, s. 4–11.

darczą. Ewentualne dochody, które w tym czasie poszkodowany mógłby osiągnąć, stanowiłyby wówczas dodatkowy element szkody w postaci utraconych korzyści (*lucrum cessans*).

Według autorów koszty czynności w zakresie likwidacji szkody wchodzi w skład szkody majątkowej w wysokości, którą należy uznać za uzasadnioną i niewygórowaną. Dotyczy to wliczania kosztów tylko tych czynności, które były celowe i konieczne dla likwidacji szkody, jak i wyceniania usług w sposób rozsądny i umiarkowany. Koszty usług likwidacyjnych należą do kategorii straty (*damnum emergens*), obejmują bowiem uszczerbek majątkowy, który poszkodowany poniósł wskutek zdarzenia sprawczego. Obowiązek wypłaty odszkodowania obejmującego swym zakresem koszty usługi likwidacji szkody jest konsekwencją obowiązywania zasady pełnego odszkodowania. Koszty te wynikają z konieczności sprawnego, taniego i fachowego dochodzenia roszczeń od podmiotu odpowiedzialnego. Zaliczyć je trzeba do kategorii szkód pośrednich, jednakże są one kosztami koniecznymi, a więc podlegają kompensacji w drodze odszkodowania, które wszak ma być pełne. Procedury ubezpieczeniowe są zaś nierzadko bardzo skomplikowane i posłużenie się wyspecjalizowanym podmiotem w znaczący sposób może ułatwić poszkodowanemu przebrnięcie przez nie. Nie bez znaczenia jest także występująca pomiędzy poszkodowanym a zakładem ubezpieczeń znaczna dysproporcja sił, środków i fachowej wiedzy. Tak więc bez profesjonalnego zastępstwa poszkodowany stoi często na straconej pozycji.

Poglądy A. Wąsiewicza, zawarte w opisanym artykule, były następnie ponawiane przez współautora M. Orlickiego, jak również spotkały się z akceptacją innych przedstawicieli doktryny². Dr Orlicki zabrał ponadto głos w odniesieniu do omawianego problemu na międzynarodowej konferencji pt. „Nowoczesne rozwiązania w likwidacji szkód komunikacyjnych z perspektywy konsumentów”, która odbyła się w Warszawie w dniu 28 września 2009 r. Jego zdaniem poszkodowany powinien mieć prawo do uzyskania fachowej pomocy przy formułowaniu swego roszczenia i weryfikacji oferty odszkodowania złożonej mu przez osobę odpowiedzialną lub przez ubezpieczyciela OC. Konieczność formułowania roszczenia odszkodowawczego i weryfikacji oferty odszkodowania są następstwami wyrządzonej szkody – ich koszty powinny być więc pokryte przez osobę odpowiedzialną lub przez ubezpieczyciela OC. Prelegent wskazał również uwagę na proponowane w projekcie nowego kodeksu cywilnego brzmienie przepisu definiującego szkodę: „W braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje poniesioną przez poszkodowanego stratę, koszty z powodu doznanego przez niego uszczerbku oraz korzyść, którą mógłby osiągnąć, gdyby nie doszło do zdarzenia wyrządzającego szkodę”³.

Kolejnym przedstawicielem doktryny, który zajmuje zdecydowane stanowisko w przedmiocie uznania wydatków poniesionych przez poszkodowanego w celu ograniczenia lub wyłączenia szkody jako konsekwencji doznanego przezeń uszczerbku, jest Maciej Kaliński. Jego zdaniem, wyrażonym w tomie VI *Systemu Prawa Prywatnego*⁴, indemnizacji podlegają m.in. takie wydatki poniesione przez poszkodowanego, jak koszty wynagrodzenia podmiotu profesjonalnie zajmującego się organizowaniem likwidacji szkody i dochodzenia odszkodowania, koszty opinii pozasądowych, w szczególności dotyczących przyczyn i rozmiarów szkody (o ile przedmiot opinii wymagał wiedzy specjalistycznej), koszty związane z ustalaniem rozmiarów i przyczyn szkody przez samego poszkodowanego (np. wynagrodzenie dla własnych pracowników poszkodowanego), koszty celowych porad prawnych i wezwań do dłużnika, wydatki wierzyciela na uzyskanie świadczenia od dłużnika pozostającego w zwłoce (o ile spełniają one hipotezę dyferencyjną).

M. Kaliński wyjaśnia, że wprawdzie prawo polskie nie zawiera ogólnej normy, która byłaby poświęcona obowiązkowi pokrycia przez dłużnika omawianej kategorii uszczerbku, można jednak taki obowiązek wyprowadzić z art. 361 § 2 k.c., uznając wydatki za przypadek straty. Za takim stanowiskiem przemawia zastosowanie metody dyferencyjnej, gdyż poniesienie wydatku prowadzi do zmniejszenia majątku poszkodowanego. Szkodę majątkową stanowi bowiem różnica między stanem majątkowym poszkodowanego powstałym wskutek zdarzenia szkodzącego a tym stanem, jaki by istniał, gdyby to zdarzenie nie nastąpiło⁵. W związku z tym regulacje art. 444 § 1 i 2 (co do renty z tytułu zwiększonych potrzeb), art. 446 § 1 oraz art. 826 § 4 k.c. należy uznać w omawianym zakresie za potwierdzenie ogólnej reguły. Uszczerbek, aby został uznany za szkodę, powinien nosić cechę obiektywnej niekorzystności, jak również naruszać autonomię poszkodowanego, czyli cele wyznaczane sobie przez poszkodowanego w zakresie kształtowania własnego bytu. Nie zmienia to faktu, iż omawiana kategoria uszczerbków na ogół jest ponoszona wbrew woli poszkodowanego, bowiem jest on do nich zmuszony zdarzeniem szkodowym.

W przedmiocie kosztów wynagrodzenia pełnomocnika na etapie przedsądowym głos zabrała także Ilona Kwiecień⁶. Jej zdaniem wsparcie merytoryczne profesjonalnego pełnomocnika pozwala niejednokrotnie zakończyć sprawę na eta-

² Zob. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz–Poznań 2007, s. 216–217; P. Bucuń, *Odpowiedzialność cywilna uczestników wypadku komunikacyjnego*, Warszawa 2008, s. 181; M. Orlicki, *Kilka uwag o pozycji rzeczoznawców samochodowych w procesie szacowania wysokości szkód związanych z ruchem pojazdów mechanicznych*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2010, nr 8, s. 131–132.

³ Prezentacja prelegenta jest dostępna na stronie internetowej http://www.rzu.gov.pl/files/2222__443__Międzynarodowa__konferencja__Nowoczesne_rozwiazania_w_likwidacji_szkod_komunikacyjnych_z_perspektywy_konsumentow__ppt.

⁴ A. Olejniczak (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, Warszawa 2009, s. 113–114.

⁵ Tak SN m.in. w wyroku z dnia 11 lipca 1957 r. (sygn. akt II CR 304/57, OSNCK 1958, nr 3, poz. 76).

⁶ I. Kwiecień, *Czynniki determinujące skuteczność transferu ryzyka poniesienia ciężaru kompensacji szkód na osobie poprzez obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2010, nr 4, s. 20–21.

pie przedsądowym, co umożliwia przyspieszenie kompensacji i obniżenie jej kosztów, a więc tym samym jest korzystne także z punktu widzenia ubezpieczyciela. Brak jednolitej praktyki w zakresie obowiązku ich pokrywania przez zobowiązanego sugeruje rozważenie wprowadzenia regulacji w tym zakresie w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych. Uzasadnione jest to z jednej strony ich funkcją społeczno-ekonomiczną (transfer ryzyka na ubezpieczyciela), a z drugiej słabszą pozycją poszkodowanych. Według autorki wszystkie dodatkowe koszty związane z pokryciem wynagrodzeń specjalistów, którzy świadczą pomoc lub opinie na rzecz poszkodowanego w kierunku uzyskania świadczeń, powinny być kompensowane przez sprawcę lub jego ubezpieczyciela.

Stanowisko przeciwne do przywołanych powyżej zajmuje natomiast Eugeniusz Kowalewski. W „Głosie do wyroku SN z dnia 11 czerwca 2001 r., V CKN 266/00”⁷, która wyraża aprobatę dla wskazanego orzeczenia, podkreślił że wydatki poczynione przez poszkodowanego na ustanowienie pełnomocnika są wydatkami dobrowolnymi i w pełni świadomymi. Zatem, nawiązując do tradycyjnego pojęcia szkody w prawie cywilnym, trudno byłoby tego rodzaju wydatki i koszty poniesione przez poszkodowanego w ogóle potraktować *ex definitione* jako szkodę.

Tenże sam wyrok Sądu Najwyższego spotkał się z kolei z krytyką M. Orlickiego, J. Pokrzywniaka i A. Raczyńskiego⁸, którzy kwestionują poprawność wyprowadzenia *a contrario* z przepisu o zobowiązaniu ubezpieczyciela do pokrycia niezbędnych kosztów obrony sądowej ubezpieczonego wniosku, iż ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez poszkodowanego z tytułu wynagrodzenia jego pełnomocnika na etapie przedsądowym.

Poglądy E. Kowalewskiego zostały natomiast zaaprobowane przez Małgorzatę Serwach⁹, wedle której wynagrodzenie ustanowionego pełnomocnika nie mieści się w zakresie szkody, bowiem wymaga ona, by uszczerbek w dobrach prawnie chronionych powstał wbrew woli poszkodowanego, natomiast wydatki tego rodzaju mają charakter dobrowolny.

Wydaje się, iż należy podzielić stanowisko tej części judykatury i doktryny, według której koszty wynagrodzenia pełnomocnika poszkodowanego poniesione w postępowaniu przedsądowym mieszczą się co do zasady w odszkodowaniu należnemu poszkodowanemu, gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa ubezpieczenia OC zawarta ze sprawcą szkody. Ponoszenie przez osobę poszkodowaną wydatków mających na celu likwidację szkody należy uznać za następstwo zdarzenia sprawczego. Wydatki tego typu są ponoszone za przyzwoleniem poszkodowanego, ale wbrew jego woli, są bowiem skutkiem sytuacji, której on sam nie spowodował. Konieczność sformułowania roszczenia odszkodowawczego i weryfikacji oferty odszkodowania są następstwami wyrządzonej szkody, ich koszty powinny być więc pokryte przez ubezpieczyciela. Obowiązek ograniczania rozmiaru szkody nie może zaś prowadzić do ograniczania praw poszkodowanego i stawiania go w niekorzystnej sytuacji.

Ustanowienie pełnomocnika wydaje się usprawiedliwione przede wszystkim z tego powodu, że pozwala zaoszczędzić koszty, jakie poszkodowany by poniósł, gdyby sam musiał zajmować się postępowaniem likwidacyjnym. Samodzielne dochodzenie przez poszkodowanego roszczeń od zakładu ubezpieczeń połączone jest ze znacznym wysiłkiem (również intelektualnym) i utratą czasu, a także wydatkami na rozmowy telefoniczne, prowadzenie korespondencji, sporządzanie kopii i odpisów dokumentów, dojazdy, porady ekspertów, opinie lekarskie itp. W przypadku przedsiębiorców negatywnym skutkiem jest także utrata dochodów związana z oddelegowaniem pracowników do czynności towarzyszących likwidacji szkody, w stosunku zaś do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej – utrata wynagrodzenia lub konieczność wykorzystania urlopu wypoczynkowego na czas załatwiania sprawy. Tym samym część konsekwencji wynikających ze zdarzenia wywołującego szkodę nieodwracalnie spada na poszkodowanego, co uznać należy za sprzeczne z zasadą pełnego odszkodowania.

Praktycznym skutkiem przyjęcia odmiennej wykładni byłoby przerzucenie ciężaru poniesienia kosztów wynagrodzenia pełnomocnika ustanowionego na etapie przedsądowego dochodzenia roszczeń na poszkodowanego, który – jeżeli nie chce lub nie może poświęcić tego typu czynnościom własnego czasu i energii, bądź też zdaje sobie sprawę, iż nie ma ku temu wystarczającej wiedzy i doświadczenia, będąc jednocześnie w dużo gorszym położeniu niż druga strona zobowiązania, a więc profesjonalny zakład ubezpieczeń – jest zmuszony do dokonania określonego wydatku z własnej kieszeni lub poświęcenia na ten cel części należnego mu odszkodowania za szkodę.

Poszkodowany powinien mieć prawo do uzyskania fachowej pomocy przy formułowaniu swego roszczenia i weryfikacji oferty odszkodowania złożonej mu przez ubezpieczyciela także ze względu na występującą pomiędzy tymi podmiotami znaczną dysproporcję sił, środków i fachowej wiedzy. Bez profesjonalnego zastępstwa poszkodowany stoi często na straconej pozycji, nie potrafiąc należycie zinterpretować skomplikowanych przepisów regulujących odpowiedzialność cywilną, prawidłowo zgromadzić materiał dowodowy i właściwie sformułować roszczenie. Poszkodowani zazwyczaj nie mają bliższej wiedzy co do procedur i praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli w toku likwidacji szkód. Bez znajomości rzeczy trudno też odnieść się do argumentacji ubezpieczyciela, ocenić czy jego stanowisko jest słuszne i z nim polemizować.

Warto także zwrócić uwagę na poważny problem, jakim dla poszkodowanych jest niezajomość orzecznictwa sądów w sprawach odszkodowawczych, co w przypadku niektórych roszczeń uniemożliwia wręcz poszkodowanym poprawne

⁷ Orzecznictwo Sądów Polskich 2002, nr 3, poz. 40.

⁸ M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *op. cit.*, s. 217–218.

⁹ Z. Brodecki, M. Glicz, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, t. I, Warszawa 2010, s. 767.

sformułowanie swojego żądania, a następnie weryfikację stanowiska zajętego przez ubezpieczyciela. Szczególnie zaś w odniesieniu do wysokości zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę czy też stosownego odszkodowania w związku ze znacznym pogorszeniem sytuacji życiowej wskutek śmierci najbliższego członka rodziny oferta zakładu ubezpieczeń może wręcz rażąco odbiegać od kwot przyznawanych w podobnych sprawach przez sądy.

Trudno zgodzić się natomiast ze stanowiskiem, iż wydatki poniesione przez poszkodowanego w związku z ustanowieniem pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym prowadzonym przez zakład ubezpieczeń *ex definitione* nie wchodzi w zakres szkody, bądź też nie pozostają w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym. Za utrwalone w orzecznictwie Sądu Najwyższego należy uznać stanowisko, że dla ustalenia pojęcia szkody ubezpieczeniowej należy sięgać do odpowiednich regulacji zawartych w kodeksie cywilnym¹⁰. W powołanych orzeczeniach Sąd Najwyższy podkreślił, że nie ma różnicy w pojęciu szkody w rozumieniu przepisów prawa cywilnego i prawa ubezpieczeniowego, ponieważ w obu wypadkach chodzi o utratę lub zmniejszenie aktywów bądź powstanie lub zwiększenie pasywów osoby poszkodowanej. Do odszkodowania ubezpieczeniowego przy ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej znajduje zastosowanie zasada pełnego odszkodowania. Tym samym kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia analizowanego problemu ma wykładnia art. 361 k.c., w szczególności w kontekście definicji szkody oraz pojęcia normalnego związku przyczynowego.

Pojęcie szkody ma w istocie charakter doktrynalny. Przepis art. 361 k.c. nie zawiera normatywnej definicji szkody, a jedynie wskazuje na zakres szkody podlegający naprawieniu¹¹. Uważa się zazwyczaj, iż szkodę stanowi uszczerbek w prawnie chronionych dobrach i interesach, z którym ustawa wiąże powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej. Część autorów dodatkowo zastrzega, iż uszczerbek ten musi nastąpić wbrew woli poszkodowanego¹². To dodatkowe kryterium nie ma jednak waloru absolutnego, ma zaś charakter przybliżony, w związku z czym należy się w tej sprawie kierować raczej zdrowym rozsądkiem niż abstrakcyjnym rozumowaniem¹³.

Niektórzy autorzy natomiast poddają to zastrzeżenie w ogóle krytyce jako niezasadne, zbyt techniczne lub wysoce nieoperatywne. Koresponduje ono bowiem z potocznym rozumieniem szkody, ale w ramach analizy prawniczej nie jest zbyt przydatne. Niekiedy bowiem poszkodowany ponosi wydatki na usunięcie skutków naruszenia jego dóbr i interesów lub ograniczenie ujemnych konsekwencji zachowania się szkodzącego, co samo przez się nie świadczy o tym, iż nie są one szkodą, o ile u podstaw ich ponoszenia leży zdarzenie szkodzące. Zaniechanie poniesienia przez poszkodowanego pewnych wydatków związanych z wtargnięciem w jego sferę prawną może być nawet kwalifikowane jako przyczynienie się do powstania lub zwiększenia szkody, co na podstawie art. 362 k.c. może wyrzucić skutek w postaci zmniejszenia odszkodowania¹⁴.

Nota bene nawet autorzy zastrzegający, że uszczerbek, by został uznany za wchodzący w zakres szkody, musi nastąpić wbrew woli poszkodowanego, zaznaczają iż nie można mówić o dobrowolności wydatków i nakładów w sytuacji, gdy poszkodowany jest zmuszony do ich poniesienia na skutek zdarzenia szkodzącego. Decydować o tym powinien punkt widzenia przed danym zdarzeniem (ocena *ex ante*). Przykładem mogą być chociażby koszty leczenia i pogrzebu¹⁵.

Tak więc w pojęciu poniesionej straty (*damnum emergens*) mieści się powiększenie pasywów oraz zmniejszenie aktywów i to zarówno wbrew woli uprawnionego, jak i dokonane wprawdzie bezpośrednio z woli uprawnionego, ale na skutek wyrządzenia mu szkody i w celu jej ograniczenia lub wyłączenia. Te wydatki i nakłady muszą być uznane co najmniej za szkodę pośrednią, która podlega naprawieniu na podstawie ram określonych przez art. 361 k.c. Szkodą, która może stanowić przesłankę obowiązku odszkodowawczego, obejmuje bowiem nie tylko poniesioną stratę, lecz także wydatki poczynione przez poszkodowanego, w szczególności wydatki zmierzające do ograniczenia uszczerbku majątkowego¹⁶. Podobne stanowisko zajmował wielokrotnie Sąd Najwyższy¹⁷.

¹⁰ Por. uchwały z dnia 18 marca 1994 r. (sygn. akt III CZP 25/94, OSNC 1994, nr 10, poz. 188) i z dnia 15 listopada 2001 r. (sygn. akt III CZP 68/01, OSNC 2002, nr 6, poz. 74); wyrok z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01, LEX nr 157324) oraz uchwałę z dnia 18 maja 2004 r. (sygn. akt III CZP 24/04, OSNC 2005, nr 7–8, poz. 117).

¹¹ Wyrok SN z dnia 25 stycznia 2007 r. (sygn. akt V CSK 423/06, LEX nr 277311).

