

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 41

MARZEC 2010

SPIS TREŚCI

Rzecznik Ubezpieczonych w połowie kadencji – podsumowanie i plany na przyszłość	3
Aktualności	4
Piotr Narloch Człowiekiem Roku Ubezpieczeń 2009	9
Odpowiedzialność za utrzymanie dróg, chodników, nieruchomości – praktyczne wskazówki w dochodzeniu roszczeń za „zimowe szkody”	10
Problem podwójnego ubezpieczenia OC w świetle propozycji przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK	16
Praktyczne problemy związane z kwalifikacją szkody jako szkody całkowitej i podejmowane w tym zakresie działania Rzecznika Ubezpieczonych	19
Problemy akwizycji na rynku OFE	23
Działania Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz ochrony konsumentów zawierających umowy ubezpieczenia w bankach	26
Rola Rzecznika Ubezpieczonych w ochronie zbiorowych interesów konsumentów na tle umów ubezpieczenia autocasco	30
Kradzież a przywłaszczenie w ubezpieczeniu autocasco	35
Świadczenie z tytułu urodzenia dziecka w przypadku adopcji	39
www.rzu.gov.pl portalem wiedzy ubezpieczeniowej	42

Rzecznik Ubezpieczonych w połowie kadencji – podsumowanie i plany na przyszłość

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych wyznacza zakres obowiązków Rzecznika i płaszczyzny jego działania oraz określa instrumenty, za pomocą których Rzecznik Ubezpieczonych wraz ze swoim Biurem reprezentuje klientów zakładów ubezpieczeń dbając o ich prawa i chroniąc ich interesy względem ubezpieczycieli.

Od początku mojej kadencji skupiłam się na kontynuacji projektów zapoczątkowanych jeszcze przez mojego Szanownego Poprzednika dr Stanisława Rogowskiego, a także podjęciu nowych, równie istotnych – i jak pokazuje szereg komentarzy niezależnych obserwatorów – dobrze ocenianych inicjatyw mających na celu poprawę sytuacji konsumentów usług ubezpieczeniowych. W mojej ocenie bowiem sprawą priorytetową i zasadniczą dla Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych jest poprawa funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego, szczególnie na rzecz słabszej jego strony. W ciągu ostatnich dwóch lat wraz z moim zespołem zrealizowaliśmy szereg przedsięwzięć szczególnie skupiając się na działaniach naprawczych, co bezpośrednio związane jest z ustawową misją sprawowanego przeze mnie Urzędu – reprezentowaniem konsumentów usług ubezpieczeniowych, głównie w sporach z zakładami ubezpieczeń i powszechnymi towarzystwami emerytalnymi, którą na co dzień realizujemy w ramach bieżącej pracy. Wiedzę na temat problemów z jakimi spotykają się konsumenci usług ubezpieczeniowych czerpiemy bezpośrednio od nich samych, jak również od osób reprezentujących ich interesy tj. podmiotów trudniących się pomocą w dochodzeniu odszkodowań, powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów, kancelarii adwokackich i radcowskich. Zarówno skargi napływające do Rzecznika, jak i pytania oraz prośby dotyczące wyjaśnienia niektórych zagadnień z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia emerytalnego przesyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej, wraz z wiedzą którą eksperci Rzecznika czerpią z codziennych dziesięciogodzinnych dyżurów telefonicznych, są dla mnie nieocenionym źródłem informacji. Dostarczają nam one wiedzy o problemach i występujących sporach w relacjach między zakładami ubezpieczeń, towarzystwami emerytalnymi i ich klientami oraz w zakresie ubezpieczeń OC – poszkodowanymi. Informacje te w głównej mierze stanowią inspirację do podejmowania działań na rzecz ochrony reprezentowanych przez Urząd osób. Działania podejmowane przez Rzecznika we wskazywanym zakresie, zasadniczo skupiały się na płaszczyznach działalności wyznaczonych Rzecznikowi ustawowo zarówno w zakresie prowadzonych postępowań skargowych, toczących się prac legislacyjnych, informowania właściwych organów o dostrzeganych nieprawidłowościach, podejmowania szeroko zakrojonych działań edukacyjno-informacyjnych, jak i formułowania wniosków do Sądu Najwyższego oraz istotnych poglądów w indywidualnych postępowaniach sądowych. Z uwagi na podsumowujący charakter niniejszego opracowania przedstawiam je w ograniczonym zakresie, zwracając Państwa uwagę na kluczowe w mojej ocenie kwestie.

Postępowania skargowe

Lata 2008 i 2009, podobnie do poprzednich okresów charakteryzowały się znaczną dynamiką prowadzonych przez Urząd postępowań skargowych. W roku 2008 do Biura wpłynęły 7 772 skargi, natomiast w 2009 r. liczba ta wzrosła do 9 753. Postępowania te były, są i będą dla mnie wyjątkowo istotne bowiem dotyczą indywidualnych, czasami wyjątkowo tragicznych przypadków, co powoduje, że ze wszech miar staramy się skarżącym – naszym podopiecznym – pomóc. Prowadząc postępowania skargowe, od lat wyznajemy zasadę, że jeżeli nawet istnieje cień szansy na choćby częściową zmianę stanowiska zakładu ubezpieczeń czy towarzystwa emerytalnego na korzyść dla interweniującego, występujemy do nich z wnioskiem a w skrajnych przypadkach prosimy o rozważenie możliwości zrealizowania zobowiązania w drodze wyjątku. Chcemy też, aby za sprawą naszych działań skarżący odczuł, że jego nawet wydawałoby się błaha sprawa jest przedmiotem szczególnej troski Rzecznika, który poświęca jej nie mniej czasu i wysiłku niż sprawom o znaczącym charakterze dla ogółu. Zawsze też pamiętamy, że są to osoby, których zwykle nie stać na pomoc prawną świadczoną przez adwokatów czy radców prawnych i Urząd Rzecznika postrzegają jako przysłowiową „ostatnią deską ratunku”. Nawet jeżeli nie uda nam się w trybie polubownym rozwiązać powstałego sporu, staramy się zarówno ukierunkować skarżącego co do możliwości, sposobów podejmowania dalszych kroków w sprawie jak i ukazać nasze prognozy co do szans korzystnego zakończenia sprawy w drodze postępowania sądowego. Oczywiście wszystkich problemów nie sposób pozytywnie rozwiązać tym nie mniej wskaźnik efektywności, mimo braku możliwości dokonywania ustaleń faktycznych, wykonywania wycen technicznych, rekonstrukcji zdarzeń staramy się poprawiać lub utrzymywać na podobnym, w ostatnich latach wyższym, poziomie (ponad 40% pozytywnie zakończonych interwencji).

Prace legislacyjne

Prawo ubezpieczeń podlega dość częstym zmianom. Dzieje się tak przede wszystkim z racji nieustannego rozwoju ubezpieczeń, jak również ze względu na nasze członkostwo w Unii Europejskiej i konieczność dostosowywania się do prawa wspólnotowego. Regulacje dotyczące ubezpieczeń z racji ich szczególnej pomocowej w trudnych sytuacjach roli, w mojej ocenie wymagają stworzenia przejrzystych, jasnych i przyjaznych konsumentom reguł. Przy podejmowaniu inicjatyw, a także opiniując przedłożone nam do oceny propozycje, kierujemy się przede wszystkim tym, aby korzystający z dobrodziejstwa ubezpieczenia, szybko i w pełnym zakresie otrzymał należne mu świadczenia, co stanowi wyraz zapominanej czasami idei



Halina Olendzka
Rzecznik Ubezpieczonych

Aktualności

25-26.11.2009 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, wzięła udział w warsztatach prawno – podatkowych „*Bancassurance, najlepsze produkty, najczęstsze problemy*” zorganizowanych przez Institute for International Research.

08.12.2009 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Piotr Budzianowski, wzięł udział w konferencji zorganizowanej przez Szkołę Główną Handlową i Stowarzyszenie Konsumentów Polskich „*Znaczenie edukacji konsumenckiej dla współczesnego Konsumenta*”.

10.12.2009 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, wzięła udział w spotkaniu przedstawicieli sieci Fin–Net oraz SOLVIT zorganizowanego przez Europejskie Centrum Konsumentkie.

10.12.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, wzięła udział w obchodach dnia Praw Człowieka zorganizowanego przez Rzecznika Praw Obywatelskich, dr Janusza Kochanowskiego.

16.12.2009 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Anna Dąbrowska oraz Bartłomiej Chmielowiec, wzięli udział w Warsztatach Legislacyjnych zorganizowanych przez AG Adesso.

14.01.2010 – Zastępca dyrektora Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Aleksander Daszewski, wzięł udział w kolejnym spotkaniu Forum Edukacji Finansowej zorganizowanym przez Związek Banków Polskich. Na spotkaniu odbyło się podsumowanie działań zrealizowanych w roku 2009 oraz planów na rok 2010.