¹² Tak np. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2006, s. 90.

¹³ T. Dybowski, (w:) *System prawa cywilnego*, t. III, cz. I, Wrocław–Warszawa 1981, s. 216; A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkodą na mieniu i osobie*, Bydgoszcz 1998, s. 31.

¹⁴ Szerzej zob. M. Kaliński, *Szkoda na mieniu i jej naprawienie*, Warszawa 2011, s. 17–174; K. Zagrobelny, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 568; W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska–Bocian, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2007, s. 100; Z. Banaszczyk, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz, t. I*, Warszawa 2002, s. 723–724; S. Sołtyskiński, *Odpowiedzialność PZU w ramach obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych OC za szkody powstałe w następstwie niemożliwości korzystania z pojazdu przez poszkodowanego*, (w:) A. Wąsiewicz (red.), *Obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne w PRL. Zagadnienia wybrane*, Poznań 1979, s. 131; W. Warkała, *Odpowiedzialność odszkodowawcza – funkcje, rodzaje, granice*, Warszawa 1972, s. 131; J. Rezler, *Naprawienie szkody wynikłej ze spowodowania uszczerbku na ciele lub zdrowiu*, Warszawa 1968, s. 20; M. Sośniak, *Znaczenie zgody uprawnionego w zakresie cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Prawnicze 1959, z. 6, s. 127 i nast.

¹⁵ A. Szpunar, *op.cit.*, s. 31–32.

¹⁶ Zob. M. Kaliński, *Zasada odszkodowania w ubezpieczeniach gospodarczych (cz. 1)*, Prawo Asekuracyjne 2002, nr 1, s. 42–43.

¹⁷ Zob. uzasadnienia uchwały z dnia 15 listopada 2001 r. (sygn. akt III CZP 68/01, OSNC 2002, nr 6, poz. 74); wyroku z dnia 16 maja 2002 r. (sygn. akt V CKN 1273/00, LEX nr 555150) oraz uchwały z dnia 18 maja 2004 r. (sygn. akt III CZP 24/04, OSNC 2005, nr 7–8, poz. 117).

Przyjęta przez kodeks cywilny koncepcja adekwatnego związku przyczynowego opiera się na podziale następstw mieszczących się ramach przyczynowości ogólnej według kryterium, które stanowi ocena, czy następstwo to odpowiada zdarzeniu, jakie je wywołało, czy też stanowi względem niego coś niezwykłego, nadzwyczajnego. Normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynika szkoda, są następstwa, jakie tego rodzaju zdarzenie jest w ogóle w stanie wywołać i w zwyczajnym biegu rzeczy, a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się pod uwagę¹⁸. Nie wyłącza normalności w rozumieniu tego przepisu okoliczność, że mimo identycznych warunków zdarzenia określone następstwo nie zawsze występuje, ani też jego statystyczna rzadkość. Normalne następstwo nie musi oznaczać skutku koniecznego¹⁹. Ocena, czy skutek jest normalny, powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego i zasad wiedzy naukowej, specjalnej²⁰. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 czerwca 2005 r. (sygn. akt V CK 697/04, LEX nr 180845) Sąd Najwyższy podkreślił, że szkoda ma charakter dynamiczny i obok pierwotnego uszczerbku mogą się następnie pojawić dalsze, pozostające w normalnym związku przyczynowym ze zdarzeniem uzasadniającym odpowiedzialność odszkodowawczą, uszczerbki majątkowe, zarówno o charakterze utraconych korzyści, jak i strat.

Wskutek kolizji lub wypadku drogowego może dojść do śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia, w następstwie czego poszkodowany doznaje uszczerbku w prawnie chronionych dobrach i interesach. Gdyby przedmiotowe zdarzenie nie nastąpiło, poszkodowany nie musiałby podejmować żadnych czynności zmierzających do naprawienia szkody, w tym również dochodzić roszczeń od zakładu ubezpieczeń odpowiadającego w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym. Skoro poszkodowany zmuszony jest wbrew swojej woli do podejmowania szeregu kłopotliwych i czasochłonnych czynności w celu realizacji swoich roszczeń, niedogodność tę należy w jak największym stopniu ograniczyć, a jednocześnie w maksymalny sposób zabezpieczyć jego interesy związane z przywróceniem stanu poprzedniego. Poszkodowany musi mieć realną możliwość zniwelowania skutków wypadku oraz ograniczenia związanych z nim problemów.

Również w oparciu o doświadczenie życiowe, a także dostępne dane empiryczne, nie sposób przyjąć, że ustanowienie przez poszkodowanego profesjonalnego pełnomocnika w celu dochodzenia od zakładu ubezpieczeń roszczeń z ubezpieczenia OC miałyby stanowić skutek nienormalny, nietypowy, nieoczekiwany w zwykłej kolejności rzeczy lub będący rezultatem zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Badania przeprowadzone w kilku zakładach ubezpieczeń potwierdzają, iż udział samych tylko tzw. kancelarii odszkodowawczych w dochodzeniu roszczeń za szkody osobowe z tytułu ubezpieczenia OC komunikacyjnego wynosi, w zależności od specyfiki portfela danego zakładu, od 50 do nawet 85% w stosunku do ilości szkód zgłoszonych²¹.

Wydatki poniesione przez poszkodowanego na ustanowienie pełnomocnika nie powinny być oceniane w sposób odmienny niż inne kategorie wydatków, których obowiązek indemnizacji akceptuje w swojej judykaturze Sąd Najwyższy. Tytułem przykładu wskazać można koszty najmu pojazdu zastępczego²² lub chociażby koszty ekspertyzy sporządzonej przed wszczęciem postępowania sądowego, o czym była już mowa. Same zaś zakłady ubezpieczeń co do zasady nie kwestionują zasadności roszczeń o zwrot poszkodowanym kosztów holowania uszkodzonego pojazdu czy takich wydatków poniesionych w związku z dochodzeniem roszczeń od ubezpieczyciela, jak koszty rozmów telefonicznych, sporządzenia kopii i odpisów dokumentów czy prowadzenia korespondencji.

Krytycznie ocenić trzeba te orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, które wskazują, iż niezasadność roszczenia o zwrot kosztów ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym, jeżeli podstawą odpowiedzialności jest umowa ubezpieczenia OC, wywieść można *a contrario* z brzmienia § 12 pkt 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 9 grudnia 1992 r., względnie z obecnie obowiązującego przepisu art. 15 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, zgodnie z którym w granicach sumy gwarancyjnej ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń jest obowiązany zwrócić ubezpieczającemu niezbędne koszty obrony w postępowaniu karnym i koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, podjętych na polecenie lub za zgodą zakładu ubezpieczeń.

Reguła wykładni *a contrario* wykorzystuje założenie logiki deontycznej, iż w jednym systemie prawnym może obowiązywać tylko jedna z dwóch reguł wykluczających się całymi wzorami zachowania (całymi zakresami normowania przy tożsamym zakresie zastosowania). Jeżeli więc zakazany jest czyn X, to dozwolony jest czyn Y, który jest w stosunku do czynu X czynem przeciwnym²³. Wnioskowanie z przeciwieństwa jest zasadniczo dopuszczalne w tych przypadkach,

¹⁸ Por. T. Wiśniewski, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2007, s. 69.

¹⁹ Wyrok SN z dnia 19 marca 2008 r. (sygn. akt V CSK 491/07, LEX nr 385589).

²⁰ Wyrok SN z dnia 14 grudnia 2004 r. (sygn. akt II CK 249/04, LEX nr 284685).

²¹ J. Jacewicz, M. Makarczyk, *Kancelarie odszkodowawcze: perspektywa zakładów ubezpieczeń*, (w:) *Działalność kancelarii odszkodowawczych na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych. Diagnoza i propozycje działań*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2009, nr 1, s. 168.

²² Wyroki z dnia 26 listopada 2002 r. (sygn. akt V CKN 1397/00, LEX nr 77057); z dnia 18 marca 2003 r. (sygn. akt IV CKN 1916/00, LEX nr 462953); z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03, LEX nr 146324); z dnia 5 listopada 2004 r. (sygn. akt II CK 494/03, Biuletyn SN 2005, nr 3, poz. 11).

²³ L. Leszczyński, *Zagadnienia teorii stosowania prawa. Doktryna i tezy orzecznictwa*, Zakamycze 2002, s. 248.

w których regulacja ma charakter zamknięty i wyczerpujący, tak że można założyć, że dany przepis reguluje wszystkie sytuacje, z którymi normodawca chciał powiązać dany skutek prawny²⁴.

Należy podzielić argumentację wyrażoną przez Sąd Okręgowy w Poznaniu, iż z art. 15 ust. 2 ustawy nie wynika ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec poszkodowanego, należy go bowiem traktować jako regulację dotyczącą wyłącznie relacji ubezpieczyciela z ubezpieczającym. Poprawny wniosek *a contrario* z omawianego przepisu powinien więc przewidywać, że zakład ubezpieczeń nie ma obowiązku zwrotu ubezpieczającemu kosztów innych niż niezbędne koszty obrony w postępowaniu karnym i koszty zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, podjętych na polecenie lub za zgodą zakładu ubezpieczeń.

Powyższy wniosek nie ma natomiast konsekwencji dla poszkodowanego, który ubezpieczającym wszak nie jest i to nie do niego skierowana jest wskazana norma prawna. Zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w stosunku do poszkodowanego został z kolei wyznaczony w innych przepisach ustawy, mianowicie w art. 34–38. Poniesione przez poszkodowanego koszty wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym nie zostały zaś wymienione w treści art. 38 ustawy, który w sposób enumeratywny wylicza przypadki wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Odrębną jeszcze kwestią jest dodatkowa możliwość uznania niektórych przypadków związanych z ustanowieniem przez poszkodowanego w toku postępowania likwidacyjnego profesjonalnego pełnomocnika jako następstwa nienależytego wykonania zobowiązania przez zakład ubezpieczeń. Odpowiedzialność gwarancyjną ubezpieczyciela oddzielić należy bowiem od jego odpowiedzialności opartej na podstawie art. 471 i nast. k.c. Pierwsza z nich ma charakter gwarancyjny, natomiast druga ma charakter sprawczy. W pierwszej z nich ubezpieczyciel gwarantuje naprawienie szkody, która wyrządzona została przez zdarzenie od niego niezależne, w drugiej zaś występuje jako sprawca szkody²⁵.

Prawidłowe zachowanie się dłużnika w wykonaniu zobowiązania polega na zadośćuczynieniu uzasadnionym oczekiwaniom wierzyciela. Nieterminowe spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela lub spełnienie świadczenia w wysokości niższej niż należne można ocenić jako nienależyte wykonanie zobowiązania. Odszkodowanie za niewykonanie zobowiązania dochodzone na podstawie art. 471 k.c. jest zaś świadczeniem mającym powetować szkodę spowodowaną niewłaściwym działaniem lub zaniechaniem dłużnika. Wydatki wierzyciela na uzyskanie świadczenia od dłużnika pozostającego w zwłoce, w tym również koszty ustanowienia profesjonalnego pełnomocnika, mogłyby więc zostać uznane za podlegające odpowiedzialności odszkodowawczej w ramach systemu odpowiedzialności kontraktowej.

Godzi się w kontekście omawianego zagadnienia poczynić ponadto wzmiankę o charakterze prawnoporównawczym. W wielu bowiem systemach prawnych koszty wynagrodzenia pełnomocnika w postępowaniu przedsądowym podlegają kompensacji w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Jako przykłady wskazać można chociażby Niemcy, Stany Zjednoczone, Wielką Brytanię czy Holandię. Z kolei w Szwecji (gdzie poszkodowany składa roszczenie do swojego ubezpieczyciela, który następnie dochodzi odszkodowania od ubezpieczyciela sprawcy) zakłady ubezpieczeń oferują poszkodowanym możliwość sfinansowania pomocy prawnej udzielanej w toku postępowania odszkodowawczego, przy czym poszkodowany sam wybiera doradcę szkodowego, a wysokość jego wynagrodzenia ustala się w oparciu o te same zasady jak przy ubezpieczeniu kosztów ochrony prawnej²⁶.

²⁴ Uchwała SN z dnia 7 września 1995 r. (sygn. akt I PZP 23/95, OSNAP 1996, nr 5, poz. 73).

²⁵ Wyrok SN z dnia 2 lipca 2004 r. (sygn. akt II CK 412/03, LEX nr 121694).

²⁶ Zob. M. Monkiewicz, *Kancelarie odszkodowawcze na rynkach wybranych krajów UE*, (w:) *Działalność kancelarii odszkodowawczych na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych. Diagnoza i propozycje działań*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2009, nr 6, s. 169–176.

Dyrektywy wykładni w odniesieniu do wzorców umownych

Wstęp

Dokonywanie wykładni tekstu prawniczego jest nieodłącznym elementem pracy każdego prawnika. Wykładnia dotyczyć może zarówno przepisów prawa, jak i oświadczeń woli, umów, wzorców umownych, regulaminów czy innych tekstów sporządzonych w języku prawniczym, których treść kreuje określone prawa i obowiązki dla podmiotów prawa.

Niniejsze opracowanie dotyczy zagadnień związanych z interpretacją (wykładnią) wzorców umownych. Prawidłowa umiejętność interpretacji tego typu tekstu jest niezbędna w codziennej praktyce zawodowej m.in. w sporach sądowych i przedsądowych, w celu kontroli i oceny abuzowności określonych postanowień umowy, oceny skutków jakie wywołuje zastosowanie danego postanowienia, porównania treści zapisu z zapisami widniejącymi w rejestrze klauzul niedozwolonych, ustalenia znaczenia definicji zawartych we wzorcach, ustalenia czy strona postępuje zgodnie z treścią wzorca i w granicach uprawnień oraz obowiązków przyznanych mocą umowy.

Pragnę zwrócić uwagę, iż pojęcie interpretacji to synonim wykładni. Jak wskazuje się w doktrynie, interpretacja polega na czynnościach prowadzących do rekonstrukcji normy prawnej z określonych faktów normotwórczych. Obejmuje ona ustalanie źródła rekonstrukcji, ustalanie znaczeń poszczególnych wyrażeń oraz samą rekonstrukcję normy z określonych tekstów prawnych (przepisów prawnych, decyzji sądowych), faktu (zwyczajów), wartości, która prowadzi do sformułowania wypowiedzi normatywnej wyrażającej zrekonstruowaną normę¹.

Najogólniej rzecz ujmując, interpretacją możemy nazwać proces myślowy zmierzający do ustalenia znaczenia tekstu (prawnego, prawniczego, tekstów umownych) i treści w nim zawartych. Ustalone w ten sposób znaczenie tekstu jest rezultatem dokonanej wykładni. Wykładnią jest zatem proces zmierzający do ustalenia i zrozumienia tekstu, jednakże aby to uporządkować należałoby rozróżnić następujące po sobie czynności. Po pierwsze, konieczne jest poznanie i ustalenie możliwych rozumień danego tekstu za pomocą orzecznictwa, komentarzy, słowników i sprawdzenia jak dane pojęcie funkcjonuje w języku prawniczym. Do tego celu służą językowe dyrektywy interpretacyjne.

Dyrektywy językowe wynikają z roli, którą obecnie pełni język w formułowaniu prawa i obejmuje ona semantykę oraz reguły składniowe. Przy interpretacji wzorców umownych należałoby przyjąć niejako prymat dyrektyw językowych. Tym samym, dyrektywy językowe mają charakter podstawowy, jednakże ich stosowanie nie prowadzi zawsze do satysfakcjonujących rezultatów i nie zawsze pozwoli wyjaśnić powstałe po stronie interpretatora wątpliwości. Tę rolę subsydiarnie uzupełniają reguły pozajęzykowe: systemowe, celowościowe, funkcjonalne, aksjologiczne. Korzystanie z nich dopełnia proces interpretacji.

W tradycyjnym podejściu do wykładni, panowała tendencja dotycząca wskazywania jednej z metod wykładni, co mogło stanowić przejaw ich rozłączności i w konsekwencji konkurencyjności. Obecnie proces wykładni jest zintegrowany, w którym występują różne rodzaje metod wykładni (w różnym stopniu i zakresie). Taki zintegrowany proces prowadzi do uzyskania prawidłowego rezultatu, ponieważ dokonuje się niejako „pomieszania” różnych dyrektyw interpretacyjnych w celu osiągnięcia korzystnego dla interpretatora rezultatu.

Zasadniczo, dyrektywy językowe i pozajęzykowe znajdują zastosowanie w interpretacji przepisów i norm prawa jednakże mogą one być przydatne w procesie interpretacji tekstów umów (wzorców umownych). W tym zakresie możemy wyróżnić dwa przeciwstawne stanowiska. Z jednej strony w doktrynie ukształtował się pogląd, iż wzorce umowne należy interpretować wedle zasad właściwych dla oświadczeń woli (tym samym dopuszcza się możliwość korzystania tylko i wyłącznie z dyrektyw określonych w art. 65 § 1 k.c.), a nie przepisów prawnych². Natomiast w orzecznictwie Sądu Najwyższego panuje pogląd, iż wzorce umowne należy wyklądać w analogiczny sposób jak przepisy prawa³.

Idąc dalej za tezami zawartymi w orzecznictwie Sądu Najwyższego można bez przeszkód uznać, że dyrektywy interpretacyjne stosowane do wykładni przepisów prawa mogą być użyte w toku interpretacji wzorców umów ale z uwzględnieniem kryteriów wynikających z norm art. 65 k.c. oraz specyfiki wzorców umów ubezpieczeniowych i ich adhezyjnego trybu zawierania. Przyjmując pogląd o wykładni wzorców umownych wyłącznie za pomocą dyrektyw określonych w art. 65 k.c. wykluczyłoby tym samym możliwość odwoływania się do systematyki wzorca, celu i funkcji zastosowania określonych postanowień. Proces interpretacji ma charakter szeroki, kompleksowy i nie może podlegać zbyt niemu zawężeniu tylko i wyłącznie do możliwości korzystania z dyrektyw określonych w przepisach bezwzględnie



Mateusz Kościelniak
referent prawny w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ L. Leszczyński, *Zagadnienie teorii stosowania prawa. Doktryna i tezy orzecznictwa*, Zakamycze 2001, s. 109.

² M. Bednarek, *Wzorce umów w prawie polskim*, Warszawa 2008, s. 108.

³ Zob. wyrok SN z dnia 12 grudnia 1997 r. (sygn. akt III CZP 65/97); wyrok SN z dnia 8 sierpnia 2001 r. (sygn. akt I CKN 18/99).

obowiązującego prawa. W toku interpretacji niezbędne może okazać się sięgnięcie do systematyki wzorca (w drodze analogii: wykładnia systemowa), celu jaki dany zapis wywołuje samodzielnie bądź przy zastosowaniu innych zapisów (wykładnia celowościowa), funkcji, w tym podstawowych funkcji określonej umowy, do której konsument przystępuje (wykładnia funkcjonalna). Bez tych czynników, interpretacja traciłaby swój całościowy charakter.