20.01.2010 – Dyrekcja Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk oraz Aleksander Daszewski, a także przedstawiciel Biura Anna Dąbrowska, wzięli udział w konferencji prasowej zorganizowanej przez UOKiK, gdzie zaprezentowano raport z kontroli wzorców umów ubezpieczeń osobowych.

ubezpieczeń gospodarczych. W ostatnich dwóch latach trwały prace nad „czyszczącymi” nowelizacjami obowiązujących przepisów, szczególnie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w ramach których zgłaszaliśmy szereg rozwiązań legislacyjnych, mających na celu wyeliminowanie, czy też ograniczenie toczących rynek nieprawidłowości, które ujawniły się w pierwszych latach obowiązywania pakietu ustaw ubezpieczeniowych. Prace te obecnie są na ukończeniu i z satysfakcją można stwierdzić, iż większość zgłaszanych przez nasz Urząd postulatów (m.in. wyposażenie agentów w ustawowe umocowanie do odbierania wypowiedzenia umowy, klauzula daty stempla pocztowego jako szersze instrumentarium w ograniczaniu zjawiska podwójnego ubezpieczenia oraz określenie terminu zwrotu składki za niewykorzystany okres) znalazło się zarówno w rekomendacjach odnośnie kierunków przyjmowanych rozwiązań jak i zamykanych obecnie projektach nowelizacji. Prócz powyższego zaangażowania Rzecznika w prace nowelizacyjne w omawianym okresie przygotowaliśmy kompleksową propozycję legislacyjną dotyczącą rzeczoznawstwa samochodowego oraz jego wykorzystania w procesie likwidacji szkód komunikacyjnych, mającą na celu jego zobiektywizowanie i profesjonalizację. Byliśmy także inicjatorem wyjątkowo potrzebnej i toczącej się obecnie dyskusji nad koniecznością ujęcia w ramy prawne działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych, celem zabezpieczenia sytuacji poszkodowanych korzystających z ich usług.

Informacje do właściwych organów o dostrzeganych nieprawidłowościach

Analizując docierające do nas informacje o występujących w praktyce obrotu nieprawidłowościach podejmowaliśmy w ostatnich dwóch latach szereg działań o charakterze ogólnym, jednocześnie informując o tym właściwe organy umocowane prawnie do podejmowania szerszych działań nadzorczych i kontrolnych. Kluczowe w tym okresie przykłady takich działań z naszej strony to: raporty poświęcone problemom na rynku bancaassurance, nieprawidłowościom we wzorcach umownych – ogólnych warunkach ubezpieczenia działu I i II, kwartalne raporty ukazujące liczbę skarg i występujące w nich problemy. Działania te przynoszą oczekiwane rezultaty, bowiem zarówno na rynku bancaassurance, we wzorcach umownych, a także w jakości postępowań likwidacyjnych notujemy poprawę sytuacji. Prócz ww. opracowań w omawianym okresie Rzecznik Ubezpieczonych przekazał szereg innych informacji ukazujących w Jego ocenie nieprawidłowości w działaniu zakładów ubezpieczeń oraz funduszy emerytalnych, dotyczących m.in. niewłaściwej – w naszej ocenie – wykładni przepisów powszechnie obowiązującego prawa, nadużywania pozycji dominującej oraz występujących w obrocie klauzul abuzywnych. W znacznej części prowadzone przez nas obserwacje, a następnie ich dogłębna analiza i ocena prawna pozwalała właściwym organom sprawnie podejmować czynności władcze wobec podmiotów rynkowych. Ostatnim przykładem tego typu działań jest dynamicznie rozwijająca się współpraca z Prezesem UOKiK, który podejmuje szereg działań na rzecz wyeliminowania z obrotu niedozwolonych postanowień umownych.

Działalność edukacyjno – informacyjna

Z uwagi na dostrzeganą, co prawda rosnącą, ale nadal zdecydowanie niewystarczającą świadomość prawną, odszkodowawczą i idącą za nimi ubezpieczeniową społeczności polskiego, szczególną uwagę skupiamy na działalności edukacyjno – informacyjnej Urzędu. Przykładów działalności Rzecznika na tej płaszczyźnie jest tak wiele, że trudno je w kilku zdaniach przybliżyć. Chcąc je wyłącznie krótko zasygnalizować pragnę wskazać kolejno na dynamicznie rozwijającą się witrynę internetową Urzędu www.rzu.gov.pl, notującą niemal 1 750 000 wizyt rocznie, poradnictwo w ramach prowadzonych postępowań skargowych, e-mailingu oraz dziesięciogodzinnych dyżurów telefonicznych świadczonych przez ekspertów Biura, na szeroką skalę prowadzone kontakty z mediami (prasą ogólnopolską, regionalną, branżową, rozgłośniami telewizyjnymi i radiowymi oraz portalami internetowymi), organizowanie przez Rzecznika i działającą przy nim Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej przekrojowych Konferencji problemowych (poświęconych noweli do kodeksu cywilnego w zakresie umowy ubezpieczenia, perspektywom rozwoju ubezpieczeń

zdrowotnych, praktyce obrotu na rynku ubezpieczeń direct, nowoczesnym rozwiązaniom w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych), wydawanie we współpracy z innymi podmiotami następujących publikacji: zeszyt naukowy „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, „Monitor Ubezpieczeniowy” – pismo Rzecznika Ubezpieczonych, sezonowe poradniki ubezpieczeniowe, organizowanie kolejnej, IX edycji konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką (dyplomową) oraz podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych a także szereg innych realizowanych na bieżąco projektów.

Wnioski do Sądu Najwyższego oraz ujednolicanie procedur likwidacyjnych

W okresie mojej kadencji Sąd Najwyższy, odpowiadając na nasze kolejne zapytania, podjął dwie fundamentalne dla ujednolicenia postępowań likwidacyjnych uchwały, które dotyczyły odpowiedzialności względem siebie współposiadaczy pojazdu mechanicznego m.in. współmałżonków oraz zaliczalności zasiłku pogrzebowego na poczet zwracanych kosztów pogrzebu. Obie uchwały, co wyjątkowo nas cieszy, potwierdziły stanowisko prezentowane przez Rzecznika, jednocześnie na długie lata porządkując postępowania likwidacyjne w ramach ubezpieczeń obowiązkowych. Rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego ujednolicając procesy odszkodowawcze mają również – w mojej ocenie – ogromne znaczenie społeczne, bowiem kształtują w jednoznaczny i praworządny sposób sytuację poszkodowanych korzystających z dobrodziejstwa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Z perspektywy czasu wydaje się także, że trudno dzisiaj przecenić znaczenie jakie – zarówno dla uporządkowania procedur odszkodowawczych jak i dla ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych – ma uprawnienie Rzecznika Ubezpieczonych do występowania do Sądu Najwyższego. Rzecznik kilkakrotnie korzystał z tych uprawnień i zapewne w przyszłości również z nich skorzysta, jednocześnie mając nadzieję na współpracę na tej płaszczyźnie ze skupiającą zakłady ubezpieczeń Polską Izbą Ubezpieczeń, o co parokrotnie się do samorządu zwracała. Jestem zdania, że kluczowe znaczenie dla poprawy i uporządkowania mechanizmów rynkowych w ubezpieczeniach ma szersze niż dotychczas zaangażowanie w ten proces Polskiej Izby Ubezpieczeń, która powinna stać się głównym podmiotem kreującym pozytywne zmiany, mające na celu sprawne rozwiązywanie problemów rynkowych, głównie tych które dotyczą konsumentów. Niestety, co jest dla mnie przykre i niezrozumiałe, część przedstawicieli samorządu zakładów ubezpieczeń, w odróżnieniu od reprezentantów poszczególnych zakładów, bagatelizuje problemy, które Rzecznik m.in. podejmuje przed Sądem Najwyższym w imieniu niezadowolonych konsumentów, a jednocześnie poszkodowanych przez niewłaściwe praktyki ubezpieczycieli. Koronnym, a tym samym propagowanym w ocenie Rzecznika, argumentem Izby jest to, że podnoszone przez Niego problemy są pochodną relatywnie niewielkiej liczby skarg w zestawieniu z liczbą sprzedanych polis. Trudno zgodzić się z takim myśleniem posiłkując się choćby przykładem naszego wcześniejszego wniosku do Sądu Najwyższego w odniesieniu do nieuwzględniania w odszkodowaniu kosztorysowym podatku VAT. Pomniejszanie odszkodowań o kwotę podatku VAT było powszechną praktyką, pomimo, że skarg na taki sposób ustalania odszkodowań wpływało do Biura Rzecznika w skali roku kilkadziesiąt, stanowiąc znikomy procent. Można zatem bez większego ryzyka stwierdzić, że sygnalizowane Rzecznikowi nawet nieliczne przypadki sporów między ubezpieczycielami a poszkodowanymi lub ubezpieczonymi są odzwierciedleniem powszechnie funkcjonujących mechanizmów i procedur, ujawniających potrzebę podejmowania działań, mających na celu ich porządkowanie. Wydaje się, że przedstawiciele samorządu zakładów ubezpieczeń, celem ograniczenia występujących problemów w kontaktach z konsumentami, a także budowaniem w ocenie społecznej pozytywnego wizerunku branży, zamiast kwestionować liczbę skarg napływających do Rzecznika, powinni wykazywać się podobną aktywnością w podejmowaniu działań na rzecz zrównoważonego rozwoju rynku, poprawy wizerunku branży tak by skuteczniej niż dotychczas – przy zachowaniu praworządności – ujednolicić i poprawiać jakość w postępowaniach likwidacyjnych, kolejno je porządkując.