Pewne dyrektywy interpretacyjne podaje sam ustawodawca w przepisach: art. 65 k.c., art. 385 § 2 k.c. oraz art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, pozostałe wypracowane zostały w orzecznictwie i doktrynie. Niższe opracowanie ma na celu ukazanie i przybliżenie znaczenia dyrektyw interpretacyjnych służących w praktyce do dokonania wykładni wzorców umownych, określenia prawidłowych cech, które zawierać powinien tekst wzorca umownego a także przedstawienie – na podstawie praktyki Rzecznika Ubezpieczonych i rozpatrywanych skarg – zastosowania wyżej wymienionych dyrektyw interpretacyjnych w odniesieniu do konkretnych stanów faktycznych.

Wzorzec umowny i jego transparentność

Pod pojęciem wzorca umownego należy rozumieć wszelkie jednostronnie przygotowane z góry i przed zawarciem umowy, gotowe klauzule bądź zbiory klauzul w postaci m.in.: ogólnych warunków umów, wzorów, regulaminów. Ich przeznaczenie związane jest z masowym zawieraniem umów o powtarzalnej treści. Wzorzec zawiera klauzulę bądź zespół klauzul, sformułowany jest przez jedną stronę umowy przed jej zawarciem i to w ten sposób, że druga strona nie ma wpływu na treść wzorca. Wzorce nie muszą regulować wszelkich istotnych postanowień określonego stosunku prawnego. Są one wyrazem masowego obrotu gospodarczego i jego racjonalizacji. Należy zwrócić uwagę, iż wzorce nie mają charakteru aktu normatywnego. Ze względu na okoliczności, iż są one wytworem uczestnika obrotu (najczęściej przedsiębiorcy – proponenta) u podstaw wzorca nie leży władztwo państwowe, a zasada swobody umów⁴.

Innymi słowy, wzorce umów w praktyce są przygotowywane przez podmioty, które prowadzą działalność gospodarczą (profesjonalistów). Ich oferta kierowana jest wobec szerokiego kręgu adresatów, którymi mogą być zarówno konsumenci jak i przedsiębiorcy. W praktyce rynku ubezpieczeniowego każda umowa ubezpieczenia dobrowolnego zawierana jest z konsumentem przy użyciu wzorca umownego. Cechą, która charakteryzuje zawarcie umowy z użyciem wzorca jest bierna rola kontrahenta. Umowy te zawiera się w trybie tzw. przystąpienia, który polega na tym, iż kontrahent (konsument) albo przystępuje do warunków podanych przez przedsiębiorcę albo nie dochodzi do zawarcia umowy. Adhezyjna postać zawarcia umowy wyłącza zatem z natury rzeczy negocjacje.

Jak wynika z powyższego, umowy zawierane w trybie przystąpienia mogą wywoływać dla konsumenta szereg zagrożeń związanych z ich bezprawnymi treściami, niejednoznacznymi postanowieniami i innymi wadliwościami, które może wykorzystać przedsiębiorca. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż konsument będzie zawsze słabszym uczestnikiem rynku. Jego pozycja jest zmniejszona oraz ograniczona w relacjach z profesjonalnym przedsiębiorcą. Aby wzmocnić pozycję konsumenta – adherenta w obrocie z profesjonalistami ustawodawca wprowadził ochronne instrumenty, które wskazują pewne kierunki interpretacyjne. Tymi instrumentami są: nakaz formułowania wzorca w stopniu jednoznacznym i zrozumiałym, dyrektywa interpretacyjna nakazująca tłumaczenie (wykładnię) niejednoznacznych postanowień na korzyść konsumenta oraz dyrektywa interpretacyjna w umowach, która nakazuje w pierwszej kolejności badać zgodny zamiar stron i cel umowy aniżeli opierać się na jej dosłownym (literalnym) brzmieniu. Normy te zawarte są w przepisach: art. 65 k.c. oraz 385 § 2 k.c. W odniesieniu do umów ubezpieczenia jest to przepis szczególny art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który w swej treści ujednoczony jest z przepisem art. 385 § 2 k.c.

W doktrynie oraz orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażane są odmienne zapatrywania dotyczące zagadnienia zastosowania art. 65 k.c. w toku interpretacji wzorców umownych. Przeważająca część doktryny uważa, iż w odniesieniu do treści wzorców umownych zastosowanie będzie mieć tylko art. 65 § 1 k.c. i wyklucza możliwość korzystania z dyrektyw określonych w art. 65 § 2 k.c. ze względu na brak konsensusu w umowach adhezyjnych⁵. Natomiast Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie dopuszcza możliwość korzystania z dyrektyw wykładni zawartych zarówno w § 1 jak również w § 2 przepisu art. 65 k.c.⁶

W związku z licznymi zagrożeniami, na które narażony jest konsument – adherent, który otrzymuje gotowy wzorzec umowny przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, pojawia się potrzeba przeanalizowania i wypracowania określonych kryteriów (ustawowych bądź pozaustawowych), którym taki wzorzec powinien podlegać. Biorąc pod uwagę, że proponenti (profesjoniści, którzy kreują wzorce) czerpią legitymację do kształtowania treści wzorca w oparciu o zasadę swobody umów to źródła tychże kryteriów należy poszukiwać w przepisie art. 353¹ k.c. Zgodnie z literalnym brzmieniem treści tej normy, strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

⁴ Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 grudnia 2003 r. (sygn. akt K 3/02).

⁵ Zob. M. Bednarek, (w.): E. Łętowska (red.), *System Prawa Prywatnego, tom. 5, Prawo zobowiązań – część ogólna*, Warszawa 2006 r., s. 614 oraz autorów tam wskazanych.

⁶ Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2000 r. (sygn. akt I CKN 970/98); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 1998 r. (sygn. akt I CKN 278/98).

Jak wynika z wyżej przytoczonej normy, ustawodawca odnosi się zarówno do językowego ukształtowania stosunku prawnego (treści) jak i do pozajęzykowego (celu danej umowy). Na podstawie samej ogólnej normy art. 353¹ k.c. można wyróżnić 3 kryteria, które dotyczą każdego umownego stosunku prawnego: zgodność z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa (*ius cogens*), właściwość danego stosunku prawnego oraz zasady współzycia społecznego.

Natomiast przepisy szczegółowe, które dotyczą wzorców zawarte są w art. 385¹–385³ k.c. Zgodnie z treścią art. 385¹ k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Tym samym, zawężenie ogólnych granic ukształtowania treści wzorca określonych w art. 353¹ k.c. znajduje się w przepisach art. 385¹–385³ k.c.

A zatem, biorąc pod uwagę treść norm art. 353¹ k.c. oraz 385¹⁻³ k.c. można wyróżnić następujące fundamentalne kryteria poprawności wzorców umownych, które mają zastosowanie przy zawieraniu umów ubezpieczenia: zgodność z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa (natomiast treść wzorca może odbiegać od norm względnie obowiązujących), zgodność z naturą stosunku prawnego umowy ubezpieczenia oraz zgodność z zasadami współzycia społecznego (w szczególności dobrymi obyczajami). Jak wskazano słusznie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r. (sygn. akt I CKN 18/99), iż „Przy ubezpieczeniach dobrowolnych nie jest zatem wyłączone ograniczenie, nawet w indywidualnych umowach ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jeżeli nie pozostają w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 1988 r., sygn. akt II CKN 823/97). Taki wniosek wynika z zasady swobody umów. Tam zatem, gdzie brak pozytywnego unormowania w bezwzględnie obowiązujących przepisach tytułu XXVII księgi trzeciej kodeksu cywilnego, strony mają, w granicach wynikających z art. 353¹ k.c., swobodę ułożenia stosunku prawnego”.

Kryteria dotyczące tylko treści i formy wzorca znajdują się natomiast w przepisie art. 385 § 2 zd. 1. k.c. Ustawodawca wprowadzając ten przepis wymaga żeby wzorzec był sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Norma ta wyraża tzw. zasadę transparentności (przejrzystości) wzorca. Jak wskazuje się w doktrynie, nakaz zrozumiałości dotyczy zarówno treści, jak i formy (zewnętrznej postaci wzorca, a więc jego czytelności). A wymóg jednoznaczności wzorca odnosi się wyłącznie do jego treści⁷.

Kryterium zrozumiałości odnosi się do łatwości zrozumienia i przyswojenia treści wzorca przez przeciętnego konsumenta. Innymi słowy, zrozumiałość to nie tylko jasność sformułowań, które określone są we wzorcu ale również przejrzysty podział techniczny i organizacja tekstu. Aby tekst wzorca był zrozumiały dla przeciętnego konsumenta powinien być podzielony na jednostki redakcyjne, powinien zawierać jak najmniej odesłań wewnętrznych, odesłań do przepisów prawa, z punktu widzenia językowego powinien on być spójny gramatycznie, językowo i składniowo. Tekst wzorca co do zasady powinien zawierać jak najmniej języka technicznego, specjalistycznego. Im bardziej tekst wzorca będzie hermetyczny (dużo zwrotów i wyrażeń *stricte* związanych z technicznymi aspektami określonej dziedziny), tym mniejszy krąg adresatów będzie mógł dokonać prawidłowego zrozumienia i interpretacji treści tam zawartych. Zarówno osiągnięciu jednoznaczności jak i zrozumiałości służy czytelność tekstu, wielkość i jakość czcionki a także język, w którym wzorzec został napisany.

Kryterium jednoznaczności wskazuje, iż postanowienia wzorca nie mogą budzić wątpliwości do ich znaczenia i treści. Z treści zapisów musi wynikać jedna interpretacja. Oznacza to, iż po zastosowaniu wykładni wzorca interpretator powinien uzyskać jednoznaczne rozumienie tekstu. Wątpliwości pojawiają się wtedy, gdy w wyniku interpretacji powstaje więcej niż jedno możliwe rozumienie danego zwrotu, definicji bądź całego zapisu. Wtedy pojawiają się dwa konkurencyjne wyniki wykładni i powstaje spór. Jednoznaczność ma zapobiec stosowaniu technik manipulatorskich przez podmiot kształtujący treść wzorca. Uzyskaniu jednoznacznego brzmienia tekstu służy stosowanie wyczerpujących definicji oraz prosta budowa zdań⁸.

Biorąc pod uwagę zasadę transparentności wzorców umownych należy zwrócić uwagę na przeciętnego, rozsądnego odbiorcę (adresata) treści zawartych w tychże wzorcach. Należy niejako „wczuć się” w rolę i w położenie konsumenta oraz dokonać próby zdefiniowania pojęcia przeciętnego, rozsądnego konsumenta i ustalić przez to jego możliwości prawidłowego poznania oraz zrozumienia treści wzorca, który otrzymuje przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Definicja legalna pojęcia przeciętnego konsumenta zawarta jest w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. z 2007 r., nr 171, poz. 1206) i określa, iż pod pojęciem przeciętny konsument rozumie się konsumenta, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować grupę konsumentów, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy, takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa.

⁷ Zob. M. Bednarek, *Wzorce umów w prawie polskim*, Warszawa 2008, s. 99.

⁸ *Ibidem*, s. 99.

Ponadto, jak wskazuje się w judykaturze, stosując przy wykładni wzorców umownych ze względu na ich funkcję standaryzacyjną metodę obiektywną, za miarodajny uznaje się sens dostępny dla typowego adresata wzorca. Doniosłość możliwości poznawczych typowego adresata dla określenia wiążącego znaczenia postanowień konsumenckiego wzorca umownego podkreśla zawarty w art. 385 § 2 k.c. nakaz tłumaczenia niejednoznacznych postanowień wzorca na korzyść konsumenta⁹.

Dyrektywy wykładni wzorców umownych

Jak wskazano wyżej, w oparciu o tezy wypytywające z Sądu Najwyższego dyrektywy wykładni przepisów prawa można, co do zasady, zastosować do wzorców umownych. Dyrektywy wykładni możemy podzielić na językowe oraz pozajęzykowe. Interpretując treść wzorca trzeba pamiętać, że dyrektywy językowe mają charakter podstawowy i przysługuje im prymat pierwszeństwa. W sytuacji, gdy wykładnia językowa daje jasny rezultat interpretator nie sięga do dalszych instrumentów. Natomiast, gdy rezultaty wykładni językowej budzą wątpliwości (niejednoznaczne brzmienie, kilka możliwych rozumień danego zapisu, przepisu) to interpretator wtedy powinien odwołać się do dalszych dyrektyw pozajęzykowych.

A zatem podstawę procesu interpretacji stanowią dyrektywy językowe. W pierwszej kolejności należy wymienić tu dyrektywę języka potocznego. Interpretowanej treści należy przypisać takie znaczenie jakie ma ona w języku potocznym, chyba że ważne względy przemawiają za odstępieniem od tego znaczenia. Dyrektywa wykładni języka potocznego jest najczęściej używana, jednakże nie ma ona charakteru absolutnego, ponieważ odstępujemy od niej w sytuacji, gdy dane pojęcie zostało zdefiniowane w tekście prawnym lub należy ono do określonej dziedziny nauki bądź techniki¹⁰. W takiej sytuacji sięgamy do dyrektyw języka prawniczego lub specjalistycznego, o których będzie mowa niżej.

Używając językowych dyrektyw interpretacyjnych należy również odwołać się do reguł składniowych (gramatycznych, syntaktycznych) oraz reguł pragmatycznych. Reguły składniowe odwołują się do struktury gramatycznej określonego tekstu. Dlatego też interpretując treści o.w.u. należy brać pod uwagę całość danego zapisu a jego znaczenie ściśle powinno być uzależnione od powiązania elementów składowych. Innymi słowy, ważne jest by uwzględnić podstawowe zasady gramatyki i składni języka polskiego (istotną rolę odgrywają znaki interpunkcyjne, szyk zdania, relacje zdań podrzędnych a nadrzędnych) oraz redakcję całego zapisu. Sposób zastosowania tych dyrektyw przedstawiony został w wyroku Sądu Najwyższego z dnia z dnia 22 marca 2006 r. (sygn. akt III CSK 30/06), w którym skonstatowano, iż: „Tekst umowy interpretowany według reguł językowych stanowi podstawę do przypisania mu takiego sensu jaki ma na gruncie danego języka. Strona umowy powinna go rozumieć zgodnie z zasadami składniowymi i znaczeniowymi języka, w którym ten dokument został sporządzony. Jest to tylko jednak domniemanie, które nie wiąże bezwzględnie. Strony mogą inaczej rozumieć określony fragment tekstu umowy. Może jednak zdarzyć się sytuacja, gdy jedna ze stron będzie miała dostateczne podstawy aby przypisać mu różne – od powszechnego – znaczenie. Wówczas taki stan w toku interpretacji oświadczeń woli należy uwzględnić. Interpretując umowę na podstawie reguł językowych należy brać pod uwagę nie tylko kontrowersyjny fragment tekstu, ale jednocześnie uwzględnić inne związane z nim postanowienia umowy, czyli tzw. kontekst językowy”.

Podobne stanowisko znajdziemy w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2007 r. (sygn. akt IV CSK 95/07), gdzie wskazano, iż: „Ustalając powyższe znaczenie oświadczenia woli należy zacząć od sensu wynikającego z reguł językowych, z tym, że przede wszystkim należy uwzględnić zasady, zwroty i zwyczaje językowe używane w środowisku, do którego należą strony, a dopiero potem ogólne reguły językowe. Trzeba jednak przy tym mieć na uwadze nie tylko interpretowany zwrot, ale także jego kontekst. Dlatego nie można przyjąć takiego znaczenia interpretowanego zwrotu, który pozostawałby w sprzeczności z pozostałymi składnikami wypowiedzi. Klóciłoby się to bowiem z założeniem o racjonalnym działaniu uczestników obrotu prawnego”.

Również istotne mogą okazać się reguły pragmatyczne. Odnoszą się one do takich pojęć, których znaczenie nie może być nadane wyłącznie w oparciu o właściwości językowe ale wymaga odwołania się do kontekstu tj. określonych zdarzeń, sytuacji czy okoliczności faktycznych. Przykładowo: określenie pojęcia rażącego niedbalstwa (trudnego do zdefiniowania za pomocą języka prawniczego) w danym stanie faktycznym interpretowane jest zawsze przy uwzględnieniu konkretnych okoliczności, charakteryzujących określone zdarzenie prawne.

Do oceny jednoznaczności i zrozumiałości o.w.u. niezwykle istotnym również będzie szczegółowe zwrócenie uwagi na definicje kształtowane przez ubezpieczycieli w swoich wzorcach umownych. Problemy związane z nieprawidłowym definiowaniem pojęć przez ubezpieczycieli rodzą znaczne wątpliwości interpretacyjne w fundamentalnych kwestiach dotyczących zakresu odpowiedzialności, zakresu podmiotów objętych danym ubezpieczeniem (kto jest ubezpieczającym, uposażonym, osobą bliską, osobą trzecią), wyłączeń odpowiedzialności, przedmiotu ochrony. Nie sposób podać jednolitych kryteriów i ustalić konkretnych reguł jakim powinny podlegać definicje zawarte w treści wzorca. Można jedynie w sposób dość ogólny określić pewne ramy i granice ich prawidłowości w tym celu pomocne okażą się dyrektywy wykładni językowej.

⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 kwietnia 2007 r. (sygn. akt I CSK 27/07).

¹⁰ L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Warszawa 2006, s. 90.

Definicje legalne to takie, które znajdują się w przepisach prawnych. Jeżeli zatem dane pojęcie określone jest w przepisie powszechnie obowiązującego prawa to ogólnym warunkom ubezpieczenia powinno nadać się takie znaczenie tego pojęcia jak zostało określone w języku prawnym. W tym zakresie można wyróżnić w orzecznictwie pewne rozbieżności. Z jednej strony, przyjmując ścisły legalizm można uznać, iż definicje zawarte w treściach wzorców nie powinny odstępować znacznie od definicji legalnych. Takie stanowisko potwierdza uchwała Naczelnego Sądu Administracyjnego, gdzie wskazano, iż nie ulega wątpliwości, że definicje legalne są zwykłymi przepisami prawnym, mają więc charakter wiążący i odstępstwo od nich musi być traktowane jak każde inne naruszenie prawa¹¹. Z drugiej strony, Sąd Najwyższy dopuszcza możliwość kształtowania definicji w o.w.u. odmiennie od ustalonych w przepisach prawnych definicji legalnych¹².

Niewątpliwie definicje formułowane przez profesjonalistów w o.w.u. powinny mieć charakter wyraźny i precyzyjny. Prawidłowa definicja to taka, gdzie przedmiot definiowany jest precyzyjnie określony a definicja wyczerpuje zakres podmiotowy i przedmiotowy danego pojęcia. Należałoby unikać definicji częściowych, które jedynie częściowo określałyby sens pewnego terminu, jak również otwartych definicji zakresowych, chyba, że wszelkie desygnaty zostałyby wymienione¹³. Należy zwrócić uwagę na zakres pojęciowy określonych definicji zawartych w treści o.w.u. Nieprecyzyjna definicja to zarówno taka, która definiuje zbyt szeroką liczbę stanów faktycznych jak i również zbyt zawężona do ograniczonej ilości przypadków przy jednoczesnym posługiwaniu się tym samym terminem w szerszym znaczeniu w innym zapisie o.w.u.