Istotne poglądy w postępowaniach sądowych

W omawianym okresie, pomimo zdecydowanie niedogodnej sytuacji finansowej Urzędu udało nam się, co prawda do tej pory na niewielką skalę, uruchomić uzupełniającą funkcję pomocową na rzecz konsumentów. Rzecznik, w sprawach, w których dostrzega poważną szansę dla skarżącego pozytywnego zakończenia sporu z zakładem ubezpieczeń, oferuje mu dodatkową *quasi* procesową pomoc poprzez przedstawienie sądowi rozpatrującemu sprawę istotnego poglądu w sprawie. Działanie to, w sytuacji gdy zakład ubezpieczeń uparcie odmawia zaspokojenia roszczeń klienta, daje osobie decydującej się na dochodzenie swoich roszczeń przed sądem, dodatkowo, profesjonalnie przygotowany „oreż” w postępowaniu procesowym. Przygotowywany w formie pisma procesowego pogląd jest naturalną konsekwencją prowadzonego wcześniej postępowania skargowego, które w naszej ocenie powinno zakończyć się pozytywnie dla skarżącego, a mimo tego zakład ubezpieczeń odmawia spełnienia świadczenia. Obecnie z uwagi na niewielki zakres tej działalności, trudno nam ocenić jego efektywność. Tym nie mniej liczymy, że ta płaszczyzna działalności będzie z biegiem czasu nabierała znaczenia, stanowiąc dodatkowe wsparcie Rzecznika na rzecz słabszych w sporze z ubezpieczycielem konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Ochrona danych osobowych

Sprawą niebagatelnej wagi jest dla Rzecznika Ubezpieczonych i jego pracowników ochrona danych osobowych – w tym danych wrażliwych, które są przesyłane do Biura Rzecznika zarówno przez osoby skarżące się jak i udostępniane w procesie rozpatrywania skarg przez zakłady ubezpieczeń, szpitale i tym podobne instytucje. Ochrona danych osobowych, zwłaszcza danych dotyczących stanu zdrowia jest obowiązkiem ustawowym instytucji do których one trafiają. Celem właściwego wywiązania się ze wskazanego obowiązku, przeanalizowaliśmy po raz kolejny przepływ i archiwizację tych danych, zlecieliśmy wyspecjalizowanej firmie monitoring tego procesu i permanentne szkolenie personelu w tym zakresie, a wszystkie niepokojące nas kwestie rozwiąaliśmy przy współpracy z GIODO.

Aktualności

22.01.2010 – Przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez Austriackie Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Grupę Roboczą „*Restatement of European Insurance Contract Law*”, która odbyła się w Wiedniu. Konferencja dotyczyła projektu tekstu europejskich zasad umowy ubezpieczenia jako opcjonalnego instrumentu na jednolitym rynku europejskim.

27.01.2010 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Iwona Szymańska, Bartłomiej Chmielowiec oraz Mariusz Denisiuk, wzięli udział w II Forum Finansowym zorganizowanym przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie.

18.02.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz dyrekcja Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk i Aleksander Daszewski wzięli udział w uroczystości wręczenia nagrody Człowiek Roku Ubezpieczeń 2009, którą otrzymał Prezes Concordia Polska TUW, Piotr Narloch.

22.02.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz dyrekcja Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk i Aleksander Daszewski wzięli udział w ogólnopolskiej konferencji zorganizowanej przez UKNF oraz WPiA Uniwersytetu Opolskiego „*Komisja Nadzoru Finansowego – status prawny i zadania nadzoru finansowego w Polsce*”.

22.02.2010 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Iwona Szymańska i Mariusz Denisiuk, wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez BCC „*Przywileje emerytalne: potrzeba ujednoczenia systemu*”.

14.03.2010 – Urząd Rzecznika Ubezpieczonych wzięł udział w Targach Wiedzy Konsumentkiej zorganizowanych z okazji Światowego Dnia Praw Konsumenta. Na targach zaprezentował działalność swojego Biura na rzecz konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Opracował: Piotr Budzianowski

Reorganizacja pracy Biura

Aby sprostać nałożonym na Rzecznika Ubezpieczonych obowiązkom ustawowym, które jak wyżej opisałam dynamicznie wzrastają we wszystkich zakresach jego działania, przy niezmiennym się sposobie finansowania, konieczna była reorganizacja pracy Biura Rzecznika, mająca na celu racjonalizację wydatków i usprawnienie obsługi naszych podopiecznych – klientów zakładów ubezpieczeń.

Plany Rzecznika na drugą połowę kadencji

Właściwie nie przedstawię tu niczego rewolucyjnego – ustawa wskazuje bowiem kierunki, w stronę których Rzecznik ma podążać, czyli jednym słowem – będę wraz z moim zespołem kontynuować dotychczas realizowane zadania. Różnica może polegać jedynie na odmiennym rozłożeniu akcentów, w zależności od aktualnych potrzeb wynikających z diagnozowanych w ramach bieżących obserwacji problemów po stronie reprezentowanych przez Rzecznika osób.

1. Umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – nieustający problem

Listę szczególnie ważnych do rozwiązania problemów otwiera problematyka najpopularniejszego „od zawsze” ubezpieczenia, jakim jest obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w tym dokończenie prac nad nowelą ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, tak by wyeliminować występujące na szeroką skalę problemy po stronie konsumentów. Występujące nieprawidłowości w zakresie akwizycji na etapie zawierania i wykonania tej umowy, rzutują na wizerunek całej branży ubezpieczeniowej. Jest zatem pilna potrzeba zmiany regulacji prawnych, tak by niepożądane zjawiska wyeliminować i to w dwóch wymiarach. Najwięcej zamieszania, dezorientacji a na koniec poczucia krzywdy u posiadaczy pojazdów wywołuje zjawisko tzw. podwójnego ubezpieczenia w zakresie ochrony OC. Nie dość, że posiadacz pojazdu uregulował składkę u wybranego ubezpieczyciela, inny zwraca się do niego z żądaniem opłacenia kolejnej składki, a zdarzają się również i takie sytuacje kiedy z takim żądaniem występuje wobec konsumenta kilku ubezpieczycieli. Stan taki wywoływany jest zarówno obrotem używanymi pojazdami i towarzyszącej temu procesowi częstej zmianie dotychczasowego ubezpieczyciela, jak też samoistną zmianą ubezpieczycieli na skutek prowadzonej między ubezpieczycielami – niezdrowej w mojej ocenie – walki konkurencyjnej w zakresie pozyskiwania za wszelką cenę składek. Kłopot jednak nie tylko w zmianach zachowań ubezpieczycieli, lecz w niedochowaniu przez wielu konsumentów określonych czynności i terminów towarzyszących temu procesowi jak choćby brak wypowiedzenia dotychczasowej umowy czy też niedochowanie terminu wypowiedzenia umowy u dotychczasowego ubezpieczyciela. Problem ten nasila się w związku z brakiem świadomości u większości posiadaczy pojazdów, iż data nadania wypowiedzenia umowy pocztą nie jest tożsama z terminem jej złożenia u ubezpieczyciela. Niestety, jedynie w wyjątkowych przypadkach ubezpieczyciele korzystają z możliwości rozwiązania umowy, która ma pokrycie również u innego lub też innych ubezpieczycieli. W znaczącej większości ubezpieczyciele, opierając się rygorystycznie na zapisach ustawy, konsekwentnie dochodzą należności od „podwójnie” ubezpieczonych. Dlatego też jedynym pożądanym i jednocześnie rozsądnym rozwiązaniem jest wprowadzenie do ustawy takich rozwiązań, które umożliwią „podwójnie ubezpieczonym” posiadaczom pojazdu, uwolnić się od skutków nadprogramowej, niepotrzebnej im, umowy ubezpieczenia. Jako nie w pełni wystarczające oceniam przygotowane do tej pory propozycje zapisów sankcjonujących datę stempla pocztowego, wyposażenie agentów w możliwość przyjmowania wypowiedzeń jak również ograniczające ochronę z przekazanej nabywcy polisy wyłącznie do czasu wskazanego w umowie. Mam nadzieję, że propozycje te pójdą dalej i toczące się w Ministerstwie Finansów prace nad zmianą ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych UFG i PBUK pozwolą na zawsze wyeliminować z obrotu ten problem, gdyż jest on powodem wielu niezrozumiałych dla klientów, negatywnie ocenianych i niepotrzebnych napięć między stronami umowy ubezpieczenia. Uważam, za pyrrusowe zwycięstwo działania tych ubezpieczycieli, którzy w drodze egzekucji pozyskują składki

od „podwójnie” ubezpieczonych, znacząco odbije się w przyszłości na ich wizerunku, obniżając ocenę społeczną branży jako całości.