Dokonując wykładni definicji określonych w o.w.u., czy też innego tekstu zawartego w o.w.u. należy zwrócić uwagę również na dyrektywy języka specjalistycznego. Może zdarzyć się sytuacja, iż dane pojęcie nie jest zdefiniowane w tekście prawnym, w języku prawniczym a należy do określonej dziedziny nauki (np. matematyki, fizyki, elektroniki, ekonomii). W takim przypadku, interpretator powinien przyjąć takie znaczenie pojęcia jakie funkcjonuje w danej dziedzinie nauki, do której ono przynależy.

Podsumowując dotychczasowe rozważania dotyczące dyrektyw językowych można posłużyć się pewną kolejnością stosowania tych dyrektyw.

Interpretator powinien w pierwszej kolejności odwołać się do języka prawnego, gdy brak jest definicji legalnej określonego pojęcia należy przyjąć takie znaczenie jakie określone jest w języku prawniczym, bądź gdy należy do terminów specjalistycznych określonej dziedziny nauki i techniki – na jego znaczeniu specjalnym, a dopiero gdy takiego znaczenia się nie ustali to należy nadać takie pojęcie jakie ma ono w języku potocznym¹⁴. Oczywiście dyrektywy te nie mają charakteru absolutnego bowiem możliwość ich stosowania wynika z ukształtowanych poglądów judykatury a nie z przepisów bezwzględnie obowiązującego prawa. Kolejność stosowania tych dyrektyw określa również Naczelny Sąd Administracyjny w uchwale z dnia 29 listopada 1999 r. (sygn. akt FPK 3/99), gdzie wskazano, iż:

- najpierw należy ustalić czy dany zwrot budzący wątpliwości interpretatora nie ma definicji legalnej w określonym akcie prawnym;
- w razie braku definicji legalnej należy podjąć działania mające na celu ustalenie czy budzący wątpliwości zwrot ma swoje znaczenie powszechnie ustalone w języku prawniczym (język literatury prawniczej i język orzecznictwa sądowego) danej gałęzi prawa;
- w następnej kolejności odwołać się do języka powszechnego czyli skorzystać najlepiej z kilku słowników języka ogólnego.

Jeżeli uzyskane za pomocą powyższych dyrektyw interpretacyjnych znaczenie literalne danego tekstu nie zaprowadzi do jednoznacznych rezultatów konieczne jest sięgnięcie do reguł pozajęzykowych. W tej sytuacji interpretator wychodzi niejako poza sam tekst zapisany we wzorcu umownym i bada kontekst pozajęzykowy. Dyrektywami poza językowymi są: dyrektywy określone w art. 65 k.c. (okoliczności w jakich dane oświadczenie złożono, zamiar stron oraz cel umowy), art. 385 § 2 k.c. (nakaz interpretacji niejednoznacznych postanowień wzorca na korzyść konsumenta), można również posłużyć się dyrektywami mającymi zastosowanie do wykładni przepisów prawa (oczywiście w sposób analogiczny i z pewnymi modyfikacjami ze szczególnym uwzględnieniem charakteru prawnego wzorca) takimi jak: funkcja umowy oraz systematyka danego wzorca.

Uwzględniając treści zawarte w art. 65 k.c. można wyróżnić dwie metody wykładni: subiektywną i obiektywną. Metoda wykładni subiektywnej polega na określeniu jak strony zrozumiały treść i sens złożonego oświadczenia i czy było to zgodne zrozumienie. Natomiast wykładnia obiektywna polega na przypisaniu treści oświadczenia woli w oparciu

¹¹ Uchwała NSA z dnia 30 października 2000 r. (sygn. akt OPK 16/00).

¹² Zob. wyrok SN (sygn. akt III CZP 65/97), gdzie w uzasadnieniu wskazano, że pozwany nie użył we wzorcu pojęcia kradzież pojazdu tak jak jest to ukształtowane w art. 203 § 1 k.k. w związku z czym, zdarzenie polegające na zawładnięciu przeznaczonym do wynajmowania pojazdu przez osobę posługującą się fałszywym dowodem tożsamości jest kradzieżą w rozumieniu o.w.u.

¹³ Przykładowo taka niepełna definicja częściowa znajduje się w o.w.u. ubezpieczenia mienia jednego z największych zakładów ubezpieczeń: budynek gospodarczy – budynek lub inny obiekt przeznaczony do przechowywania m.in. materiałów, sprzętu, pojazdów, płodów rolnych, inwentarza żywego lub przeznaczony do uprawy roślin.

¹⁴ Zob. L. Morawski, *op.cit.*, s. 102.

o ustalenie jego powszechnie zwyczajowego znaczenia. Jak podkreśla się w doktrynie, w odniesieniu do wzorców umownych zastosowanie powinien mieć obiektywny wzorzec wykładni¹⁵. W orzecznictwie Sądu Najwyższego można wyróżnić także kombinowaną metodę wykładni oświadczeń woli. Jej istota ujęta jest w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 1995 r. (sygn. akt III CZP 66/95) gdzie wskazano, iż: „Na tle art. 65 k.c. należy przyjąć kombinowaną metodę wykładni, opartą na kryteriach subiektywnych i obiektywnych. Stanowisko takie zajmują też przedstawiciele nauki prawa cywilnego. Stosowanie kombinowanej metody wykładni do czynności prawnych *inter vivos* obejmuje dwie fazy. W pierwszej fazie sens oświadczenia woli ustala się mając na uwadze rzeczywiste ukonstytuowanie się znaczenia między stronami. Oznacza to, że uznaje się za wiążący sens oświadczenia woli, w jakim zrozumiąta go zarówno osoba składająca, jak i odbierająca to oświadczenie. Decydująca jest zatem rzeczywista wola stron. Podstawę prawną do stosowania w tym wypadku wykładni subiektywnej stanowi art. 65 § 2 k.c. który, choć mowa w nim o umowach, odnosi się w istocie do wszystkich oświadczeń woli składanych innej osobie. Jeżeli okaże się, że strony nie przyjmowały tego samego znaczenia oświadczenia woli, konieczne jest przejście do drugiej, obiektywnej fazy wykładni, w której właściwy dla prawa sens oświadczenia woli ustala się na podstawie przypisania normatywnego, czyli tak, jak adresat sens ten rozumiał i rozumieć powinien. Za wiążące uznać trzeba w tej fazie takie rozumienie oświadczenia woli, które jest wynikiem starannych zabiegów interpretacyjnych adresata. Decydujący jest normatywny punkt widzenia odbiorcy, który z należytą starannością dokonuje wykładni zmierzającej do odtworzenia treści myślowych osoby składającej oświadczenie woli. Przeważa tu ochrona zaufania odbiorcy oświadczenia woli nad wolą, a ściślej nad rozumieniem nadawcy. Nadawca bowiem formułuje oświadczenie woli i powinien uczynić to w taki sposób, aby było ono zgodne z jego wolą i zrozumiane przez odbiorcę. Wykładnia obiektywna sprzyja pewności stosunków prawnych, a tym samym i pewności obrotu prawnego. Zgodnie z kombinowaną metodą wykładni, priorytetową regułą interpretacyjną oświadczeń woli, składanych indywidualnie adresatom, stanowi rzeczywista wola stron. Zastosowanie tej reguły wymaga wyjaśnienia jak strony rzeczywiście zrozumiąły złożone oświadczenie woli, a w szczególności, jaki sens łączyły z użytym w oświadczeniu woli zwrotem lub wyrażeniem. W razie ustalenia, że były to te same treści myślowe, pojmowany zgodnie sens oświadczenia woli trzeba uznać za wiążący”.

Dokonując dalszej kweryndy orzecznictwa Sądu Najwyższego można zauważyć tendencję do odwoływania się przez Sąd Najwyższy do okoliczności, w których zawierano daną umowę ubezpieczenia i tym samym oparcie swoich twierdzeń na podstawie norm wynikających z art. 65 k.c. Jest oczywiste, że sposobu zawierania umów adhezyjnych nie można sprowadzić do mechanicznego i automatycznego procesu przystępowania do tych umów. Nie można również w każdym przypadku opierać się wyłącznie na czysto literalnej treści wzorca oraz treści zawartych w innych dokumentach wręczanych adherentowi przed bądź w trakcie zawierania umowy. W toku interpretacji osoba dokonująca wykładni powinna uwzględniać wszelkie okoliczności towarzyszące zawieraniu umowy. Jak trafnie wskazano w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2007 r. (sygn. akt IV CSK 307/06): „Sądy obu instancji przyjęły, że zamiarem wyrażonym przez powodów agentowi ubezpieczeniowemu strony pozwanej było zawarcie umowy obejmującej najszerzy zakres ubezpieczenia od kradzieży. W wyniku tego otrzymali oni, do złożenia jako oferty, wniosek ubezpieczeniowy, stanowiący firmowy formularz, w którym zawarto do wyboru jeden wariant ubezpieczenia pełnego oraz dwa warianty ubezpieczenia ograniczonego i nie przedstawiono możliwości ani miejsca na jakiegokolwiek inne warianty ubezpieczenia. Nie odwołano się do ogólnych warunków ubezpieczenia ani nie zaznaczono w jakikolwiek sposób, że może być ubezpieczenie „pełniejsze” od „pełnego”, które nie obejmuje wszystkich rodzajów kradzieży. Niezależnie od tego, czy wniosek ten potraktować jako ofertę strony pozwanej stanowiącą odpowiedź na ustną ofertę powodów zawarcia umowy ubezpieczenia od wszelkich kradzieży, czy jako ofertę powodów albo ich zgodę na ofertę pozwanego, powodowie mogli mieć podstawy by przypuszczać, że zawarte we wniosku określenie „ubezpieczenie pełne” odpowiada ich woli zawarcia umowy ubezpieczenia od wszelkich kradzieży, skoro w formularzu nie przewidywano możliwości zawarcia umowy na ubezpieczenie szersze od pełnego. W oparciu o treść tego formularza można było zasadnie uznać, że „ubezpieczenie pełne” jest najszerzym z możliwych ubezpieczeń i obejmuje wszelkie kradzieże. Strona pozwana nie przewidziała w nim możliwości zawarcia umowy o ubezpieczenie poszerzone o kradzież rozbójniczą za dodatkową opłatą i przy dodatkowym wyposażeniu samochodu. Zasadnie skarżący zarzucają naruszenie art. 65 i art. 385 § 2 k.c. przez pominięcie tych okoliczności przy ustalaniu woli stron kształtującej treść umowy co do zakresu ubezpieczenia. Jak wskazano wyżej, strona pozwana ponosi odpowiedzialność za niejednoznaczne i mylące sformułowania wniosku ubezpieczeniowego i o.w.u., co powinno prowadzić do ustalenia takiej treści umowy w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, która byłaby zgodna z wolą powodów, przy założeniu, że wskazanych wyżej uchybień strony pozwanej by nie było”.

Jak wynika z powyższego, Sąd Najwyższy uwzględniając zasadność zarzutów podniesionych w skardze kasacyjnej przez poszkodowanego oparł się również w toku argumentacji na okolicznościach towarzyszących zawieraniu umowy takich jak przekonanie ubezpieczających o wyborze wariantu pełnego ubezpieczenia a także braku poinformowania przez ubezpieczyciela o możliwości wybrania jeszcze innego wariantu z szerszym zakresem ochrony. Tym samym, uwzględnia-

¹⁵ P. Machnikowski, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 161.

ją okoliczność złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy adhezyjnej nie sposób jest pominąć celu i zamiaru ubezpieczającego, który dąży zasadniczo do uzyskania pełnej ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do grupy ryzyk, które go dotyczą. Również w wyroku z dnia 21 stycznia 2004 r. (sygn. akt IV CK 366/02) Sąd Najwyższy uznał, że: „(...) treść umowy ubezpieczenia powinna być także przedmiotem oceny sądu według kryteriów wskazanych w tych przepisach z uwzględnieniem powszechnie akceptowanym w literaturze przedmiotu i orzecznictwie stanowiskiem, zgodnie z którym zarówno przepisy normujące umowy, jak i regulujące je postanowienia ogólnych warunków umów, jak też indywidualnie uzgadniane umowy nie powinny być interpretowane w sposób oderwany od ich natury i funkcji”.

Kolejną dyrektywą wykładni jest nakaz interpretacji niejednoznacznych postanowień wzorca na korzyść konsumenta. Jak wskazuje się w orzecznictwie sądowym, niejednoznaczne postanowienia wzorca umownego to sytuacje, w których nazwom można przypisać różne desygnaty a nakazom i zakazom różne zachowania¹⁶. Dyrektywy wykładni wypływające z treści art. 385 § 2 k.c. oraz art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie mają charakteru subsydiarnego lecz ich zastosowanie może mieć miejsce dopiero po stwierdzeniu, iż treść wzorca jest niejednoznaczna. Dyrektywa ta nie jest również ostatecznym narzędziem, z którego może korzystać osoba dokonująca wykładni.

Historycznie dyrektywa *in dubio contra proferentem* wzięła się z czasów prawa rzymskiego i była rozumiana dwojako. Z jednej strony, jako wykładnia restryktywna wobec wierzyciela a życzliwa wobec dłużnika. Z drugiej strony, wykładnia restryktywna wobec tego, kto redaguje lub posługuje się tekstem (przykładowo: przedsiębiorca, który redaguje treść wzorca) a w konsekwencji życzliwa w stosunku do drugiej strony bez względu na fakt, czy występuje ona w roli dłużnika¹⁷. Za uzasadnieniem wprowadzenia przez ustawodawcę tego typu konstrukcji przemawia fakt, iż podmiot tworzący treść wzorca narażony jest na ryzyko niejasnej i niejednoznacznej redakcji tekstu, bowiem posługuje się on tym wzorcem wobec nieoznaczonego kręgu adresatów, którzy co do zasady pozbawieni są możliwości wpływu na treść tego wzorca. Ogólnie rzecz biorąc, wykładnia na korzyść konsumenta oznacza przyjmowanie w sytuacji niejednoznaczności takiej wykładni jaka w odniesieniu do konkretnego stanu faktycznego będzie wywoływać korzystne skutki dla interesów prawnych i majątkowych adherenta. Takie stanowisko wyrażone jest w wielu orzeczeniach Sądu Najwyższego¹⁸. Przykładowo, w wyroku w z dnia 12 stycznia 2007 r. (sygn. akt IV CSK 307/06) wskazano, iż ubezpieczyciel ma obowiązek jasnego i jednoznacznego sformułowania ogólnych warunków ubezpieczenia oraz pozostałych dokumentów koniecznych przy zawarciu umowy i ponosi konsekwencje wszelkich uchybień w tym zakresie, a dla zwolnienia go od odpowiedzialności nie wystarczy stwierdzenie, że przedstawił o.w.u. ubezpieczającemu, który mógł się z nimi zapoznać, jeżeli dokumenty te zawierały uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata. Dalej w uzasadnieniu powyższego judykatu czytamy, iż ze względu na fakt, że umowa ubezpieczenia ma charakter szczególnego zaufania to działania kontrahentów powinny być lojalne a postanowienia umowy jasne, zrozumiałe i jednoznaczne. Dlatego też, zdaniem Sądu, postanowienia o.w.u. jak i wszystkich innych dokumentów i formularzy jakimi posługuje się ubezpieczyciel przy zawieraniu umowy muszą być jasne, jednoznaczne i zrozumiałe dla przeciętnego adresata bez szczególnego wykształcenia i przygotowania. Powinno dotyczyć to w szczególności wszelkiego rodzaju wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności ubezpieczyciela, co do których nie może być żadnych wątpliwości już przy zawieraniu umowy. Dalej w uzasadnieniu Sąd wskazuje, iż nie można zaaprobować wykładni, której rezultat pozwoliłby na odmowę wypłaty świadczenia odszkodowawczego w sytuacji, w której ubezpieczający dopiero po zajściu zdarzenia dowiaduje się, że nie było ono objęte ubezpieczeniem. Musi on już przy zawieraniu umowy wiedzieć dokładnie, co jest przedmiotem ubezpieczenia i jaki jest jego zakres oraz jakie wypadki nie są nim objęte. Jeżeli o.w.u. są co do tego niejasne, niejednoznaczne i niezrozumiałe, muszą być wykładane na korzyść ubezpieczającego, o czym wprost stanowi art. 385 § 2 k.c.

W toku interpretacji ważną rolę odgrywają również dyrektywy funkcjonalno – celowościowe. W przypadku interpretacji treści wzorca umownego mają one charakter pomocniczy ale równie ważny jak inne dyrektywy wykładni. Odnosząc się do celu określonej treści wzorca interpretator powinien zwrócić uwagę przede wszystkim na podstawowe cele umowy ubezpieczenia (art. 805 k.c. i nast.) oraz skutek jaki dany zapis wywołuje. Chodzi tutaj głównie o cele zarówno stojące po stronie podmiotu formułującego dany zapis (w postaci ograniczenia zdarzeń, co do których miałyby wystąpić przyjęcie odpowiedzialności i wypłata świadczenia), jak i celu adherenta – konsumenta (uzyskanie jak najpełniejszej ochrony ubezpieczeniowej). Jako przykład zastosowania wykładni celowościowej można przytoczyć następujący fragment uzasadnienia orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2004 r. (sygn. akt I CK 471/03) gdzie wskazano, iż: „Wbrew argumentom skarżącego, wyrażonym w kasacji, przytoczone w niej postanowienia o.w.u. nie rozróżniają ubezpieczenia przewożonego towaru od kradzieży z włamaniem od ubezpieczenia tego mienia od rabunku traktowanego jako dodatkowe ryzyko bez względu na okoliczności w jakich doszło do tego zdarzenia. Treść przytoczonych postanowień wskazuje, że niezależnie od rodzaju wypadku ubezpieczeniowego (zdarzenia losowego), stanowiącego źródło szkody i rodzącego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, mienie zostało objęte ubezpieczeniem na całej trasie prze-

¹⁶ Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2002 r. (sygn. akt IV CKN 1337/00).

¹⁷ Z. Radwański, (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. 2, Warszawa 2006, s. 81.

¹⁸ Por. wyroki SN z dnia 24 marca 2004 r. (sygn. akt I CK 471/03); z dnia 21 stycznia 2004 r. (sygn. akt IV CK 366/02); z dnia 21 czerwca 2007 r. (sygn. akt IV CSK 95/07).

wozu łącznie z koniecznym postojem. Wbrew zarzutom skarżącego, z treści powołanych postanowień umownych nie można było wywieść odmiennego wniosku. Treść umowy uwzględnia zatem podstawowy cel ubezpieczenia majątkowego, jakim jest wyrównanie strat osób ubezpieczonych w przypadku zaistnienia zdarzenia losowego objętego umową, jednakże przy spełnieniu przez nich przewidzianych w umowie wymogów koniecznych dla uniknięcia lub zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu. Nie można więc zarzucić Sądowi Apelacyjnemu, że dokonał wykładni analizowanego zapisu umownego niezgodnie z celem umowy, zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego”. Również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 stycznia 2006 r. (sygn. akt V CSK 90/05) odniósł się do podstawowego celu oraz funkcji umowy ubezpieczenia: „Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie może tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu. Poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń *per fas et nefas* możliwości uchylecia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt nielojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną”.

Dokonując wykładni budzących wątpliwości treści wzorca umownego może również pojawić się konieczność odwołania się do funkcji jakie spełnia umowa ubezpieczenia ale również do zasad współżycia społecznego czy innych wartości aksjologicznych. Dyrektywy wykładni funkcjonalnej i celowościowej niekiedy mają charakter tożsame. Stosując dyrektywy funkcji i celu nie można również wyprowadzać wniosków o charakterze abstrakcyjnym i całkowicie w oderwaniu od treści wzorca. Oczywistym jest, że dyrektywy są w luźny sposób powiązane z tekstem, dlatego też pojawia się konieczność ostrożnego ich stosowania. Dyrektywa ta ma ściśle sprecyzowaną formę i jej powołanie przybiera postać powoływania się na szeroko rozumiane racje społeczne, ekonomiczne i moralne¹⁹.

Kończąc omawianie zagadnień związanych z poszczególnymi dyrektywami interpretacyjnymi należy również zwrócić uwagę na konieczność interpretacji zapisów o.w.u. w szerszym kontekście w odniesieniu do całej systematyki wzorca umownego. Nie sposób jest dokonywać wykładni oderwanego od kontekstu pojedynczego zapisu lub określonej definicji. Wykładnia systemowa wzorca nakazuje interpretatorowi konieczność uwzględniania takich okoliczności jak umieszczenie zapisu w konkretnym rozdziale, tytule (przykładowo w dziale „przedmiot ochrony”), hierarchia wyłączeń odpowiedzialności (może okazać się tak, że najistotniejsze wyłączenia będą znajdować się na początku katalogu a najmniej istotne na końcu katalogu).

Aby powyższe rozważania nie miały charakteru czysto teoretycznego pragnę wskazać na kilka przykładów i stanów faktycznych powstałych na podstawie rozpatrywanych spraw przez Rzecznika Ubezpieczonych.

W pierwszym z przykładów, spór dotyczy niejasnego brzmienia zapisu o.w.u. jednego z występujących na rynku ubezpieczycieli i językowej wykładni jego znaczenia. Stan faktyczny dotyczył kradzieży załadunku znajdującego się w naczepie objętej ochroną ubezpieczeniową od m.in. zdarzenia polegającego na kradzieży. W przedmiotowym stanie faktycznym, pojawiły się wątpliwości interpretacyjne związane z zapisem, którego treść brzmi następująco: „Kierowca powinien ze szczególną starannością zabezpieczyć pojazd wraz z przesyłką przed kradzieżą z włamaniem. W czasie postoju kierowca zobowiązany jest pozostawić pojazd wraz z przesyłką na parkingu strzeżonym, a jeśli jest to niemożliwe, w miejscu zapewniającym maksimum bezpieczeństwa, tj. na terenie trwale ogrodzonym, zamkniętym, dozorowanym oraz oświetlonym lub na znajdujących się na trasie przewozu parkingach przy motelu, hotelu, całodobowej stacji benzynowej lub urzędzie celnym”.

Stan faktyczny jest następujący: kierujący pojazdem zaparkował na oznakowanym przy trasie przejazdu parkingu, który oprócz miejsc postojowych zapewniał miejsca noclegowe, możliwość tankowania paliwa i spożywania posiłków. Na trasie przejazdu natomiast brak było informacji dotyczących strzeżonych parkingów i w ocenie kierującego docelowa stacja była możliwie bezpieczna.

Stanowisko ubezpieczyciela sprowadzało się do interpretacji, w której zwrot: „a jeśli jest to niemożliwe” występowałby w koniunkcji z dalszą częścią zdania: „lub na znajdujących się na trasie przewozu parkingach przy motelu hotelu, całodobowej stacji benzynowej lub urzędzie celnym”. Innymi słowy, aby pojazd mógł zaparkować na znajdujących się na trasie przewozu parkingach przy motelu, hotelu, całodobowej stacji benzynowej lub urzędzie celnym musiałaby wystąpić obiektywna przesłanka niemożliwości zaparkowania w innym miejscu, które spełniałoby wymogi bezpieczeństwa ustalone przez ubezpieczyciela.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych należałoby zwrócić uwagę na odmienną interpretację. Treść zapisu o.w.u. rozpoczynająca się od zdania: „W czasie postoju kierowca zobowiązany jest pozostawić pojazd wraz z przesyłką na parkingu strzeżonym, a jeśli jest to niemożliwe, w miejscu zapewniającym maksimum bezpieczeństwa, tj. na terenie trwale ogrodzonym, zamkniętym, dozorowanym oraz oświetlonym” rozdzielone jest od pozostałej części klauzuli zwrotem „lub”. Zgodnie z definicją zawartą w słowniku języka polskiego słowo „lub” oznacza: „spójnik wyrażający możliwą wymienność lub wzajemne wyłączenie się zdań lub ich części”. Tak więc, przy interpretacji pozostałej części klauzuli należałoby wziąć pod uwagę alternatywę (lub), zgodnie z którą zapis w o.w.u. można interpretować w ten sposób: w czasie postoju kierowca zobowiązany jest pozostawić pojazd wraz z przesyłką na parkingu strzeżonym, a jeśli jest to niemożliwe, w miejscu zapewniającym maksimum bezpieczeństwa, tj. na terenie trwale ogrodzonym, zamkniętym, dozorowanym

¹⁹ L. Morawski, *op. cit.*, s. 139.

oraz oświetlonym lub na znajdujących się na trasie przewozu parkingach przy motelu, hotelu, całodobowej stacji benzynowej (i to zdanie rozpoczynające się od funktora „lub” należałoby interpretować jako jedną z możliwości postoju pojazdu, ponieważ użyty zwrot „lub” spełnia funkcję rozdzielającą i wskazującą na alternatywną możliwość postoju pojazdu).

Jak wynika z przedmiotowej sprawy, interpretator użył w pierwszej kolejności wcześniej wspomnianych dyrektyw językowych i dokonał wykładni zapisu w oparciu o dyrektywę językowe, składnię i powołał się na językowe (słownikowe) znaczenie spójnika „lub”. Ponadto, w uzasadnieniu swojego stanowiska Rzecznik Ubezpieczonych wskazał na normę, zgodnie z którą postanowienia niejednoznaczne należy tłumaczyć na korzyść konsumenta oraz odwołał się do podstawowego celu umowy ubezpieczenia (pozajęzykowa dyrektywa celu) jakim jest konieczność zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczyciela.

Kolejna przykładowa sprawa dotyczy stanu faktycznego, w którym ubezpieczający doznał szkody na skutek nieautoryzowanego użycia kodu karty wraz z kodem PIN i wypłaty na terytorium państwa trzeciego środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym. Zakres ubezpieczenia i przedmiot ochrony obejmował zgodnie z treścią o.w.u.: „Szkody doznane przez Ubezpieczonego na skutek nieuprawnionej transakcji dokonanej za pomocą danych skopiowanych z karty debetowej polegające wyłącznie na wypłacie środków pieniężnych w placówkach bankowych, bankomatach, terminalach POS i innych urządzeń samoobsługowych, jak również nabyciu papierów wartościowych za pośrednictwem instytucji finansowych uprawnionych do ich rozprowadzania”. Ponadto w o.w.u. wskazane jest, że zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są szkody doznane przez ubezpieczonego na skutek nieuprawnionych transakcji z użyciem kodu PIN w ciągu 6 godzin od momentu użycia tego kodu.

Ubezpieczyciel odmówił przyjęcia odpowiedzialności w oparciu o zapis, który znajdował się w katalogu wyłączeń odpowiedzialności: „Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje transakcji dokonanych przy wykorzystaniu PIN, za wyjątkiem tych transakcji, w których kod PIN został ujawniony przez posiadacza karty debetowej na skutek użycia wobec niego przemocy lub groźby użycia przemocy albo wypadek miał miejsce bezpośrednio po dokonaniu rozboju lub kradzieży z włamaniem w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego”.

W swoim stanowisku odnoszącym się do interpretacji przedmiotowych zapisów Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił uwagę przede wszystkim na wewnętrzną niespójność zapisów zawartych w o.w.u. (dyrektywy wykładni systemowej), na cel i przedmiot ochrony ubezpieczeniowej oraz okoliczności złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia. Konstruowanie zapisów o.w.u. poprzez rozszerzenie zakresu wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela miało na celu ograniczenie liczby przypadków, w których ubezpieczyciel będzie odpowiadał za zdarzenia, których prawdopodobieństwo jest znikome. Wypacza to zatem podstawową funkcję ubezpieczenia i ma na celu ukształtowanie tzw. pustego produktu ubezpieczenia. Wzięto również pod uwagę okoliczności złożenia oświadczenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia (art. 65 § 1 k.c.), bowiem wskazano, iż ubezpieczający uiszcza składkę ubezpieczeniową w przekonaniu, iż ochrona świadczona przez ubezpieczyciela będzie obejmować niepożądane zdarzenia, w wyniku których ubezpieczający poniesie szkodę w związku z ryzykiem, na które jest narażony przy użytkowaniu karty debetowej.

W kolejnym stanie faktycznym, który również dotyczył odmowy przyjęcia odpowiedzialności, ubezpieczyciel podniósł iż, pojazd został nielegalnie wprowadzony na obszar wspólnoty celnej oraz został zarejestrowany w RP przez ubezpieczającego na podstawie dokumentów, które posiadały nieprawdziwe dane. Daleko idące wątpliwości interpretacyjne budzi w tym przypadku następujący zapis: „Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody powstałe w pojazdach zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej przez Ubezpieczającego na podstawie dokumentów zawierających nieprawdziwe dane dotyczące pojazdu, jego właściciela lub źródła pochodzenia pojazdu”.

W stanowisku Rzecznika Ubezpieczonych trafnie dokonano wykładni przedmiotowego zapisu wskazując na jego nieprecyzyjność i wadliwość w stosowaniu. W treści pisma Rzecznika Ubezpieczonych wyraźnie zaznaczono, iż tworząc określone wyłączenie odpowiedzialności lub powołując się na nie w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia należy je wiązać z funkcją i celem umowy ubezpieczenia mienia i ochroną ubezpieczeniową od ryzyka utraty rzeczy wskutek kradzieży lub kradzieży z włamaniem. Dalej w stanowisku wskazano: „Celem bowiem umowy ubezpieczenia mienia od ryzyka kradzieży przedmiotu ubezpieczenia jest ochrona interesu majątkowego jego właściciela przed bezprawnym zaborem cudzej rzeczy. Może bowiem powstać sytuacja, w której zwykła omyłka pisarska np. co do pojemności silnika powstała w treści dokumentu stanowiącego podstawę rejestracji lub niepoprawne określenie nazwiska zbywcy, zostanie uznana za zarejestrowanie pojazdu na podstawie nieprawdziwego dokumentu, a więc jako zjawisko okoliczności wyłączającej odpowiedzialność z mocy przedmiotowego zapisu. Nieistotnym będzie przy tym fakt, iż ubezpieczający w chwili rejestracji pojazdu i następnie zawarcia umowy był właścicielem rzeczy. Tak więc to strona czysto formalna (np. poprawność językowa określonego dokumentu), a nie strona materialna (fakt istnienia prawa własności) będzie determinantem odpowiedzialności ubezpieczyciela”.

Dalej w uzasadnieniu wskazano na treść art. 813 k.c. w zw. z art. 805 k.c. i fakt, iż świadczeniem ubezpieczeniowym jest nie tylko zobowiązanie do spełnienia świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego przewidzianego w warunkach danego ubezpieczenia ale również udzielanie ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto wskazano, że w przypadku zaistnienia jakiegokolwiek błędu formalnego nie mającego żadnego wpływu na prawo własności ubezpieczającego do

przedmiotu ubezpieczenia ziszczenie ochrony ubezpieczeniowej nie może nastąpić, co jednocześnie rodzi iluzoryczność udzielanej ochrony, mimo spełnienia świadczenia ubezpieczającego polegającego na zapłacie składki.

Jak wynika z powyższej argumentacji, budując uzasadnienie swojego stanowiska odwołano się również do dyrektyw o charakterze pozajęzykowym wskazując na cel oraz funkcję umowy ubezpieczenia a także na systematykę (zgodność z przepisami art. 813 k.c. oraz 805 k.c.). Dokonując jednocześnie wykładni systemowej (poprzez odwołanie do prawa własności w rozumieniu cywilistycznym) wskazano, iż determinantem istnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela jest fakt istnienia prawa własności, a nie czysto językowe znaczenie dokumentów, na podstawie których rejestrowano dokumenty.

Reasumując, przedstawione wyżej dyrektywy interpretacyjne oraz ich praktyczne zastosowanie zarówno na etapie sądowym jak i w toku rozpatrywanych spraw przez Rzecznika Ubezpieczonych są koniecznym instrumentem do budowania argumentacji oraz uzasadnień na poparcie swoich twierdzeń. Sięganie po dyrektywy interpretacyjne będzie przydatne zarówno w sprawach indywidualnych, jak i aspekcie kontroli abuzywności danego wzorca umownego. Umiejętne posługiwanie się wykładnią tekstu pozwoli na usunięcie licznych rozbieżności powstających w niejednokrotnie zawiłych stanach faktycznych i będzie pomocne w formułowaniu argumentów używanych w sporze z drugą stroną danego stosunku prawnego.

Ustawowe ograniczenia w tworzeniu definicji umownych

Stałym elementem umów adhezyjnych, zawieranych za pośrednictwem wzorców umownych są definicje umowne. Nie inaczej jest w przypadku ogólnych warunków ubezpieczenia i to zarówno tych, które mają zastosowanie do umów zawieranych indywidualnie, jak i do ubezpieczeń grupowych.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia ubezpieczyciele niekiedy bardzo szczegółowo definiują pojęcia, których zastosowanie ma istotne znaczenie dla określenia podmiotów, których prawa i obowiązki są ukształtowane przez umowę ubezpieczenia, przedmiotu ubezpieczenia, czy wreszcie zakresu udzielanej ochrony i jej wyłączeń. Zastosowanie tej techniki redagowania wzorców umownych sprzyja z pewnością, a przynajmniej powinno sprzyjać takiemu formułowaniu ogólnych warunków, które zapewnią ich jasne i pozbawione wątpliwości interpretacyjnych brzmienie, a tym samym spełnią zawarty w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm) wymóg jednoznacznego i zrozumiałego formułowania ogólnych warunków ubezpieczenia. Wielokrotnie zdarza się jednak, że obok pojęć charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia i znajdujących tylko w niej zastosowanie – takich jak „ubezpieczony”, „ubezpieczający”, „polisa”, czy „wartość wykupu”, zakłady ubezpieczeń formułują definicje pojęć, które stosowane są powszechnie w obrocie publicznym i których znaczenie jest jednoznaczne i ugruntowane w praktyce. Dlatego też często spotykamy w ogólnych warunkach ubezpieczenia definicje takich pojęć jak „lekarz”, „szpital” czy „zawał serca”, przy czym znaczenie tych definicji niejednokrotnie jest zgoła odmienne zarówno od tego jakie zwykle przyjmuje się w znaczeniu językowym, jak również jakie wypracowano w dziedzinach, w których znajdują one zastosowanie (co nie oznacza wszakże, że są one fałszywe). To z kolei prowadzi do licznych sporów na tle interpretacji takich definicji, a także kwestionowania zasadności takiego ich ukształtowania i stosowania. Rodzi się również pytanie o sens definiowania takich pojęć w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Nie ulega wątpliwości, że jednym z celów wprowadzania definicji umownych, które modyfikują powszechne rozumienie określonych pojęć, nawet jeśli z pozoru zawierają one wyłącznie prawdziwe informacje, jest najczęściej zawężenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Cel ten nie zawsze jest jednak jasny i łatwy do wyinterpretowania dla przeciętnego konsumenta.

Jako przykład takiego działania można wskazać choćby definicję szpitala sformułowaną w § 2 pkt 8 „Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego” Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. oznaczonych kodem LSGP10¹, zgodnie z którą szpital to „działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny (dostępny dla PZU Życie S.A.); w rozumieniu ogólnych warunków szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych”.

Jak wynika z powyższej definicji, nie każdy szpital w powszechnym rozumieniu tego słowa, czy też nawet nie każdy zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89) spełnia przesłanki pozwalające na zakwalifikowanie do kategorii szpitali² zostanie uznany przez ubezpieczyciela za szpital, w którym pobyt będzie skutkował jego odpowiedzialnością i wypłatą świadczenia. Definicja ta znacznie więc zawęża zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, który mimo iż, jak można wnioskować



Anna Gadomska-Orłowska
radca prawny, ekspert
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego LSGP10 zostały zatwierdzone uchwałą Nr 5 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 19 lutego 1998 r. i miały zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po dniu 1 marca 1998 r.

² Wprawdzie ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89) nie zwiera definicji legalnej szpitala, jednakże z całokształtu jej regulacji można wyinterpretować, że szpitalem jest wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (zakład opieki zdrowotnej) zapewniający pacjentowi świadczenia zdrowotne, produkty lecznicze oraz wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

już z samego tytułu umowy, obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w rzeczywistości odnosi się jedynie do hospitalizacji odbywających się w ściśle określonych warunkach. Z doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych wynika na przykład, że powołując się na tak sformułowaną definicję szpitala ubezpieczyciel uchylał się od odpowiedzialności w przypadku, gdy szpital, w którym przebywał ubezpieczony nie posiadał sal operacyjnych, a co za tym idzie nie mogły być w nim wykonywane zabiegi chirurgiczne, nawet w przypadku, gdy świadczenia udzielane ubezpieczonemu nie wymagały interwencji chirurgicznej. Liczną grupę przypadków, w którym ubezpieczyciel za pomocą wyżej przywołanej definicji umownej zwalniał się z odpowiedzialności stanowiły również sytuacje, w których osoby ubezpieczone były hospitalizowane w szpitalach rehabilitacyjnych w związku z rehabilitacją leczniczą. Również wówczas ubezpieczyciel, powołując się na wyżej przywołaną definicję odmawiał wypłaty świadczeń nawet, jeśli z rehabilitacją połączony był proces leczenia.