2. Ujednolicanie procedur odszkodowawczych w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Wiele poważnych problemów wymagających usunięcia z praktyki występuje na etapie realizacji umowy. Mam tu na uwadze praktyki niektórych ubezpieczycieli, które – w mojej ocenie – pozbawiają osoby poszkodowane w pełni należnych im odszkodowań i powypadkowych świadczeń. Za szczególnie istotne dla poszkodowanych uważam wprowadzenie do postępowań likwidacyjnych, w pełniejszym zakresie niż jest dotychczas, niezależnego, profesjonalnego rzeczoznawcy samochodowego. Obserwowany aktualnie dyktat pracownikowi pionów likwidacyjnych w zakładach ubezpieczeń stanowi barierę, przez którą konsument może się skutecznie przebić jedynie poprzez wstąpienie na drogę sądową, szczególnie w przypadkach gdy spór wymaga odtworzenia przebiegu wypadku, bądź dotyczy kwalifikacji szkody (całkowita lub częściowa), zakresu uszkodzeń, kosztu naprawy, wyboru rodzaju części koniecznych do naprawy, czasu potrzebnego na naprawę. Aktualnie około 30 zakładów ubezpieczeń prowadzi sprzedaż ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów jak też zaspokaja zgłaszane z tego tytułu roszczenia odszkodowawcze, jednakże co ciekawe, mimo obowiązywania jednolitego dla wszystkich prawa – tu ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK i przepisów kodeksu cywilnego – w tym zakresie, sposób zaspokajania zgłaszanych roszczeń w poszczególnych zakładach ubezpieczeń, choć nie powinien, znacznie się od siebie różni. Przykładem takich „rozbieżności” wymagających ujednolicenia w stosowanej praktyce jest kwestia pokrywania przez ubezpieczycieli kosztów wynajmu samochodu, lub doraźnego korzystania z taksówek przez osoby, których pojazdy zostały uszkodzone w wypadku. Szczególnie dotyczy to „osób fizycznych”, które samochód wykorzystują dla własnej wygody, jednocześnie zaspokajając potrzeby swojej rodziny. Niedopuszczalne jest tu traktowanie tej grupy poszkodowanych jak natrętów, wymagających luksusów, którzy żądają czegoś, czego powinni sobie odmówić, gdyż narażają ubezpieczyciela na nieuzasadnione wydatki. Moim zdaniem, znajdującym zresztą potwierdzenie w opinii wielu autorytetów prawnych jak i w wielu orzeczeniach sądowych, osoby które zostały (nie ze swojej winy) pozbawione możliwości korzystania z własnego pojazdu, nawet jeżeli nie prowadzą przy jego pomocy działalności zawodowej, czy gospodarczej, mają prawo do analogicznego jak przed wypadkiem standardu życia, co umożliwi im korzystanie z wynajętego pojazdu lub taksówek. Stanowisko zakładów ubezpieczeń, że osoby te przede wszystkim powinny dbać o interes ubezpieczyciela i jeżeli to możliwe korzystać z powszechnych środków lokomocji, jest nieuprawnionym żądaniem pozbycia się dotychczasowych praw do posiadanego auta i dyskryminacją tych osób, nie mieszczącą się w granicach pojęcia obowiązku działania poszkodowanego na rzecz zmniejszenia rozmiaru szkody. Jeżeli nasze dotychczasowe działania prowadzone w tym obszarze we współpracy z Polską Izbą Ubezpieczeń oraz wspierającą Rzecznika, Komisją Nadzoru Ubezpieczeń nie przyniosą oczekiwanego rezultatu, rozważę skierowanie odpowiedniego wniosku do Sądu Najwyższego.

Omawiając przyszłe działania związane z potrzebą uporządkowania postępowań odszkodowawczych nie sposób pominąć tak ważnego tematu, jakim jest inicjatywa Rzecznika Ubezpieczonych mająca na celu ustanowienie niezbędnych standardów w działalności tzw. kancelarii odszkodowawczych. Dokończenie prac legislacyjnych dotyczących ustanowienia regulacji prawnych dla – jak to się ostatnio określa: doradców odszkodowawczych, będzie przedmiotem mojej wnikliwej obserwacji.

3. Ubezpieczenia szkód żywiołowych

Za kolejny, bardzo istotny temat z zakresu przyszłych prac legislacyjnych uważam wypracowanie spójnego systemu ubezpieczeń na wypadek klęsk żywiołowych. Przyroda coraz częściej zaskakuje nas swoimi anomaliami pogodowymi i nie należy życzeniowo oczekiwać, że to ryzyko samoistnie zniknie. Wprost przeciwnie, meteorolodzy twierdzą, że czeka nas coraz więcej wichur, huraganów, deszczy nawalnych, powodzi i innych gwałtownych zachowań przyrody. Moim zdaniem należy z jednej strony przeciwdziałać tym zjawiskom na miarę możliwości np. budować wały powodziowe, zbiorniki retencyjne, sadzić lasy oraz wnikliwie planować rozwój infrastruktury na terenach zalewowych itd., z drugiej zaś strony należy sporządzić krajową mapę klęskową i dostosować do rozkładu tych zjawisk system ubezpieczeń, najlepiej obowiązkowych. Niezbędnym uzupełnieniem tego systemu powinno być jego wsparcie w postaci ulg podatkowych, bądź dopłat do wypłacanych odszkodowań. Istnieje ogromna potrzeba aby obywatele w walce ze skutkami żywiołów skutecznie wspierało Państwo.

4. Pamiętaj o turystach

Będziemy również jako Urząd z uwagą śledzić prace nad nowelą ustawy o usługach turystycznych. Zarówno praktyka jak i unijna dyrektywa Rady 90/314/EWG z dnia 13 czerwca 1990 r. w sprawie zorganizowanych podróży wakacji i wycieczek (Dz. U. WE L. 158 z 23.06.1990 r.) jednoznacznie wskazują na potrzebę poprawy bezpieczeństwa świadczonych usług turystycznych, szczególnie w odniesieniu do turystyki zagranicznej. Przykłady upadłości biur turystycznych skłaniają do poważnego rozważenia ustanowienia funduszu gwarancyjnego na rzecz klientów jak też wprowadzenia minimalnych sum gwarancyjnych w odniesieniu do umów ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą, oraz ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Wskazane byłoby również, aby w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą znajdowała się bezwzględnie ochrona zapewniająca pokrycie kosztów transportu poszkodowanego do kraju.

5. Bancassurance pod specjalnym nadzorem

Również z pola widzenia nie może nam umknąć kolejny ważny problem dotyczący dbałości o dynamicznie rozwijający się segment rynku ubezpieczeń zwany bancassurance, czyli sprzedaż i wykonanie umów ubezpieczenia zawieranych głównie za pośrednictwem banków na rzecz kredytobiorców. O potrzebie zajmowania się tą grupą ubezpieczonych świadczy znaczna liczba sygnałów kierowanych nadal od niezadowolonych konsumentów. Jest to dla mnie pewne rozczarowanie,

gdyż oczekiwałam, że zarówno dyskusja na ten temat jak i wdrażana od 1 listopada 2009 r. opracowana przez Związek Banków Polskich, „Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi” usunie w znaczącej większości problemy w tej grupie ubezpieczeń. Wymaga to jednak być może dłuższego czasu na uzyskanie widocznych zmian w tej grupie ubezpieczeń. Aktualnie nadal istnieje potrzeba wypracowania modelu zawierania tych umów w sposób zapewniający właściwy ich dobór do indywidualnych potrzeb konsumenta, gwarantujący ponadto pełną i rzetelną informację odnośnie warunków zawieranej na jego rzecz umowy. Nadal nie załatwiona jest również kwestia zwrotu niewykorzystanej części składki, w sytuacji gdy kredyt zostanie spłacony wcześniej niż zakładano, przez co ochrona ubezpieczeniowa nie jest już kredytorowi potrzebna.

Kolejnym problemem stwierdzanym w ubezpieczeniach bancassurance, którym chcielibyśmy się zająć jest pewna niepokojąca nas praktyka występująca na styku prawa ubezpieczeń i bankowego. Mam tu na uwadze znacząco wysokie koszty stwierdzone w badanych przez nas skargach, w których to wysokość składki ubezpieczeniowej sięga około połowy wartości kredytu. Mimo swobody kształtowania umów, sygnały te budzą nasz poważny niepokój, gdyż w sytuacji, gdy oprocentowanie kredytu jest minimalne może okazać się to próbą obejścia antylichwiarskich regulacji.

6. Zabezpieczenie społeczne

Kolejnym wyzwaniem dla mojego Urzędu będzie aktywne uczestnictwo w procesie dokończenia reformy systemu zabezpieczenia społecznego. Mimo, że zasadniczy ciężar prac legislacyjnych w odniesieniu do problematyki zabezpieczenia społecznego, szczególnie w odniesieniu do dokończenia reformy emerytalnej leży po stronie Resortu Pracy, to jednak uważam, że Rzecznik aktywnie powinien w nich uczestniczyć, działając na rzecz jak najszybszego ich sfinalizowania, szczególnie w zakresie wypłat świadczeń i ustalenia podmiotów uprawnionych do ich dokonywania. Rzecznik wspiera prace, których celem będzie zbudowanie systemu zachęcającego obywateli do dodatkowego oszczędzania w III filarze na okres po aktywności zawodowej. Tu również – moim zdaniem – nie obejdzie się bez wsparcia ze strony Państwa.

7. Edukacja i informacja

Przedstawiając planowane działania na przyszłość nie mogę pominąć działalności edukacyjno-informacyjnej Urzędu na rzecz konsumentów, z czym nierozdzielnie wiąże się potrzeba zwiększania na ten cel nakładów ludzkich i finansowych – a z tym są niestety problemy. Dotykamy w tym momencie delikatnej materii jaką są zasady finansowania Rzecznika i jego Biura i realizowane w związku z tym przychody. Nieustająca praca organiczna u podstaw – będzie nadal mottem Rzecznika Ubezpieczonych w kwestiach edukacji na rzecz obywateli. Będziemy nadal i tak skutecznie jak to tylko jest możliwe, propagować wiedzę z zakresu ubezpieczeń. Każda odpowiedź na przesłaną Rzecznikowi skargę z prośbą o pomoc, bądź też zapytanie przekazane za pośrednictwem poczty elektronicznej, czy też rozmowa prowadzona w ramach codziennych dziesięciogodzinnych dyżurów ekspertów, będzie działaniem mającym za cel przekazanie w jak najbardziej skuteczny sposób potrzebnej i rzeczowej wiedzy. Dalsza rozbudowa witryny internetowej Rzecznika jak i współdziałanie z innymi portalami prezentującymi informacje z rynku finansowego – to kolejny sposób na propagowanie potrzebnej konsumentom informacji. Również obiektywne i zawierające niezbędną zawartość merytoryczną informacje będziemy starali się przekazywać za pośrednictwem mediów, które niekiedy zbyt często łaknąc sensacji, wolą pominąć mało „medialną” wykładnię prawną omawianego problemu.

Nasze finanse

Niestety Rzecznik Ubezpieczonych odczuwa również skutki kryzysu obecnego od pewnego czasu na rynkach finansowych, choćby obserwując mniejsze niż w roku ubiegłym wpływy ze składek odprowadzanych na poczet działalności Rzecznika przez zakłady ubezpieczeń i powszechne towarzystwa emerytalne. Dlatego też oczekuję na jak najszybsze dokończenie prac nad nowelą ustawy o działalności ubezpieczeniowej, do której planuje się wprowadzić m.in. zapis o obowiązku partycypacji przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń działające w Polsce na zasadzie swobody świadczenia usług – w kosztach działalności Rzecznika. Większe wpływy z rynku przekazywane na finansowanie działalności wykorzystałabym na kilku płaszczyznach. Jedną z nich jest poradnictwo telefoniczne, którego zakres jest ewidentnie niewystarczający do zgłaszanych potrzeb. Niestety wiąże się to z poniesieniem dodatkowych kosztów na zatrudnienie kolejnych prawników, specjalistów z dziedziny ubezpieczeń do pełnienia tych dyżurów na co nas niestety na chwilę obecną nie stać. Również aktualny poziom finansowania Urzędu jest zasadniczym powodem niemożności korzystania z uprawnień jakie daje Rzecznikowi ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w zakresie przewidującym możliwość wytaczania powództwa na rzecz obywateli, bądź za ich zgodą branie udziału w toczących się już postępowaniach.

By jednak narzekaniem nie kończyć tego podsumowania, pozwolę sobie na bardziej optymistyczną i osobistą refleksję. Chcę bowiem z całą mocą podkreślić, że szeroko rozumiana działalność Rzecznika Ubezpieczonych sprowadzająca się do podejmowania różnorodnych czynności w imieniu i na rzecz poprawy interesów słabszej strony umowy ubezpieczenia jaką są niewątpliwie klienci zakładów ubezpieczeń i członkowie powszechnych towarzystw emerytalnych, daje wiele satysfakcji oraz przeświadczenia o potrzebie dalszej, jeszcze szerszej i bardziej efektywnej działalności tego Urzędu.

Piotr Narloch Człowiekiem Roku Ubezpieczeń 2009

Po raz ósmy z rzędu „Gazeta Ubezpieczeniowa”, reprezentowana przez Kapitułę, nadała tytuł: Człowiek Roku Ubezpieczeń. W 2009 r. został nim prezes zarządu Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, Piotr Narloch. Pierwszym laureatem nagrody w roku 2002 został ówczesny Rzecznik Ubezpieczonych dr Stanisław Rogowski.

W uzasadnieniu wyboru Kapituła podkreśliła, że Piotr Narloch otrzymał tytuł w uznaniu za „wybitne osiągnięcia w promowaniu nowoczesnych ubezpieczeń rolnych i ważną dla całego tego sektora pracę edukacyjną, ponadprzeciętne wyniki finansowe w trudnym, kryzysowym roku, żmudną pracę na rzecz PIU, polskiego samorządu ubezpieczeniowego, stwarzania efektywnych ścieżek rozwoju kariery dla młodych kadr polskich ubezpieczeniowców oraz swoją prostolinijność i bezkompromisowość”.

Uroczystość ogłoszenia werdyktu kapituły odbyła się w salach Galerii ZADRA przy Al. Gen. Andersa 29 w Warszawie. Na uroczystość przybyło kilkadziesiąt prominentnych osób z sektora ubezpieczeniowego i bankowego (ze szczególnym uwzględnieniem przedstawicieli segmentu banków spółdzielczych, które należą do grona najważniejszych partnerów Concordii), członkowie Rady Programowej „Gazety Ubezpieczeniowej” i Laureaci Nagrody Człowiek Roku Ubezpieczeń. Listy gratulacyjne i laudacje wygłosili między innymi:

Katarzyna Przewalska, zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów, prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń, **Jan Grzegorz Prądyński** (– *Wielkim atutem Piotra jest to, że nie upiera się za wszelką cenę przy swoim zdaniu, ale zawsze wszystko dokładnie przemyśli, łącznie z opinią adwersarza – powiedział o laureacie*), **Halina Olenzka**, Rzecznik Ubezpieczonych (– *Panie prezesie, mam nadzieję, że pańska firma nadal nie będzie dostarczać zbyt wiele pracy mojemu biuru, tak jak miało to miejsce do tej pory – powiedziała.* [w ubiegłym roku do Rzecznika wpłynęło zaledwie 17 skarg od klientów Concordii z ogólnej liczby 8566 zgłoszeń – przyp. AM]), prof. dr hab. **Jan Monkiewicz** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2003) w imieniu Geneva Association Internationale pour L'Etude de l'Economie de l'Assurance, **Adam Sankowski** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2007), prezes Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, oraz **Mariusz M. Wichtowski**, prezes Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Sam laureat nie krył wzruszenia z przyznanego mu tytułu, podkreślając, że nie osiągnąłby tego sukcesu bez pomocy partnerów biznesowych, pracowników i wsparcia właścicieli.

Nagrodę Człowieka Roku Ubezpieczeń przyznaje od 2002 r. Kapituła, w skład której wchodzi: dr **Bożena M. Dołęgowska-Wysocka**, redaktor naczelna, wydawca „Gazety Ubezpieczeniowej”, oraz dotychczasowi zdobywcy tego tytułu: dr Stanisław Rogowski (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2002), prof. dr hab. **Jan Monkiewicz** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2003), **Tomasz Mintoft-Czyż** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2004), prof. dr hab. **Tadeusz Szumlicz** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2005), **Franz Fuchs** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2006), **Adam Sankowski** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2007) oraz prof. dr hab. **Jerzy Handschke** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2008). Od teraz w gronie członków Kapituły znajduje się także **Piotr Narloch** (Człowiek Roku Ubezpieczeń 2009). Każdy ze zdobywców tytułu Człowiek Roku Ubezpieczeń otrzymuje nagrodę w postaci swojego portretu pędzla artysty plastyka **Alfreda Wysockiego**, której inicjatorką jest redaktor naczelna, wydawca i właścicielka wychodzącego od 1999 r. i rozpoczynającego 12. rok swego istnienia jedyne go tygodnika w branży ubezpieczeniowej „Gazety Ubezpieczeniowej”, dr Bożena M. Dołęgowska-Wysocka.

Szczegółowa relacja z uroczystości wręczenia nagrody Człowieka Roku Ubezpieczeń 2009 została zamieszczona w specjalnym dodatku do „Gazety Ubezpieczeniowej” nr 9 z datą wydawniczą 2 marca br.



Rzecznik Ubezpieczonych, **Halina Olenzka** i nagrodzony tytułem Człowieka Roku Ubezpieczeń 2009, **Piotr Narloch**

Odpowiedzialność za utrzymanie dróg, chodników, nieruchomości – praktyczne wskazówki w dochodzeniu roszczeń za „zimowe szkody”



Aleksander Daszewski
r.pr. koordynator w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Mroźna i śnieżna aura, szczególnie dolegliwa od początku bieżącego roku, prócz ferii zimowych i idącego z nimi w parze „białego szaleństwa” na nartach, związana jest z szeregiem szkód wynikających z niewłaściwego utrzymania stanu dróg, chodników i znajdujących się w ich sąsiedztwie nieruchomości. Zimą i na początku wiosny notowanych jest bowiem znacznie więcej szkód zarówno osobowych (np. skręceń, złamań, zwichnięć kończyn i innych obrażeń ciała) jak i majątkowych (np. uszkodzeń felg i opon, układu zawieszenia pojazdów na skutek jazdy po dziurawych drogach, szyb i karoserii samochodowych w wyniku spadającego z dachu śniegu i lodu). Niniejsze opracowanie ma na celu w przystępny dla konsumentów sposób przybliżyć problematykę odpowiedzialności cywilnej z tytułu niewłaściwego utrzymania dróg i chodników, cywilnoprawne skutki niewłaściwego – zagrażającego bezpieczeństwu – utrzymania nieruchomości przez ich właścicieli, zasady poszukiwania podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkód wynikających z zaniedbań w wykonywaniu swoich obowiązków oraz będące ich protezą zasady odpowiedzialności gwarancyjnej zakładów ubezpieczeń wynikające z coraz powszechniej zawieranych umów ubezpieczenia OC z tytułu posiadanego mienia (posiadanej nieruchomości), prowadzonej działalności oraz w życiu prywatnym.

Ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. nr 19, poz. 115 z późn. zm.) wskazuje, iż generalnymi zadaniami, których niedochowanie uzasadnia odpowiedzialność zarządcy drogi jest w szczególności utrzymywanie jej nawierzchni, chodników, drogowych obiektów inżynierskich, urządzeń zabezpieczających ruch i innych urządzeń związanych z drogą, przeprowadzanie okresowych kontroli stanu dróg i drogowych obiektów inżynierskich, ze szczególnym uwzględnieniem ich wpływu na stan bezpieczeństwa ruchu drogowego, wykonywanie robót interwencyjnych, robót utrzymaniowych i zabezpieczających, przeciwdziałanie niszczeniu dróg przez ich użytkowników, wprowadzanie ograniczeń lub zamykanie dróg i drogowych obiektów inżynierskich dla ruchu oraz wyznaczanie objazdów drogami różnej kategorii, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa osób lub mienia, odpowiednie ich znakowanie m.in. wskazujące na występujące zimą zagrożenia. Dodatkowo, w okresie zimowym zarządca drogi ma prawo ustawiania na gruntach przyległych do pasa drogowego zastłon przeciwnieżnych. Tym samym do zasadniczych powinności ciążyących na zarządcach dróg należy wykonywanie szeregu czynności, których zasadniczym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa ruchu również w porze zimowej, bowiem utrzymanie drogi jest pojęciem szerokim oznaczającym m.in. jej odśnieżanie, zwalczanie śliskości czy też usuwanie powstających zimą ubytków w nawierzchni drogowej. W celu realizacji tych zadań zarządca powinien utrzymywać podlegające mu drogi w stanie wykluczającym narażenie użytkowników na wypadek. Poszukując podmiotu zobowiązanego do utrzymania drogi należy w pierwszej kolejności ustalić właściwego zarządcę dla odcinka drogi, na którym doszło do szkody. Drogi publiczne dzielą się kolejno na kilka kategorii tzn.: krajowe, wojewódzkie, powiatowe, gminne. Od tego podziału zależeć będzie podmiot potencjalnie odpowiedzialny za ich należyte utrzymanie. Takim właściwym podmiotem – zarządcą drogi – jest, w zależności od jej kategorii: Generalny Dyrektor Dróg Krajowych i Autostrad dla dróg krajowych i autostrad, zarząd województwa dla dróg wojewódzkich, zarząd powiatu dla dróg powiatowych, wójt (burmistrz lub prezydent miasta) dla dróg gminnych. Trzeba też wspomnieć, że ulice leżące w ciągu wymienionych dróg należą do tej samej kategorii co te drogi¹. Ponadto Generalny Dyrektor Dróg Krajowych i Autostrad jest zarządcą autostrady ale do czasu przekazania jej, w drodze porozumienia, spółce, z którą zawarto umowę o budowę i eksploatację albo wyłącznie na eksploatację – po przekazaniu funkcję zarządcy autostrady pełni taka spółka. W praktyce występują również drogi niezaliczone do żadnej kategorii dróg publicznych – drogi wewnętrzne. Chodzi tutaj o drogi położone na terenie osiedli mieszkaniowych, drogi dojazdowe do gruntów rolnych i leśnych, obiektów użytkowanych przez przedsiębiorców, place przed dworcami kolejowymi, autobusowymi i portami oraz pętle autobusowe, za których utrzymanie odpowiedzialność ponoszą podmioty zarządzające terenem, na którym drogi i miejsca te są położone. Zarządcą takich dróg i miejsc może być przykładowo spółdzielnia

¹ W granicach miast na prawach powiatu zarządcą wszystkich dróg publicznych z wyjątkiem autostrad i dróg ekspresowych, jest prezydent miasta. Podobnie obowiązek utrzymania nawierzchni chodników przy każdej kategorii drogi publicznej położonej w mieście na prawach powiatu i niebędącej autostradą ani drogą ekspresową spoczywa na zarządcy tej drogi. Por. wyrok SN z dnia 29 stycznia 1999 r. (sygn. akt I CKN 1005/97).

lub wspólnota mieszkaniowa lub też podmiot związany z nimi umową o zarządzaniu, często także przedsiębiorstwo prowadzące działalność handlową, magazynową, składową, przewozową, transportową, a w braku takiego podmiotu właściciel danego terenu.

Prócz wyżej wymienionych obowiązków do właściwego zarządu dróg, na co wskazuje art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 13 września 1996r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. nr 236, poz. 2008 z późn. zm.), w okresie zimowym należą obowiązki utrzymania czystości i porządku na drogach publicznych. W katalogu wskazywanych w ustawie obowiązków po stronie zarządcy znajduje się m.in. pozbycie się błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń uprzątniętych z chodników przez właścicieli nieruchomości przyległych do drogi publicznej, uprzątnięcie i pozbycie się błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń z chodników, jeżeli zarząd drogi pobiera opłaty z tytułu postoju lub parkowania pojazdów samochodowych na takim chodniku. Przywoływany powyżej akt prawny określa także, że co do zasady (z pewnymi wyjątkami – por. poniżej) utrzymanie czystości i porządku w gminach należy do obowiązkowych zadań własnych gminy (tutaj wykonawcą tych zadań jest wójt, burmistrz lub prezydent), która zapewnia czystość i porządek na swoim terenie i tworzy warunki do ich utrzymania, a w szczególności zapobiega zanieczyszczaniu ulic, placów i terenów otwartych m.in. poprzez zbieranie i pozbywanie się błota, śniegu, lodu oraz innych zanieczyszczeń uprzątniętych z chodników przez właścicieli nieruchomości. Prócz ustawy, na terenie poszczególnych gmin dodatkowo obowiązują regulaminy utrzymania czystości i porządku, które uchwalone przez Rady Gmin, stanowią akty prawa miejscowego. Takie regulaminy uszczegółwiają przepisy ustawy określając precyzyjnie zasady utrzymania czystości i porządku na terenie gminy dotyczące m.in. uprzątnięcia błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń z części nieruchomości służących do użytku publicznego². Ustawa, w odniesieniu do niektórych wskazanych miejsc, modyfikuje ww. zasady wskazując m.in., iż to nie gmina a właściciele poszczególnych nieruchomości zapewniają utrzymanie czystości i porządku przez uprzątnięcie błota, śniegu i innych zanieczyszczeń z chodników położonych wzdłuż nieruchomości, przy czym za taki chodnik uznaje się wydzieloną część drogi publicznej służącą dla ruchu pieszego, położoną bezpośrednio przy granicy nieruchomości. Pod pojęciem zobowiązanego właściciela nieruchomości rozumie się również współwłaścicieli, użytkowników wieczystych oraz jednostki organizacyjne i osoby posiadające nieruchomość w zarządzie lub użytkowaniu, a także podmioty władające nieruchomością w tym dzierżawców. Jeżeli nieruchomość jest zabudowana budynkami wielolokalowymi, w których ustanowiono odrębną własność lokali obowiązki właściciela nieruchomości obciążają osoby sprawujące zarząd nieruchomością wspólną³ lub bezpośrednio właściciele lokali, jeżeli zarząd nie został wybrany.

Problemem w praktyce jest natomiast precyzyjne zdefiniowanie chodnika ustawowo przyporządkowanego właścicielowi nieruchomości, za który zgodnie z brzmieniem przepisu uznaje się wydzieloną część drogi publicznej służącą dla ruchu pieszego położoną bezpośrednio przy granicy nieruchomości. Niestety, nie ma uregulowań, które precyzowałyby sformułowanie „bezpośrednio”, a tym samym w przypadkach gdy zabudowania od chodnika oddziela należący do gminy teren, trudno wskazać, kto taki chodnik powinien faktycznie utrzymywać w czystości. Interpretując literalnie wyrażenie „bezpośrednio” chodnik powinna odśnieżać gmina, ponieważ nie jest on położony w bezpośrednim sąsiedztwie granicy nieruchomości, a dzięki temu właściciel nieruchomości zostaje zwolniony z obowiązku uprzątnięcia z niego śniegu i lodu. Jednakże w mojej ocenie, posługując się wykładnią celowościową przepisów ustawy, chodzi nie tylko o chodnik przylegający „bezpośrednio” do granicy nieruchomości, ale także przyległy do ogrodzenia działki, podwórza, ogrodu, żywopłotu, a nawet, co może być dyskusyjne, miejsc zwyczajowo użytkowanych przez właściciela nieruchomości. Problematyczna pozostaje również odpowiedzialność za tzw. „ścieżki na skrót”, czyli miejsca gdzie pomimo braku jednoznacznego wyodrębnienia zwyczajowo utworzył się ciąg pieszy. W odniesieniu do takich miejsc praktyka orzecznicza jest chwiejna, gdyż w części przypadków przyjmuje, że chodnik znajduje się tam, gdzie faktycznie istnieją ciągi piesze, nawet te, które powstały zwyczajowo, a w części przyjmuje, że skoro chodnikiem jest wyłącznie część drogi przeznaczona do ruchu pieszych, co zostało zdefiniowane w prawie o ruchu drogowym, teren nieprzeznaczony dla tego celu nie jest objęty obowiązkiem, o którym mowa wyżej, choćby był wykorzystywany w celu przechodzenia⁴. Ponadto właściciel nieruchomości nie będzie obowiązany do uprzątnięcia chodnika, na którym jest dopuszczony płatny postój lub parkowanie pojazdów samochodowych – wtedy, co wyżej sygnalizowano, należy to do obowiązków gminy, która pobiera opłaty z tytułu postoju lub parkowania pojazdów samochodowych na takim chodniku. Właściciel może również zwolnić się z odpowiedzialności, jeżeli zlecił odśnieżanie i usuwanie lodu zarządcy nieruchomości (administratorowi)⁵ albo wyspecjalizowanemu przedsiębiorcy,

² Regulaminy uchwalone przez gminy nie mogą wykraczać poza delegacje ustawową nakładając na mieszkańców obowiązki ponad te, które wynikają z ustawy. Por. orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy (sygn. akt II SA / Bd 611 / 08; II SA / Bd 633 / 08).