Definicję zawężającą istotnie zakres określonego przez nią pojęcia jest również definicja „zabiegu na naczyniach wieńcowych” zawarta w „Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego” Polisa – Życie Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A., zgodnie z którą zabieg na naczyniach wieńcowych jest to „zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej (w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcji obu tętnic wieńcowych (zweżonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych (CABG). Konieczność dokonania zabiegu musi być potwierdzona badaniem angiograficznym. Pojęcie to nie obejmuje angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyniach wieńcowych”. Jak wynika z powyższego, definicja ta obejmuje w istocie jedynie zabieg wszczepienia tzw. by – passów i to tylko przy zastosowaniu krążenia pozaustrojowego. W praktyce jednak coraz powszechniej stosowane są zabiegi pomostowania tętnic wieńcowych metodą, która nie wywołuje konieczności zastosowania krążenia pozaustrojowego (POCABG), co zresztą sprzyja szybszemu powrotowi do zdrowia pacjenta. Tak przeprowadzony zabieg, mimo że bezsprzecznie jest zabiegiem na naczyniach wieńcowych nie stanowi jednak zdarzenia ubezpieczeniowego w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia, co z kolei skutkuje odmową wypłaty świadczenia w związku z zaistnieniem tej poważnej choroby.

Innym przypadkiem definicji odbiegającej w oczywisty sposób od znaczenia tego pojęcia przyjętego w nauce medycyny, a nawet w jego powszechnym rozumieniu jest zawarta w „Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. oznaczonych kodem CCGP32³ definicja zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest m.in. od „pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”⁴. Tymczasem aktualny stan wiedzy medycznej bezspornie wskazuje na fakt, że wystąpienie patologicznego załamka Q w przebiegu zawału serca nie jest konieczne, istnieją bowiem inne metody rozpoznawania zawału serca. Takie sformułowanie definicji zawału serca prowadziło jednak do sytuacji, w których ubezpieczony mimo, że przebył zawał serca nie otrzymywał świadczenia z tytułu ciężkiej choroby, ponieważ obraz kliniczny tej choroby nie odpowiadał wszystkim przesłankom wymienionym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Rzecznik Ubezpieczonych stał się adresatem licznych skarg kierowanych w tej sprawie, jednakże w każdej z nich ubezpieczyciel konsekwentnie obstawał przy stanowisku, zgodnie z którym zachorowanie na zawał serca nie spełniający wszystkich przesłanek określonych w definicji umownej nie może być podstawą do wypłaty świadczenia⁵. Również więc w tej sytuacji mamy do czynienia z zastosowaniem definicji zawężającej w stosunku do tej jaka wynika ze wskazań najnowszej wiedzy medycznej.

Jednocześnie należy wskazać, że w każdym przypadku, zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na wypadek którego zawarto umowę ubezpieczenia (a więc hospitalizacji, ciężkiego zachorowania), które jednak w ocenie ubezpieczycieli nie stanowiło podstawy do realizacji ich odpowiedzialności umownej, argumentacja mająca potwierdzić zasadność stosowania wyżej przywołanych definicji sprowadzała się do stwierdzenia, iż z uwagi na cywilnoprawny charakter umowy ubezpieczenia mają oni prawo swobodnego ukształtowania treści tego stosunku, a w tym zakresie również do takiego sformułowania definicji umownych, który będzie ściśle określał zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, a tym samym pozwoli mu na lepsze oszacowanie ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenie składki na optymalnym poziomie.

³ Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby CCGP32 zostały zatwierdzone uchwałą Nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 11 lipca 2007 r. i miały zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 sierpnia 2007 r.

⁴ Analogiczne definicje zawarte są również w „Ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” zatwierdzonych uchwałą Nr UZ/349/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 17 lipca 2007 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2007 r. oraz „Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” zatwierdzonych uchwałą Nr UZ/340/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 11 lipca 2007 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 sierpnia 2007 r.

⁵ Znamienne jest również to, że przy powyższym stanowisku ubezpieczyciel obstawał, mimo uznania przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w decyzji nr RWR 28/2010 z dnia 10 grudnia 2010 r. zastosowanej definicji za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, na co wskazuje wynik interwencji ponownie podjętych przez Rzecznika Ubezpieczonych po ogłoszeniu tej decyzji.

W kontekście przedstawionych przykładów redagowania definicji umownych należy zastanowić się jednak na ile czynniki, o których była mowa powyżej, a także szeroko pojęta swoboda stron w kształtowaniu treści stosunku cywilnoprawnego mogą stanowić uprawnienie do takiej ingerencji w sferę postrzegania i interpretowania rzeczywistości, w której stosunki te są realizowane, która to ingerencja powoduje niejednokrotnie jej zniekształcenie, a nawet wprowadza w błąd co do rzeczywistej treści przedsięwziętej czynności prawnej.

Z jednej strony nie ulega bowiem wątpliwości, że formułowanie definicji umownych w sposób częstokroć odbiegający od ich powszechnie przyjętego znaczenia stanowi przejaw realizowania kompetencji do kształtowania stosunków umownych zgodnie z wyrażoną w art. 353¹ k.c. zasadą swobody umów⁶. Zgodnie z nią strony umowy mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, co w kontekście omawianego zagadnienia można sprowadzić do stwierdzenia, że o ile strony w umowie postanowią, że określone w umowie pojęcie będą rozumiały w ten, a nie inny sposób, to taka interpretacja będzie jedyną uprawnioną do stosowania w ramach tego stosunku prawnego.

Zasada ta, choć zakreśla na rzecz podmiotów prawa szerokie pole wolności w kształtowaniu swoich praw i obowiązków, napotyka jednak na ograniczenia postawione przez ustawodawcę, a które to ograniczenia w sposób szczególnie winny być respektowane w przypadku stosunków prawnych z udziałem konsumentów, jak również tych umów, które z uwagi na sposób ich zawierania (za pomocą wzorców umownych) w praktyce pozbawiają jedną ze stron realnego wpływu na ich treść. Do podstawowej grupy tych ograniczeń należą te wymienione w wyżej przywołanym art. 353¹ k.c. a więc właściwość (natura) stosunku, ustawa oraz zasady współżycia społecznego. Uzupełnieniem tego katalogu jest z pewnością również zawarta w art. 385¹ § 1 k.c. klauzula dobrych obyczajów, której naruszenie prowadzące jednocześnie do rażącego naruszenia interesów konsumentów może stanowić podstawę do uznania postanowienia zawartego we wzorcu umownym za niedozwolone postanowienie umowne⁷.

Rozpatrując powyższe przesłanki można stwierdzić, że omówiony powyżej sposób konstruowania definicji umownych, co do zasady, nie narusza przepisów ustawy. O ile bowiem definicja sformułowana jest w sposób jednoznaczny, to brak jest podstaw do stwierdzenia, że wprowadzenie do ogólnych warunków ubezpieczenia definicji, która swym znaczeniem odbiega od powszechnie przyjętego sposobu rozumienia danego pojęcia narusza prawo.

Analiza powyższej metody w kontekście zgodności z zasadami współżycia społecznego, dobrymi obyczajami, a także przez pryzmat właściwości stosunku zobowiązaniowego, do którego dany wzorzec umowny ma zastosowanie, nie prowadzi już jednak do tak jednoznacznych wniosków.

Nawiązując do tego ostatniego kryterium należy bowiem zwrócić uwagę, że celem umowy ubezpieczenia jest zapewnienie osobie znajdującej się pod ochroną udzielaną na podstawie tej umowy określonego świadczenia pieniężnego na wypadek zajścia umówionego zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku ubezpieczeń majątkowych jest to świadczenie mające zrekompensować ubezpieczonemu uszczerbek w jego majątku spowodowany zaistnieniem zdarzenia losowego, zaś w przypadku ubezpieczeń osobowych ma ono niejako czynić zadość negatywnym doznanom związanym z zaistnieniem określonej sytuacji w życiu osoby ubezpieczonej. Niezależnie jednak od charakteru przedmiotu ubezpieczenia immanentną cechą umowy ubezpieczenia jest zapewnienie osobie uprawnionej zabezpieczenia majątkowego w przypadku zaistnienia zdarzenia określonego w umowie. Rzecz jasna sytuacją pożądaną jest, aby ochrona ubezpieczeniowa udzielana na wypadek zaistnienia określonej kategorii zdarzeń była jak najpełniejsza, a więc – pozostając w kręgu przytoczonych powyżej postanowień umownych, aby w przypadku umowy ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ochroną ubezpieczeniową objęty był każdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w przypadku umowy na wypadek ciężkiej choroby, ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność za każdy zawał serca, czy też za każdy zabieg wszczepienia by – passów. Oczywistym jest jednak, że odpowiedzialność ubezpieczyciela nie może być absolutna i niczym nieograniczona. Musi ona bowiem znaleźć swój ekwiwalent w pobranej składce ubezpieczeniowej. Stąd też nie dziwią i nie budzą sprzeciwu ograniczenia odpowiedzialności związane z chwilą powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, czy też okolicznościami jego powstania. Uzasadnione wątpliwości muszą już jednak budzić takie zabiegi, które za pomocą formułowania definicji umownych prowadzą do takiego zawężenia zbioru zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, które powodują, że ochrona ta staje się iluzoryczna, a sama umowa – pustą. Wobec takich definicji zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową można więc moim zdaniem sformułować tezę, iż sprzeciwiają się one właściwości umowy ubezpieczenia, albowiem znacznie osłabiają realizację celu tej umowy.

Sposób formułowania definicji umownych, który sprawia, że nadaje się za ich pomocą zupełnie inne znaczenie pojęciom, które w powszechnym obrocie interpretowane są w sposób jednoznaczny wydaje się jednak szczególnie kontrowersyjny w kontekście nakazu kształtowania stosunków umownych w sposób zgodny z zasadami współży-

⁶ Zgodnie z art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

⁷ Zgodnie z art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne).

cia społecznego oraz dobrymi obyczajami. Skoro bowiem obie te klauzule generalne odnoszą się do takich wartości jak uczciwość, rzetelność, poszanowanie i lojalność wobec pozostałych uczestników stosunku prawnego, a także respektowanie pewnych powszechnie przyjętych wzorców zachowań, to trudno uznać za pozostające w zgodzie z tymi wartościami takie kształtowanie pojęć istotnych dla ustalenia treści zobowiązania ubezpieczyciela, które pozostają niejednokrotnie w całkowitej sprzeczności z ich ogólnie przyjętym rozumieniem oraz powszechnie stosowaną praktyką, lub też nawet mimo pozornego pozostawania z nimi w zgodzie, ujmują je w taki sposób, który znacznie utrudnia klasyfikację określonych stanów faktycznych do zbioru objętego definicją.

Skutki tego typu działań są szczególnie dotkliwe w przypadku umów grupowych, co do których ubezpieczyciele nie mają obowiązku doręczania ubezpieczonym ogólnych warunków ubezpieczenia, a decyzja o wyrażeniu zgody na objęcie takim ubezpieczeniem podejmowana jest przeważnie na podstawie zwięzłej oferty określającej jedynie w zarysie zakres i sumę ubezpieczenia. Konsument przystępując więc na przykład do ubezpieczenia grupowego na wypadek leczenia szpitalnego, działa w przekonaniu, że każdorazowa hospitalizacja, która nastąpi w okresie ubezpieczenia spotka się z odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Podobnie, jeśli ten sam konsument decyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, np. zawału serca, to w mojej ocenie ma on uzasadnione podstawy by przypuszczać, że ubezpieczenie to będzie dostateczną gwarancją uzyskania świadczenia w przypadku zaistnienia takiej choroby niezależnie od tego jaki będzie jej obraz kliniczny, czy też jaką metodą będzie ona leczona.

Oczywistym kontrargumentem dla powyższej tezy może być wprawdzie stwierdzenie, że choć żaden z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa nie nakłada ani na ubezpieczyciela, ani na ubezpieczającego obowiązku doręczenia ubezpieczonemu ogólnych warunków ubezpieczenia, to jednak zachowanie należytej staranności w prowadzeniu swoich spraw nakłada na uczestnika obrotu prawnego obowiązek uprzedniego zapoznania się z warunkami umowy, która ma zostać zawarta na jego rzecz, bądź tym bardziej którą sam zawiera. Należy jednak zwrócić uwagę, że w przypadku takich definicji jak choćby przytoczona w niniejszym opracowaniu definicja zawału serca, czy definicja zabiegu na naczyniach wieńcowych, nawet wnikliwie zapoznanie się przez przeciętnego konsumenta z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, które zawierają tak skomplikowane definicje, nie umożliwi mu wyinterpretowania jakie przypadki zachorowania będą objęte ochroną ubezpieczeniową, a jakie nie. Konsument ten z dużym prawdopodobieństwem przyjmie więc definicję zawartą w ogólnych warunkach ubezpieczenia za odpowiadającą medycznemu pojmowaniu tej jednostki chorobowej, zaś w jego świadomości w dalszym ciągu za okoliczność rozstrzygającą o tym czy przeszedł on zawał serca, czy też nie, będzie decydowała diagnoza lekarska.

Jednakże, nawet przy założeniu, że konsument zapoznał się i dostatecznie zrozumiał cel i istotę wprowadzenia do ogólnych warunków ubezpieczenia definicji określonego pojęcia, trudno oczekiwać od niego, aby swą decyzję o poddaniu się leczeniu szpitalnemu, która najczęściej jest przecież zdeterminowana koniecznością ratowania zdrowia lub życia, poprzedzał analizą struktury organizacyjnej szpitala i uzależniał od zakresu udzielanych przez niego świadczeń, czy też żądał przeprowadzenia operacji przy pomocy określonej metody.

Stąd też w mojej ocenie tworzenie definicji umownych, których znaczenie w sposób istotny odbiega od tego, jakie jest powszechnie stosowane w życiu codziennym, lub też wykształciło się w sposób bezsprzeczny w określonej dziedzinie wiedzy może stanowić przejaw naruszenia zasad współżycia społecznego jak również dobrych obyczajów w takich przypadkach, w których wprowadzenie tych definicji ma służyć ograniczeniu świadczenia należnego drugiej stronie, przy jednoczesnym wywoływaniu wrażenia, że zakres świadczenia do którego zobowiązana jest strona jest znacznie szerszy i nie podlega ponadstandardowym obostrzeniom.

Skutki takich naruszeń mogą być bardzo doniosłe. Najsilniejszy z nich został przewidziany w art. 58 § 2 k.c., zgodnie z którym czynność prawna niezgodna z zasadami współżycia społecznego jest nieważna. Z art. 58 § 3 k.c. wynika przy tym, że nieważnością może być dotknięta jedynie część czynności prawnej, o ile z okoliczności nie wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana. Nie ulega wątpliwości, że norma ta ma zastosowanie również do czynności prawnych polegających na zawarciu umowy na podstawie wzorca umownego i to zarówno przez konsumentów, jak i przez osoby zawierające umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Kolejną sankcją, odnoszącą się tym razem jedynie do tych postanowień umów zawieranych z konsumentami, które nie zostały z nimi indywidualnie uzgodnione statuuje art. 385¹ § 1 k.c., zgodnie z którym postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Jak jednak już wyżej była o tym mowa, dla uznania postanowienia umownego za klauzulę abuzywną niezbędne jest ustalenie, że poza naruszeniem dobrych obyczajów, postanowienie umowne rażąco narusza interesy konsumenta, przy czym w doktrynie nie budzi wątpliwości, że interesy te należy postrzegać szeroko, nie tylko w kontekście ekonomicznym ale we wszystkich innych aspektach związanych z wykonywaniem umowy⁸.

⁸ Por. K. Zagrobelny, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny, Komentarz*, wyd. 4, Warszawa 2010.

Poza regulacją przewidzianą w kodeksie cywilnym, odnoszącą się bezpośrednio do stosunku prawnego, który został ukształtowany za pomocą wzorca umownego i wywierającą bezpośredni wpływ na jego byt, kwestia stosowania definicji umownych, które w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego określają pojęcia istotne dla umowy ubezpieczenia, może być rozpatrywana również przez pryzmat przepisów związanych z ochroną konkurencji i konsumentów. Stosowanie niezrozumiałych i znacznie odbiegających od powszechnie przyjętego rozumienia definicji może bowiem stanowić praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50, poz. 331)⁹. Takiej oceny postanowień dotyczących definicji zawału serca zawartej w omawianych powyżej ogólnych warunkach ubezpieczeń Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A.¹⁰ dokonał Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w decyzji nr RWR 28/2010 z dnia 10 grudnia 2010 r. uznając za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ww. ustawy, działanie Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. w Warszawie, polegające na posługiwaniu się we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie „Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 5 ust. 1 pkt 5 lit. b), „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 4 ust. 1 pkt 1 lit. b) oraz „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” (§ 2 ust. 1 pkt 3 lit. b), definicją zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, podczas gdy zawał serca powstaje także wtedy, gdy załamek Q się nie pojawi, które to działanie wprowadza konsumentów w błąd, co do przypadków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym stanowi praktykę rynkową, opisaną w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. nr 171, poz. 1206)¹¹.

W uzasadnieniu decyzji Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów stwierdził, że skonstruowana przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. definicja zawału serca choć pozornie zawiera prawdziwe informacje (wymienione w niej elementy obrazu klinicznego zawału serca istotnie bowiem mogą wystąpić w przebiegu tej choroby), to jednak może wywołać u przeciętnego konsumenta wrażenie, że tylko zaistnienie wszystkich wskazanych tam objawów łącznie przesądza o tym czy przebyta choroba może być uznana za zawał serca. To z kolei kłóci się ze wskazaniami wiedzy medycznej i powszechnie stosowaną praktyką diagnostyczną, a co za tym idzie powoduje, że ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy o takiej właśnie treści jest znacznie ograniczona i nie odpowiada przekonaniu przeciętnego konsumenta, który decydując się na zawarcie umowy ubezpieczenia działa w przekonaniu, że ubezpiecza się m.in. na wypadek zachorowania na zawał serca niezależnie od tego, jaki miał on przebieg.

Mając na uwadze powyższe należy skonstatować, że choć definicje umowne są wielokrotnie postrzegane przez konsumentów jako zapisy o charakterze porządkującym i niejako drugorzędnym w stosunku do pozostałych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, to jednak ich roli w kształtowaniu wzajemnych praw i obowiązków stron nie sposób przecenić. Coraz częściej bowiem to właśnie ich regulacja okazuje się być kluczowa dla szczegółowego określenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, a zatem kluczowego z punktu widzenia konsumenta aspektu umowy ubezpieczenia. Stąd też niezbędne jest aby ich treść podlegała równie wnikliwej ocenie i kontroli, co wszystkie pozostałe elementy umowy, jak również aby ustawowe granice swobody umów oraz wymogi zawarte w bezwzględnie obowiązujących przepisach prawa były ściśle przestrzegane przy ich tworzeniu.

⁹ Zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności:

- 1) stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. nr 43, poz. 296 z późn. zm.);
- 2) naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji;
- 3) nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji.

¹⁰ Por. przypis nr 4.

¹¹ http://decyzje.uokik.gov.pl/dec_prez.nsf; zgodnie z art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął (ust. 1). Wprowadzającym w błąd działaniem może być w szczególności rozpowszechnianie prawdziwych informacji w sposób mogący wprowadzać w błąd (ust. 2 pkt 2).

Problemy konsumentów na rynku *bancassurance* – wybrane zagadnienia

Zdecydowana większość umów ubezpieczeń typu *bancassurance* występujących w praktyce obrotu na rynku ubezpieczeniowym należy do umów ubezpieczenia grupowego, czyli klasycznej umowy na rzecz osoby trzeciej wynikającej z art. 808 k.c. w zw. z art. 393 k.c. Umowy te adresowane są do konsumentów, jako podmiotów przystępujących do umowy o treści uprzednio ukształtowanej przez jej strony, którymi są w przeważającej większości ubezpieczyciel i bank, a w pozostałych przypadkach firmy pośrednictwa finansowego i tenże ubezpieczyciel. W tej konstrukcji stosunku zobowiązaniowego, bank albo firma pośrednictwa finansowego, będąc stronami umowy, zyskuje miano podmiotu ubezpieczającego. Wpływ na bieg umowy (zawarcie, rozwiązanie, wypowiedzenie, zwrot składki), oprócz ubezpieczyciela, ma ubezpieczający – jako strona umowy ubezpieczenia, którym w omawianym przypadku jest bank albo firma pośrednictwa finansowego.

Z racji, iż jest to tzw. ubezpieczenie grupowe, warunkiem uczestnictwa na prawach osoby ubezpieczonej jest przystąpienie konsumenta do umowy. Ubezpieczony (konsument – kredytobiorca) przystępując do umowy ubezpieczenia o kształcie nadanym przez strony umowy nie ma żadnego wpływu na jej treść, akceptuje więc wszystkie postanowienia umowy w zakresie jakim dotyczą praw i obowiązków osoby ubezpieczonej. W takim też przypadku ubezpieczyciel nie ma obowiązku doręczenia ubezpieczonemu ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy (treść umowy jest bowiem znana jej stronom czyli bankowi i ubezpieczycielowi) jednakże w praktyce ubezpieczeniowej, konsumenci przystępujący do umowy otrzymują tzw. „wyciąg” z umowy ubezpieczenia informujący o zakresie praw i obowiązków osoby ubezpieczonej, co wyczerpuje powinność wynikającą z art. 808 § 3 k.c., tj. przekazania ubezpieczonemu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków ubezpieczonego.

Z powyższych informacji wynika, że konsument podejmując decyzję o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia nie zna wszystkich jej postanowień, w szczególności tzw. części organizacyjnej – ramowej umowy, która zawiera informacje istotne, dotyczące rzeczywistej wysokości składki ubezpieczeniowej, sposobu jej ustalania oraz wchodzących w jej skład parametrów, tj.: składka, premia za obsługę ubezpieczenia.

Główne problemy i ich przyczyny

Z analizy ogółu spraw związanych z interwencją Rzecznika Ubezpieczonych można wywnioskować, że najczęściej zgłaszane problemy dotyczące ubezpieczeń *bancassurance* dotyczyły:

1. odmowy wypłaty świadczenia (choroby przewlekłe, sprzedaż pustych umów – brak spełnienia warunków prognozy co do wieku, umowy o pracę, stanu zdrowia),
2. odmowy zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia,
3. opieszałości w realizacji umowy ubezpieczenia przejawiającej się kolejno:
 - a) przewlekłym postępowaniem ubezpieczycieli;
 - b) późnym zgłaszaniem roszczeń przez bank;
 - c) błędnym – niewłaściwym kierowaniem roszczeń przez bank;
 - d) zupełnym brakiem zainteresowania i dochodzenia przez ubezpieczającego roszczeń w ramach postępowania sądowego.

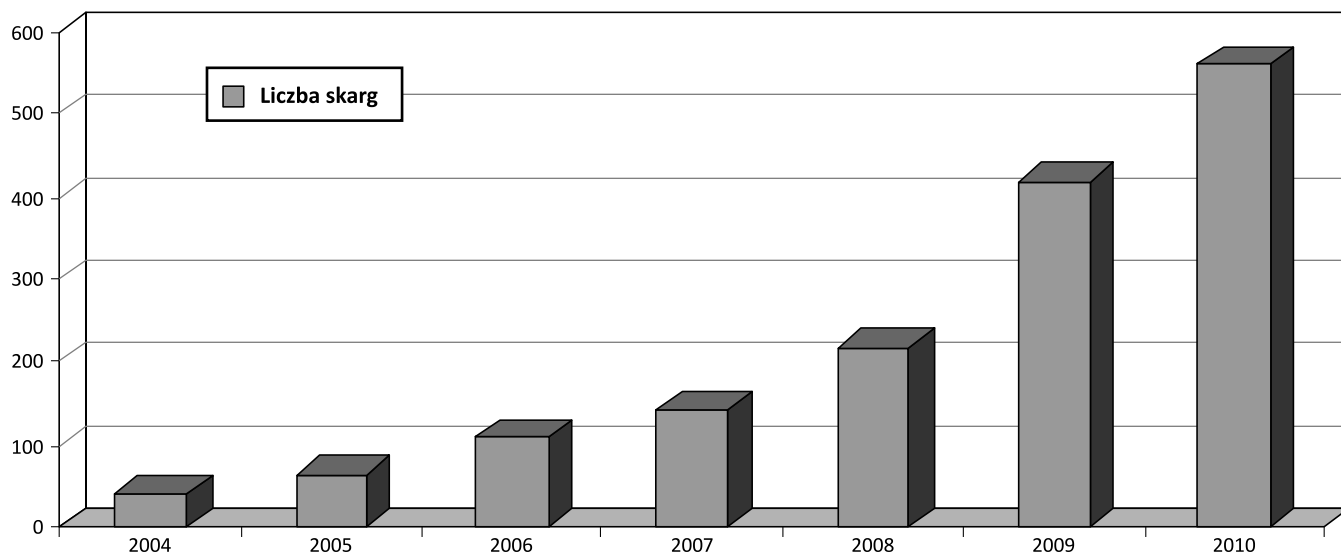
Na tle podejmowanych interwencji, pojawiały się wątpliwości po stronie Rzecznika Ubezpieczonych związane z określeniem w czym interesie działają banki oraz firmy pośrednictwa finansowego w ramach umów ubezpieczeń *bancassurance*.

Odpowiedź na to pytanie powinna być oczywista – w interesie ubezpieczonego kredytobiorcy, ze względu na zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej mającej na celu łagodzić konsekwencje finansowe zdarzeń losowych, a przez to wpływać korzystnie na bezpieczeństwo spłaty zaciągniętych przez konsumentów zobowiązań wobec banków. Jednakże praktyka rynku wynikająca z prowadzonych postępowań skargowych rzuca bardzo poważny cień na ideę rozwiązania przyjmowanego w konstrukcji ubezpieczenia *bancassurance*.



Cezary Orłowski
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Liczbę skarg z obszaru bancassurance i ich dynamikę obrazuje poniższy wykres:



Brak transparentności (przejrzystość opłaty ubezpieczeniowej)

Z perspektywy dotychczasowych obserwacji rynku *bancassurance* stwierdzić należy, że banki udzielając kredytu albo pożyczki zobowiązują konsumentów do uiszczenia opłaty ubezpieczeniowej. Z umów kredytu albo pożyczki nie wynika jednak, w jaki sposób opłata jest naliczana ani co wchodzi w jej skład. W przeważającej większości tego rodzaju przypadków kwota udzielonego kredytu jest powiększana o wysokość opłaty ubezpieczeniowej, którą następnie bank pobiera na podstawie udzielonej przez kredytobiorcę dyspozycji. Biorąc również pod uwagę fakt, iż we wręczanych kredytobiorcom wyciągach z warunków ubezpieczenia brak jest zapisów regulujących sposób wyliczenia składki, konsument nie jest w stanie zweryfikować czy i w jakiej części uiszczona przez niego opłata jest wykorzystana zgodnie z jej przeznaczeniem jakim jest sfinansowanie składki ubezpieczeniowej.

Z punktu widzenia prawnego należy rozróżnić fakt, iż czym innym jest opłata ubezpieczeniowa wynikająca z umowy kredytu, a czym innym jest składka ubezpieczeniowa wynikająca z umowy ubezpieczenia. Opłaty stosowane przez banki dotyczące zawieranych umów ubezpieczeń są związane z finansowaniem składki ubezpieczeniowej, którą następnie bank wpłaca do ubezpieczyciela otrzymując w zamian ochronę ubezpieczeniową dla osób objętych ubezpieczeniem (kredytobiorców). Kredytobiorca nie jest więc osobą, która wpłaca składkę bezpośrednio do ubezpieczyciela. Pozyskana w ten sposób część środków pieniężnych z udzielonego konsumentowi kredytu służy finansowaniu kosztu zakupu ubezpieczenia przez bank (ubezpieczającego). Zatem z punktu widzenia osoby ubezpieczonej opłata ubezpieczeniowa powinna w całości służyć finansowaniu składki ubezpieczeniowej. Wobec tego rzeczą niepożądaną jest aby w jakiegokolwiek części opłata ta była przeznaczona na inny cel niż zakup ochrony ubezpieczeniowej, tzn. zapewnienie tej ochrony kredytobiorcy.

W rezultacie brak transparentności co do sposobu ustalania składki ubezpieczeniowej, powoduje, iż konsument zaciągając zobowiązanie kredytowe w istocie nie ma pewności czy finansowana przez niego składka odpowiada rzeczywistej jej wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, a zatem sposób finansowania składki ubezpieczeniowej może stanowić pole do znacznych nadużyć, w tym w szczególności, co zostanie poniżej przedstawione, omięcia przepisów regulujących kredyt konsumencki, w szczególności zaś maksymalnej wysokości pobieranych przez bank opłat.

Brak informacji co do rzeczywistej roli banku (agent, pośrednik, i pozycji którą zajmuje wobec klienta) oraz związana z tym kwestia naruszenia interesu konsumenta (ubezpieczonego)

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, bank albo firma pośrednictwa finansowego działające w stosunku ubezpieczenia jako ubezpieczający nie mogą wykonywać na rzecz zakładu ubezpieczeń świadczeń akwizycyjnych, likwidacyjnych i innych podobnych dotyczących umów ubezpieczenia.

Analiza spraw skargowych prowadzonych przez Biuro Rzecznika prowadzi z kolei do wniosku, że ubezpieczający (banki, firmy pośrednictwa finansowego) realizują zadania przynależne zakładom ubezpieczeń. W rzeczywistości dochodzi do rozmycia sytuacji prawnej, konsument nie wie kto jest stroną umowy ubezpieczenia i do kogo ma zgłaszać roszczenie. Zwykle uznaje bank jako podmiot legitymowany do rozpatrywania roszczeń i tam kieruje swoje pierwsze kroki.

Przykłady:

- 1) W badanych przez Rzecznika sprawach banki występowały w „nowej” nieuregulowanej przepisami prawa roli, tj. podmiotu rozpatryującego roszczenie o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Banki bowiem postępowały w taki sposób, jakby to od ich woli zależało zaspokojenie roszczenia z tego tytułu.
- 2) Często także banki informują kredytobiorców, iż wniesiona przez nich opłata tytułem kosztów ubezpieczenia nie jest tożsama ze składką ubezpieczeniową lecz ma bezpośredni związek z wartością kredytu. Tym samym banki przyznają, że stosowana opłata nie jest w istocie finansowaniem składki ubezpieczeniowej, lecz kosztem ponoszonym przez kredytobiorcę o niewiadomym przeznaczeniu, tyle tylko że związanym z wartością kredytu.
- 3) Dodatkowo uwagę zwraca fakt, iż ubezpieczyciele, w udzielanych Rzecznikowi wyjaśnieniach z postępowań skargowych częstokroć informowali, że deklaracje przystąpienia kredytobiorcy do umowy ubezpieczenia są tylko w posiadaniu samego ubezpieczonego oraz banku, zaś ubezpieczyciel nie ma wiedzy i nie są jemu przekazywane dane dotyczące poszczególnych ubezpieczonych. Oznacza to, że ubezpieczyciel w ogóle nie przeprowadza oceny ryzyka, stosując jedną miarę dla wszystkich ubezpieczonych. Zastanawiające jest wobec tego, jak ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki wobec ubezpieczonych, skoro nie posiada danych dotyczących grupy osób, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia. W związku z powyższym powstaje pytanie o jakość ubezpieczenia, które jak wynika z doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych często jest pustym ubezpieczeniem.

Zwrot składek

We wszystkich sprawach dotyczących wcześniejszej spłaty kredytu albo pożyczki przez ubezpieczonych, bank jako ubezpieczający – stosownie do treści art. 813 k.c. – powinien wystąpić z własnej inicjatywy z roszczeniem o zwrot części składki, a następnie rozliczyć ją z ubezpieczonym, który finansuje składkę. Tymczasem z różnych, trudnych do zaakceptowania przyczyn, przez dłuższy okres czasu będących jedynie przedmiotem domysłów, przypuszczeń (pracownicy banków oraz firm ubezpieczeniowych przyznają nieoficjalnie, że opłata pobierana od klienta banku, której celem jest finansowanie składki w rzeczywistości w znacznej części stanowi prowizję banku za tzw. obsługę ubezpieczenia), banki nie występowały w takim przypadku w charakterze podmiotu roszczonego lecz zamiast tego w sposób nieuprawniony rozpatrywały wnioski ubezpieczonych w tym przedmiocie, co do zasady w sposób niekorzystny dla konsumentów, tak jakby z góry miały narzuconą procedurę uniemożliwiającą realizację tego typu roszczeń. Z kolei ubezpieczyciele, do których następnym krokiem kierowali ubezpieczeni, również, skoro sam bank jako ubezpieczający nie był zainteresowany występowaniem z roszczeniem o zwrot składki, zajmowali w większości przypadków stanowisko odmowne. Wejście w życie I rekomendacji bancassurance w pewnym stopniu poprawiło egzekwowanie zwrotu składek, jednakże w większości tego typu przypadków, zwrot był dopiero realizowany po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych.

Brak zainteresowania czy też inicjatywy w dochodzeniu roszczeń

W części postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych uwidoczniła się również sytuacja, w której bank jako ubezpieczający i będący jednocześnie uposażonym z umowy ubezpieczenia nie był zainteresowany skutecznym dochodzeniem świadczenia ubezpieczeniowego w sytuacji, gdy ubezpieczyciel zajmował stanowisko odmowne w sprawie. Szczególnie bolesna dla rodzin osób ubezpieczonych była sytuacja, gdy umowa ubezpieczenia stanowiąca gwarancję spłaty kredytu na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej nie była realizowana. W takich sprawach bank, będący uposażonym był podmiotem wyłącznie uprawnionym do uzyskania świadczenia. Natomiast spadkobiercom nie przysługiwały żadne uprawnienia do świadczenia, gdyż nie byli stroną umowy ubezpieczenia oraz umowy o kredyt albo pożyczkę. Bank pozyskując, w drodze sukcesji uniwersalnej, dodatkowego dłużnika kierował za zwyczaj egzekucję wierzytelności do spadkobierców.

Przykłady:

W jednej ze spraw będących przedmiotem analizy Rzecznika, bank odwołał się od stanowiska ubezpieczyciela, zarzucając jemu błędne wnioski i pochopność podjętej decyzji odmownej. Jednakże bank, w dalszej kolejności, pomimo własnego przeświadczenia o nieprawidłowym stanowisku ubezpieczyciela, nie wystąpił na drogę sądową lecz zamiast tego wszczął egzekucję komorniczą wobec żony ubezpieczonego. Bank zaniechał również dochodzenia roszczeń przysługujących jemu z umowy ubezpieczenia grupowego, pomimo zajścia trzech zdarzeń ubezpieczeniowych uprawniających do realizacji umowy ubezpieczenia, tj. 1) czasowej niezdolności do pracy powyżej 31 dni; 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy powyżej 31 dni; 3) zgonu ubezpieczonego kredytobiorcy oraz przekonania co do słuszności żądania wypłaty świadczenia. Zamiast tego bank wystawił bankowy tytuł egzekucyjny skierowany przeciwko żonie zmarłego.

Źródło praktyki naruszającej zbiorowy interes konsumentów

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych główną przyczyną problemów konsumentów na rynku *bancassurance* jest konstrukcja prawna umów ubezpieczeń, w szczególności zaś regulacja umów ramowych – generalnych. Umowy te zawierają bowiem postanowienia umowne, według których ubezpieczyciel wynagradza ubezpieczającego „premią” oraz dodatkowo udziałem w zysku. Zwykle udział przypadający ubezpieczającemu jest tym większy im większa jest składka uzyskana z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej oraz mniejsza liczba wypłaconych świadczeń i ustanowionych rezerw na niewypłacone świadczenia.

Powyższe postanowienie umowne, przy kierowaniu się przez ubezpieczyciela i ubezpieczającego maksymalizacją zysku, w praktyce może prowadzić do utrudnienia albo wręcz uniemożliwienia realizacji umów ubezpieczenia – wypłaty świadczeń albo też zwrotu części opłat dokonywanych przez ubezpieczonych tytułem sfinansowania składki ubezpieczeniowej w sytuacji niewykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, co jest jaskrawym pogwałceniem interesu konsumentów oraz przykładem nieuczciwej praktyki rynkowej.

Nieuprawniona jest zatem konstrukcja umowy, która dzieli składkę ubezpieczeniową pomiędzy ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń. Prowadzi to w konsekwencji do obciążenia kredytobiorcy, finansującego koszt ubezpieczenia, dodatkowym – ukrytym kosztem zawarcia umowy o kredyt albo pożyczkę. Dostrzec także trzeba, że postanowienia takie powodują w rzeczywistości obejście wymogów zawartych w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym, dlatego też zgodnie z art. 58 k.c. powinny zostać uznane za nieważne. Jeżeli z jakichkolwiek względów zakład ubezpieczeń chce udzielić korzyści majątkowej ubezpieczającemu, to uczynić to może poprzez odpowiednie obniżenie wysokości składki. Udzielanie ubezpieczającemu jakichkolwiek gratyfikacji za zawarcie umowy lub dokonanie czynności związanych z jej wykonywaniem jest w istocie obniżeniem składki¹. A tym samym niezgodne z art. 808 § 2 k.c. Sytuacja taka może jednak być postrzegana jako naruszenie lojalności zakładu ubezpieczeń i ubezpieczającego wobec ubezpieczonego, co może być podstawą dochodzenia przez ubezpieczonego od banku części poniesionej opłaty na ubezpieczenie jako świadczenia nienależnego bankowi (art. 410 k.c.), jeżeli tylko zostanie wykazane, że ta część opłaty w rzeczywistości nie stanowiła składki, do której sfinansowania ubezpieczony nie był zobowiązany.