³ Warto też, o czym często się w praktyce zapomina, przypomnieć, że wspólnota również odpowiada za szkody poniesione przez jej członka – właściciela lokalu. Por. uchwała SN z dnia 28 lutego 2006 r. (sygn. akt III CZP 5 / 06).

⁴ Wyrok SN z 7 grudnia 1973 r. (sygn. akt II CR 660/73, opubl. Biuletyn SN 1974, nr 3, poz. 54).

⁵ Zgodnie z art. 185 ust. 1 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (tekst jedn. Dz. U. z 2004 r. nr 261, poz. 2603) zarządzanie nieruchomością polega m.in. na zapewnieniu bezpieczeństwa i właściwej eksploatacji nieruchomości.

zawodowo trudniącemu się taką działalnością⁶ – w takich przypadkach odpowiedzialność będzie po stronie tych podmiotów. Oczywiście oceniając ich odpowiedzialność istotna będzie również treść umowy i zakres przyjętych zobowiązań przez zarządcę nieruchomości⁷ lub takie profesjonalne przedsiębiorstwo. Inaczej jest w przypadkach, gdy czynności porządkowe powierzono dozorczy lub innemu pracownikowi zatrudnionemu przez właściciela nieruchomości na podstawie stosunku pracy lub innej umowy cywilnoprawnej (dzieło, zlecenie) – wówczas zaniedbania z jego strony obciążają samego właściciela. Powyżej wskazywane zasady wynikają wprost z przepisów art. 429 i 430 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁸ (dalej: k.c.).

Modyfikacje ustawowe zasad utrzymania czystości i porządku w zimie dotyczą również przystanków komunikacyjnych oraz wydzielonych krawężnikiem lub oznakowaniem poziomym torowisk pojazdów szynowych, których uprzątnięcie należy do obowiązków użytkujących tereny służące komunikacji publicznej, czyli najczęściej PKP i jej siostrzanych spółek lub przedsiębiorstw komunikacji miejskiej takich jak: ZTM, MPK, MZA etc. Podobnie będzie na terenie budów, gdzie odpowiedzialnymi będą wykonawcy robót budowlanych.

Kolejnymi miejscami, w których relatywnie często dochodzi zimą do szkód na skutek zaniedbań w odśnieżaniu to wejścia do sklepów, kiosków, punktów usługowych i gastronomicznych. Za te miejsca odpowiadają zwykle ich właściciele lub najemcy lokali, w których prowadzona jest działalność gospodarcza. Oczywiście, za utrzymanie czystości we wnętrzu takich lokali odpowiada również właściciel lub najemca pomieszczenia, który nie dopilnował, aby usunięto śnieg, błoto pośniegowe, wodę po jego roztopieniu, a tym samym nie stworzył odpowiednich warunków dla bezpieczeństwa klientów. W przypadku obiektów wielkopowierzchniowych (supermarketów, biurowców, parkingów przy nich) właściciel korzysta zwykle z usług profesjonalisty w zakresie zarządzania nieruchomościami, co pozwala mu przenieść odpowiedzialność za utrzymanie czystości na niego. Jednakże jego odpowiedzialność dotyczy zwykle tzw. przestrzeni wspólnych, natomiast w poszczególnych sklepach, butikach, biurach, kawiarniach, barach, odpowiedzialność będzie po stronie najemców lokali znajdujących się w takim obiekcie.

Analogicznie, jeżeli do wypadku dojdzie na parkingu samochodowym, niezależnie od jego statusu⁹ odpowiedzialność za jego uprzątnięcie ponosi podmiot nim administrujący. Odpowiedzialność ta istnieje nawet w sytuacji, gdy poszkodowany nie parkuje tam pojazdu, a jedynie porusza się po terenie takiego parkingu.

Pomimo braku wyraźnych podstaw prawnych, właściciel nieruchomości powinien dodatkowo usuwać nawisy śnieżne i sopele, uprzątać lód z dachów budynków¹⁰. Wskazują na to wytyczne płynące z judykatury, gdzie przyjmuje się, że obowiązek dbałości o zdrowie i życie człowieka może wynikać nie tylko z normy ustawowej, ale ze zwykłego rozsądku, popartego zasadami doświadczenia, które nakazują również unikanie niepodyktowanego koniecznością ryzyka, lecz także podjęcia niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka¹¹. Tym samym utrzymywanie i godzenie się na występowanie tego typu oczywistego zagrożenia dla życia, zdrowia i mienia jednocześnie będącego powszechnie znanym ryzykiem jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, powszechnie przyjętymi zwyczajami oraz wypracowanymi od szeregu lat normami postępowania w określonych sytuacjach, stanowiąc zagrożony odpowiedzialnością czyn niedozwolony.

Przybliżając szerzej zasady prawne odpowiedzialności omawianych powyżej podmiotów trzeba przede wszystkim pamiętać, iż sprawcy w tego typu szkodach odpowiadają na zasadzie winy. Podstawę ich odpowiedzialności określa art. 415 k.c. poprzez stwierdzenie, że obowiązany do naprawienia szkody jest ten, kto wyrządził szkodę ze swojej winy innej osobie na skutek swojego działania lub zaniechania. Potwierdza to linia orzecznictwa m.in. wyrok SN z dnia 10 czerwca 2005 r. (sygn. akt II CK 719 / 04, niepubl.), w którym sąd stwierdził, że jeżeli z winy zarządcy drogi publicznej doszło na niej do niebezpiecznego wypadku, to ponosi on odpowiedzialność na zasadzie winy. Problematyczne dla praktyki są również podstawy odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez sopele¹². W tym zakresie pomaga doktryna i orzecznictwo, które niestety stoją na nieco anachronicznym w mojej ocenie stanowisku, że masy zamrażającej wody (śnieg, lód) spadające z dachu pod wpływem swojego ciężaru nie są częścią budowli w rozumieniu

⁶ W przypadkach, gdy właściciel nieruchomości zlecił wykonywanie tych obowiązków przedsiębiorstwu zawodowo trudniącemu się sprzątnięciem to za szkody będzie odpowiadał taki podmiot, który przejmuje umownie obowiązki właściciela wynikające z przepisów prawa. Analogicznie stwierdził SN w orzeczeniu z dnia 5 sierpnia 2005 r. (sygn. akt II CK 595 / 04) oraz SN w wyroku z dnia 18 sierpnia 1976 r. (sygn. akt II CR 283 / 76).

⁷ Zakres obowiązków zarządcy nieruchomości wynika zarówno z przepisów ustawy o gospodarce nieruchomościami, z przepisów odrębnych ustaw jak i z umowy o zarządzanie nieruchomością, która pod rygorem nieważności wymaga formy pisemnej.

⁸ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

⁹ Inaczej jest w strefach płatnego parkowania, co zostało omówione powyżej.

¹⁰ Szeroka dyskusja na ten temat przetoczyła się ostatnio na łamach Dziennika Ubezpieczeniowego. Por. Dziennik Ubezpieczeniowy nr 2426-2428.

¹¹ Por. wyrok SN z dnia 2 grudnia 2003 r. (sygn. akt III CK 430 / 03, opubl. OSNC 2005, nr 1, poz. 10).

¹² Interesujące i trafne w mojej ocenie przemyślenia na temat zasad odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez sopele przedstawił P. Sikora, Dziennik Ubezpieczeniowy nr 2428.

art. 434 k.c., a odpowiedzialności można dochodzić jedynie z ogólnego art. 415 k.c.¹³ Podobnie inni uznani komentatorzy jednoznacznie stwierdzają, iż zakresem art. 434 k.c. nie są objęte szkody wynikłe wskutek strącenia śniegu lub lodu z dachu domu, czy też kiedy śnieg i lód odpada pod wpływem swego ciężaru lub topnienia¹⁴. Tak samo analizując judykaturę nie może być tu mowy o stosowaniu art. 433 k.c. kiedy szkoda powstała w wyniku zrzucania śniegu lub lodu z dachu budynku, bowiem nie da się tu mówić o spadnięciu czy wyrzuceniu przedmiotów z pomieszczeń i w tych przypadkach odpowiedzialność będzie kształtowana według reguł ogólnych¹⁵.

Oznacza to, że obowiązek naprawienia szkody powstaje jedynie w razie takiego działania lub zaniechania (zaniedbania w wykonaniu swoich obowiązków) zobowiązanego podmiotu, które noszą znamiona winy, czyli naruszenia określonych obowiązków poprzez niedopełnienie swoich powinności. W praktyce więc to poszkodowany, dochodząc swoich roszczeń będzie musiał wskazać, kto w rzeczywistości ponosi winę oraz jakich dopuścił się on zaniedbań.

Tym samym do stwierdzenia istnienia odpowiedzialności konieczne będzie łączne wystąpienie następujących przesłanek:

- powstanie szkody (np. złamanie ręki, skręcenia nogi, zerwanie więzadeł na skutek upadku na śliskim nie uprzątniętym chodniku, uszkodzenie felgi w pojeździe na skutek wjechania w „dziurę” w drodze, rozbicie szyby, uszkodzenie maski przez spadający sopel);
- szkoda taka musi być spowodowana zawinionym działaniem lub zaniechaniem, z którym ustawa, a także przyjęte zasady wiążą obowiązek odszkodowawczy (np. chodnik, na którym doszło do upadku nie został odpowiednio i na czas uprzątnięty, odlodzony; na skutek zaniedbań, niedociągnięć ze strony zarządcy drogi na jezdni występuje nienaprawiony ubytek czy też na skutek zaniedbania właściciela dochodzi do oberwania się zalegającego na budynku śniegu czy lodu);
- musi istnieć związek przyczynowy pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem, z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy (pomiędzy złamaniem ręki spowodowanym zaniechaniem odśnieżenia śliskiego chodnika musi istnieć związek przyczynowy lub taki związek zaistnieje pomiędzy uszkodzeniem pojazdu, a ubytkiem w jezdni lub spadającymi na pojazd soplemi).