Wnioski

W konkluzji stwierdzić należy, iż ubezpieczony w umowach typu *bancassurance* jest pozbawiony praw kształtujących dany stosunek umowny, gdyż co do zasady nie jest stroną umowy, a tym samym nie przysługuje jemu uprawnienie do modyfikacji jej warunków. Jest więc podmiotem, którego pozycja w ramach danego stosunku zobowiązaniowego jest bardzo słaba, a przez to jest szczególnie narażony, we wzajemnych relacjach ze stronami umowy (bank i ubezpieczyciel), na wykorzystywanie przez nie zdecydowanie silniejszej pozycji. Nadto, przy założeniu, że strony umowy kształtują jej treść w sposób chroniący tylko ich zysk ekonomiczny, zaś z drugiej strony godzą w interes osoby ubezpieczonej, zapewniając jej iluzoryczne poczucie bezpieczeństwa związane z zabezpieczeniem kredytu albo pożyczki w formie umowy ubezpieczenia grupowego, praktyka taka w konsekwencji prowadzić może do naruszenia zbiorowych interesów konsumentów.

Zdiagnozowana powtarzalność problemów dotyczących: odmowy zwrotu części składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej i jej rozliczenia przez banki, brak inicjatywy ubezpieczającego lub nieprawidłowe występowanie z roszczeniem o wypłatę świadczeń, brak informacji o rzeczywistej wysokości składki ubezpieczeniowej i jej relacji względem opłaty ubezpieczeniowej, wąski zakres ochrony ubezpieczeniowej, duży koszt finansowania przez ubezpieczonych ubezpieczenia w porównaniu do umów zawieranych indywidualnie, stwarzanie przez banki wizerunku ubezpieczenia jako „obowiązkowego” przy zawieraniu umów o kredyt albo pożyczkę, dobitnie świadczy o niekorzystnej dla konsumentów konstrukcji prawnej umów *bancassurance*.

W związku z powyższym Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił w dniu 21 kwietnia 2011 r. do Prezesa UOKiK o podjęcie określonych prawem działań w zakresie dotyczącym całego rynku *bancassurance*. Rezultatem wystąpienia było spotkanie w dniu 26 maja 2011 r. UKNF, UOKiK i Rzecznika Ubezpieczonych określające wspólne kierunki działań w omawianym wyżej obszarze.

¹ M. Więcko, *Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych*, Warszawa 2007, s. 16.

Poprawność danych przekazywanych otwartemu funduszowi emerytalnemu

Każda osoba ubezpieczona przystępując do otwartego funduszu emerytalnego zobowiązana jest do przekazania funduszowi podstawowych informacji o sobie. Są to dane osobowe niezbędne do prawidłowej identyfikacji członka funduszu, jego konta, prawidłowego przekazywania i ewidencjonowania przekazywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenie emerytalne. Istotne jest kontrolowanie czy dane posiadane przez otwarty fundusz emerytalny są prawidłowe lub aktualne. Zaniedbanie powyższego może doprowadzić do kłopotliwych komplikacji lub nawet do trudności w realizacji praw do środków zgromadzonych w otwartym funduszu emerytalnym. Poniżej zostaną przedstawione typowe problemy wynikające z braku aktualizacji danych lub będące konsekwencją posiadania błędnych danych przez otwarty fundusz emerytalny.

Zakres przekazywanych danych

Zgodnie z ustawą z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2010 r., nr 34, poz. 189 z późn. zm.), fundusz emerytalny prowadzi rejestr członków funduszu zawierający podstawowe dane osobowe członków, dane o wpłatach składek do funduszu i otrzymanych wypłatach transferowych oraz przeliczeniach tych składek i wypłat transferowych na jednostki rozrachunkowe, dane o aktualnym stanie środków na rachunkach z uwzględnieniem środków wypłaconych na okresową emeryturę kapitałową, a w pracowniczych funduszach – także dane o aktualnym stanie akcji na rachunkach ilościowych. Dane osobowe obejmują imiona i nazwisko, datę urodzenia, numer powszechnego elektronicznego systemu ewidencji ludności PESEL i numer identyfikacji podatkowej NIP, a w przypadku gdy członkowi funduszu nie nadano numeru PESEL i numeru NIP lub jednego z nich – w miejsce brakującego numeru odpowiednio serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, adres miejsca zamieszkania.

Zawierając umowę z otwartym funduszem, osoba występująca z wnioskiem o przyjęcie do funduszu jest także zobowiązana do złożenia pisemnego oświadczenia o stosunkach majątkowych istniejących między nią a jej małżonkiem, a jeżeli między małżonkami nie istnieje wspólność ustawowa – udokumentować także sposób uregulowania tych stosunków. Powyższy obowiązek ciąży także na członku otwartego funduszu, który zawarł związek małżeński po zawarciu umowy z funduszem.

Członek otwartego funduszu jest obowiązany zawiadomić fundusz na piśmie o każdorazowej zmianie w stosunku do treści oświadczenia o ile zmiana taka obejmuje środki zgromadzone na jego rachunku. Zawierając umowę z otwartym funduszem, osoba występująca z wnioskiem o przyjęcie do funduszu może wskazać imiennie jedną lub więcej osób, na których rzecz ma nastąpić wypłata środków po jej śmierci.

Wypłata transferowa

Jednym z najczęstszych powodów trudności z realizacją wypłaty transferowej jest źle wypełnione zawiadomienie. Będzie to więc podanie niepełnych danych osobowych, np. wpisanie jednego imienia, podczas gdy przystępując do funduszu emerytalnego wskazano dwa imiona. Błędem będzie także wpisanie zmienionego nazwiska, jeżeli nie zostało ono zaktualizowane w funduszu emerytalnym. Błąd ten dotyczył będzie głównie kobiet, które w trakcie członkostwa w funduszu wstąpiły w związek małżeński i zmieniły nazwisko przyjmując nazwisko małżonka lub dodając nazwisko małżonka do swojego. Wszelkie zmiany danych osobowych wymagają aktualizacji w funduszu.

Należy podkreślić, iż zawiadomienie o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym jest w zasadzie jedynym dokumentem, na podstawie którego dokonywany jest transfer znacznych środków finansowych. W związku z powyższym zasadne jest stosowanie procedur zabezpieczających członków funduszu przed działaniami niezgodnymi z prawem. Dość powszechnie obserwowane jest bowiem zjawisko nieuprawnionego wchodzenia w posiadanie danych osobowych członków funduszu emerytalnego. Na ich podstawie dokonywane jest usiłowanie zrealizowania transferu środków zgromadzonych na rachunku w funduszu emerytalnym. W tej sytuacji dokument zawiadamiający o zmianie funduszu nie może budzić wątpliwości, a z drugiej strony, właściwe jest wprowadzenie mechanizmu, dającego pewną dozę prawdopodobieństwa, iż autorem zawiadomienia jest właśnie upoważniona do tego osoba. Dlatego też, fundusz emerytalny, który zakwestionuje poprawność danych zawartych w zawiadomieniu o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym, będzie miał do tego prawo, jeżeli dane wskazane w zawiadomieniu będą niepełne lub odmienne od tych, w których posiadaniu jest fundusz emerytalny.



Mariusz Denisiuk
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Wypłata środków w wypadku śmierci członka otwartego funduszu emerytalnego

Ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych przewiduje wypłatę środków zgromadzonych na rachunku osoby ubezpieczonej w związku z jej śmiercią w dwóch częściach. Pierwszą jest część należna małżonkowi zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego, drugą jest część należna osobie wskazanej (uposażonej) przez zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego.

Zgodnie z postanowieniem art. 131 ustawy, otwarty fundusz emerytalny dokonuje wypłaty transferowej połowy środków zgromadzonych na rachunku zmarłego na rachunek małżonka zmarłego w otwartym funduszu, w zakresie, w jakim środki te stanowiły przedmiot małżeńskiej wspólności majątkowej. Jeżeli więc małżonkowie pozostawali w ustawowej wspólności majątkowej, a zatem nie miało miejsca żadne umowne ograniczenie wspólności, na rachunek małżonka, prowadzony w otwartym funduszu emerytalnym, zostanie przelana połowa zgromadzonych środków. Jeżeli małżonek nie ma rachunku w otwartym funduszu emerytalnym i nie założy go samodzielnie, fundusz w którym gromadzone były środki, zobowiązany jest taki rachunek założyć. W takim przypadku aktualne są zasady wypłaty dotyczące podziału środków w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa. Podstawą do wypłaty będą więc stosunki majątkowe potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Wypłata dokonywana jest w terminach wskazanych dla wypłat transferowych, a zatem w miesiącach lutym, maju, sierpniu lub listopadzie, jednak nie wcześniej niż w terminie jednego miesiąca od przedstawienia dokumentów potwierdzających uprawnienie do wypłaty. Są nimi odpis aktu zgonu, odpisu aktu małżeństwa oraz pisemne oświadczenie stwierdzające, czy do chwili śmierci członka funduszu nie zaszły żadne zmiany w stosunkach majątkowych między małżonkami.

Środki zgromadzone na rachunku zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego, które nie zostaną wypłacone małżonkowi ubezpieczonego, przekazywane są, zgodnie z postanowieniem art. 132 ustawy, osobom uposażonym przez zmarłego. Należy przypomnieć, iż przystępując do otwartego funduszu emerytalnego, członek funduszu może wskazać osoby upoważnione do otrzymania pozostałej części zgromadzonych środków. Wypłaty takiej dokonuje się w terminie trzech miesięcy, ale nie wcześniej niż w terminie jednego miesiąca, od dnia przedstawienia funduszowi urzędowego dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej. Wypłata dokonywana bezpośrednio na rzecz osoby wskazanej przez zmarłego następuje w formie wypłaty jednorazowej lub w formie wypłaty w ratach płatnych przez okres nie dłuższy niż dwa lata, zgodnie z pisemną dyspozycją osoby uprawnionej. Jeżeli osobą uprawnioną jest małżonek zmarłego członka funduszu, wówczas wypłata może być przekazana, jeśli takie będzie jego żądanie na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym.

W razie braku osób wskazanych przez zmarłego, zgromadzone środki wchodzi w skład spadku. W takim przypadku powyższe zasady stosuje się odpowiednio do spadkobierców, którzy dodatkowo obowiązani są przedłożyć funduszowi prawomocne stwierdzenie nabycia spadku.

Jak już zostało zasygnalizowane, zawierając umowę z otwartym funduszem, osoba występująca z wnioskiem o przyjęcie do funduszu jest także zobowiązana do złożenia pisemnego oświadczenia o stosunkach majątkowych istniejących między nią a jej małżonkiem, a jeżeli między małżonkami nie istnieje wspólność ustawowa – udokumentować także sposób uregulowania tych stosunków.

Niestety, bardzo często ubezpieczeni zapominają lub lekceważą potrzebę aktualizacji powyższych danych. Komplikacje spowodowane niedopełnieniem ww. formalności ujawniają się w przypadku śmierci członka otwartego funduszu emerytalnego przed uzyskaniem prawa do emerytury wypłacanej ze środków zgromadzonych w otwartym funduszu emerytalnym, który w czasie uczestniczenia w funduszu pozostawał w związku małżeńskim, który rozwiązał w drodze rozwodu. W takim przypadku okazuje się bowiem, iż aby wypłacić środki małżonkowi zmarłego lub osobom przez niego wskazanym, należy ustalić, jaka suma w istocie podlega podziałowi. W tym celu należy przedłożyć orzeczenie o rozwodzie, którym bardzo często uprawnieni do uzyskania środków nie dysponują. Sytuacja skomplikuje się jeszcze bardziej, jeżeli między byłymi małżonkami nie dokonano podziału majątku wspólnego, w skład którego wchodzi także środki zgromadzone w otwartym funduszu emerytalnym. Wówczas ustalenie kwoty należnej wypłaty małżonkowi zmarłego lub osób przez niego wskazanych może okazać się długotrwałe i wysoce utrudnione. Wynika to bowiem z treści art. 126 ustawy, który wskazuje, że jeżeli małżeństwo członka otwartego funduszu uległo rozwiązaniu przez rozwód lub zostało unieważnione, środki zgromadzone na rachunku członka funduszu, przypadające byłemu współmałżonkowi w wyniku podziału majątku wspólnego małżonków, są przekazywane w ramach wypłaty transferowej na rachunek byłego współmałżonka w otwartym funduszu. Tym samym, podziałowi podlegają wyłącznie te środki, które zostały zgromadzone podczas trwania wspólności majątkowej. Ponadto, co istotne, środki przypadające byłemu małżonkowi przekazywane są na jego rachunek w otwartym funduszu emerytalnym. Małżonkowie powinni więc porozumieć się co do podziału majątku wspólnego, a tym samym ustalić w jaki sposób dokonują podziału środków zgromadzonych na rachunku lub rachunkach (obojsa byłych małżonków) w funduszu lub funduszach emerytalnych. W przypadku braku porozumienia co do podziału majątku wspólnego, konieczne będzie dokonanie sądowego podziału majątku.

Wypłata środków w wypadku śmierci uprawnionego do emerytury kapitałowej

Zgodnie z przepisem art. 20 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. nr 228, poz. 1507), po osiągnięciu 65 roku życia, nabywając prawo do emerytury kapitałowej i tym samym przystępując do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych, emeryt może wskazać imiennie jedną lub kilka osób uposażonych, na rzecz których po jego śmierci ma nastąpić wypłata jednorazowego świadczenia pieniężnego, zwana wypłatą gwarantowaną.

Osoba uposażona, zgodnie z dyspozycją emeryta, nabywa prawo do całości albo części wypłaty gwarantowanej, jeżeli śmierć emeryta nastąpiła w ciągu trzech lat od dnia przekazania składki do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych. Brak wskazania osoby uposażonej oznacza wskazanie jako osoby uposażonej małżonka, o ile w chwili śmierci emeryta pozostawał z nim we wspólności ustawowej, a w przypadku gdy nie posiada małżonka, z którym pozostawał we wspólności ustawowej, wypłata gwarantowana wchodzi w skład spadku. Jeżeli emeryt wskazał kilka osób uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w wypłacie gwarantowanej, uważa się, że udziały tych osób są równe.

Ponadto, emeryt może w każdym czasie zmienić poprzednią dyspozycję, wskazując inne osoby uposażone zamiast lub oprócz osób dotychczas wskazanych, jak również oznaczając w inny sposób udział wskazanych osób w wypłacie środków, albo odwołać poprzednią dyspozycję, nie wskazując żadnych innych osób.

Nieaktualizowanie powyższych danych może doprowadzić do poczucia krzywdy osób najbliższych zmarłego i doprowadzić do wypłaty środków osobom, które utraciły jego zaufanie za życia.

Instytucje ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych: Komisja Nadzoru Finansowego

W niniejszym opracowaniu postaramy się w sposób przystępny przedstawić działalność Komisji Nadzoru Finansowego.

Mamy nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie cennym źródłem informacji dla wszystkich konsumentów rynku ubezpieczeniowego zainteresowanych tą tematyką, zwiększając tym samym wiedzę na ten temat.

Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) jest organem administracji publicznej sprawującym państwowy nadzór nad rynkiem finansowym w Polsce. Ustawą z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz. U. z 2006 r., nr 157, poz. 1119) KNF od 1 stycznia 2007 r. stała się organem właściwym w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym, zastępując funkcjonującą Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Komisję Papierów Wartościowych i Giełd, a od 1 stycznia 2008 r. także Komisję Nadzoru Bankowego.



Piotr Budzianowski
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Do zadań Komisji należy:

- sprawowanie nadzoru nad rynkiem finansowym;
- podejmowanie działań służących prawidłowemu funkcjonowaniu rynku finansowego;
- podejmowanie działań mających na celu rozwój rynku finansowego i jego konkurencyjności;
- podejmowanie działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie funkcjonowania rynku finansowego;
- udział w przygotowywaniu projektów aktów prawnych w zakresie nadzoru nad rynkiem finansowym;
- stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między uczestnikami rynku finansowego, w szczególności sporów wynikających ze stosunków umownych między podmiotami podlegającymi nadzorowi Komisji a odbiorcami usług świadczonych przez te podmioty;
- wykonywanie innych zadań określonych ustawami.

W skład Komisji wchodzi siedem osób – Przewodniczący KNF, jego dwaj zastępcy i przedstawiciele: Ministra Finansów, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Prezesa Narodowego Banku Polskiego oraz Prezydenta RP. Przewodniczący KNF, powoływany na 5-letnią kadencję przez Prezesa Rady Ministrów, reprezentuje Komisję i kieruje jej pracami. Nadzór nad działalnością KNF sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Komisja i Przewodniczący KNF wykonują zadania przy pomocy Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (UKNF). Pracami UKNF kieruje Przewodniczący KNF oraz jego dwaj zastępcy. W UKNF wyodrębnione są:

- pion nadzoru bankowego, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Licencji Bankowych,
 - Departament Nadzoru Sektora Bankowego,
 - Departament Bankowości Spółdzielczej;
- pion nadzoru rynku kapitałowego, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Usług Finansowych, Licencjonowania i Nadzoru Funkcjonalnego,
 - Departament Emitentów,
 - Departament Nadzoru Obrotu;
- pion nadzoru ubezpieczeniowo – emerytalnego, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Nadzoru Systemowego,
 - Departament Ubezpieczeniowego Nadzoru Finansowego,
 - Departament Monitorowania Ryzyk,
 - Departament Nadzoru Inwestycji Emerytalnych;
- pion inspekcji, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Inspekcji Norm i Procedur,
 - Departament Oceny Ryzyka;
- pion prawnie – legislacyjny, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Prawny,
 - Departament Postępowań;

- pion polityki rozwoju rynku finansowego i polityki międzysektorowej, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Pośredników Finansowych,
 - Departament Ochrony Klientów,
 - Departament Edukacji,
 - Departament Analiz Rynkowych,
 - Departament Relacji Zewnętrznych,
 - Departament Współpracy z Zagranicą;
- pion organizacyjny, w ramach którego występują następujące komórki:
 - Departament Zarządzania Zasobami Ludzkimi,
 - Departament Informatyki,
 - Departament Administracyjno – Budżetowy,
 - Departament Bezpieczeństwa.

Celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku.

Z bieżącą działalnością Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, która nie została opisana w niniejszym tekście, możecie zapoznać się Państwo na stronach internetowych Urzędu – www.knf.gov.pl.

SPIS TREŚCI

Nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – co udało się zmienić Rzecznikowi Ubezpieczonych na korzyść konsumentów	3
Aktualności	4
Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń a roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w wyniku naruszenia dóbr osobistych (art. 448 k.c.)	8
Renta na zwiększone potrzeby w świetle orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego	11
Zadośćuczynienie dla bezpośrednio poszkodowanego (art. 445 k.c.) – tendencje w aktualnym orzecznictwie	14
Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 2	18
Zwrot kosztów wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika ustanowionego przez poszkodowanego na etapie postępowania likwidacyjnego	25
Dyrektywy wykładni w odniesieniu do wzorców umownych	36
Ustawowe ograniczenia w tworzeniu definicji umownych	46
Problemy konsumentów na rynku <i>bancassurance</i> – wybrane zagadnienia	51
Poprawność danych przekazywanych otwartemu funduszowi emerytalnemu	55
Instytucje ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych: Komisja Nadzoru Finansowego	58