Szczególnego znaczenia w okresie zimowym nabiera druga z ww. przesłanek bowiem rozstrzygnięcie o istnieniu winy, czyli zaniedbaniach w prawidłowym utrzymaniu stanu drogi, chodnika, czy też nieruchomości nie może być automatyczne, w oderwaniu od szeregu obiektywnych czynników. Utrzymanie dróg, chodników i innych miejsc w okresie zimowej aury w stanie całkowitego bezpieczeństwa często ze względów technicznych będzie niemożliwe do wykonania, co wiąże się z potrzebą szczegółowej oceny kwestii zawinienia osoby zobowiązanej do dbałości o bezpieczeństwo. Przy gwałtownych opadach śniegu, występującej gołoledzi nie ma często możliwości całkowitego wyeliminowania niedogodności związanych z panującymi warunkami atmosferycznymi i nie można usunąć jednocześnie i na całym podległym terenie każdego przejawu śliskości. Tym samym, takie przypadki będzie trzeba ocenić w rozsądnych granicach, z uwzględnieniem m.in. takich elementów jak możliwości techniczno – organizacyjne zobowiązanego tzn. przede wszystkim pozostający w jego dyspozycji sprzęt i środki oraz dostępne zaplecze kadrowe.

Dlatego też, w części spornych przypadków dopiero sąd będzie musiał rozstrzygnąć, czy osoba odpowiedzialna za odśnieżanie czy odlodzenie określonych miejsc, usunięcie nawisów śnieżnych, czy sopli wykonała wszelkie możliwe czynności, aby zapewnić bezpieczeństwo dla życia, zdrowia i mienia. Sąd, analizując materiał dowodowy będzie ustalał, czy oblodzenie nie było przykładowo wynikiem nagłej zmiany warunków atmosferycznych, podczas której nie można było zapewnić pełnego bezpieczeństwa i dana osoba nie dopuściła się zaniedbań w tym zakresie. W wyniku tych ustaleń może się okazać, że na skutek obfitych opadów lub gwałtownego oziębienia zobowiązani nie byli w stanie zapanować nad skutkami zjawiska. Wówczas, mimo że stwierdzono brak odśnieżenia czy oblodzenie, nikt nie będzie odpowiedzialny za powstałą szkodę, oczywiście pod warunkiem że zarządca, właściciel lub administrator podjęli wszelkie konieczne działania¹⁶.

Uszkodzenie ciała, uszczerbek na zdrowiu, czy też uszkodzenie pojazdu nie daje zatem automatycznie podstawy do przyjęcia odpowiedzialności po stronie potencjalnie zobowiązanego podmiotu. Może bowiem powstać sytuacja, w której brak jest jednej z przesłanek odpowiedzialności, jaką jest wina polegająca na niedopełnieniu ciężących na nim obowiązków w postaci usunięcia śniegu, lodu, jego nawisów, czy sopli. Podobnie, na ograniczenie odpowiedzialności takich podmiotów z uwagi na brak winy, wpływać będzie czasowe widoczne i wyraźne ostrzeżenie korzystających z dróg czy chodnika przed potencjalnym zagrożeniem poprzez oznaczenie niebezpiecznego miejsca tablicą lub znakiem informującym o trwających pracach porządkowych i konieczności zachowania wzmożonej ostrożności. Oczywiście, większość spośród tego typu oznaczeń może być stosowana wyłącznie okresowo np. tuż po

¹³ A. Szpunar, *Kwartalnik Prawa Prywatnego* z 1995 r. nr 2 poz. 149.

¹⁴ Por. E. Bieniek, W. Dubis (red.), *Komentarz do Kodeksu Cywilnego*, C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 727, pkt 10.

¹⁵ Por. orzeczenie SN z dnia 31 marca 1971 r. (sygn. akt I CR 16 / 71, opubl. OSNC 1972, nr 1, poz. 8).

¹⁶ Analogicznie SN w wyroku z dnia 28 września 1971 r. (sygn. akt II CR 388 / 71).

zakończeniu opadów śniegu, czyli w okresie, w którym zobowiązany przy dochowaniu należytej staranności z użyciem całego swojego zaplecza jest w stanie przeprowadzić konieczne prace na rzecz usunięcia występującego zagrożenia.

Omawiając zagadnienia prawne z zakresu odpowiedzialności, na koniec warto również zasygnalizować, że są osoby które mogą w praktyce napotkać na trudności w uzyskaniu świadczeń z tytułu poniesionej szkody osobowej. Przykładowo chodzi tutaj o osoby cierpiące na zachwiania równowagi, łamliwość kości, cukrzycę oraz epilepsję. Analogiczne problemy mogą spotkać osoby, które w chwili wypadku znajdowały się pod wpływem alkoholu lub środków odurzających. W odniesieniu do takich osób trudno jest wykazać, co faktycznie było bezpośrednią przyczyną wypadku – czy zaniedbanie zobowiązanego, czy uprzedni stan chorobowy lub wpływ alkoholu. W tym ostatnim przypadku będzie można również mówić o przyczynieniu się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów, co w praktyce będzie skutkowało odpowiednim pomniejszeniem należnych mu świadczeń.

Prócz wykazania przesłanki winy, wyjątkowo istotnym elementem skutecznego dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych jest zabezpieczenie dowodów na okoliczność powstałej szkody, bowiem przy omawianej powyżej zasadzie odpowiedzialności ciężar dowodu spoczywa, zgodnie z art. 6 k.c., na poszkodowanym. Z tych względów, dla odpowiedniego zabezpieczenia roszczeń osoby poszkodowanej szczególnie istotne jest zgromadzenie odpowiednich dowodów potwierdzających zaistniałą szkodę i jej rozmiary takich jak: zeznania świadków tj. oświadczenia osób będących bezpośrednimi uczestnikami, obserwatorami zdarzenia, oświadczenia osób zamieszkujących, pracujących czy przebywających w pobliżu, które co prawda nie widziały przebiegu zdarzenia ale np. udzielały poszkodowanemu pomocy (ze względów praktycznych dobrze poprosić takie osoby o podanie personaliów, danych kontaktowych, dodatkowo uzyskując od nich deklarację poświadczenia okoliczności wypadku). Innymi przydatnymi dowodami w tego typu sprawach będzie notatka policyjna lub straży miejskiej stosunkowo często interweniujących przy takich zdarzeniach, jeżeli jest to możliwe dokumentacja zdjęciowa z miejsca zdarzenia ukazująca rozmiary powstałej szkody oraz otoczenie i miejsce zdarzenia. Przy szkodach osobowych wobec braku innych świadków pomocne mogą być również oświadczenia ze strony medyków udzielających pomocy (lekarza pogotowia, ratownika medycznego, czy nawet kierowcy ambulansu) oraz kompletna dokumentacja obrazująca proces powypadkowego leczenia, rehabilitacji, na którą składają się, zwykle: dokumentacja medyczna (karta informacyjna z pogotowia ratunkowego, opisy wykonanych badań, zdjęcia z prześwietleń Rtg, wypis ze szpitala), faktury, rachunki i umowy kolejno dokumentujące: koszty leczenia i rehabilitacji tzn. zakupu leków, preparatów, maści, których stosowanie ma na celu przywrócenie sprawności poszkodowanego oraz zmniejszenia po jego stronie dolegliwości powypadkowych, koszty oprotezowania i zakupu sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego np. kul, usztywniaczy, gorsetów, wizyt w placówkach służby zdrowia, sumy wydatkowane na konsultacje u specjalistów, koszty zabiegów rehabilitacyjnych mających na celu przywrócenie sprawności i zmniejszenie dolegliwości powypadkowych, koszty związane z lepszym odżywianiem poszkodowanego w okresie leczenia i rehabilitacji mające na celu przyśpieszenie lub polepszenie procesu przywracania organizmu poszkodowanego do zdrowia, koszty koniecznej opieki nad poszkodowanym przez osoby trzecie w okresie leczenia i rehabilitacji, koszty wykonywania określonych prac na rzecz poszkodowanego np. mycia głowy, zrobienia zakupów, przygotowania posiłku etc, koszty opieki medycznej – lekarskiej i pielęgniarskiej, koszty transportu poszkodowanego tj. dojazdów na wizyty lekarskie, konsultacje i zabiegi rehabilitacyjne, przewóz do szpitala, do domu oraz inne uzasadnione potrzebami poszkodowanego miejsca, koszty transportu najbliższych poszkodowanego w celu jego odwiedzin w szpitalu. Faktury i rachunki dokumentujące poniesione wydatki – celem uniknięcia nieporozumień – powinny być wystawione imiennie na poszkodowanego. Oczywiście istotnym jest aby możliwie wszystkie dowody w sprawie zbierać jak najszybciej, zwykle bowiem po wypadku „wystraszony” sytuacją sprawca sprząta teren, usuwa sople i potwierdzenie okoliczności zdarzenia (zdjęcia miejsca zdarzenia, zaniechania jego obowiązków) jest trudne do udokumentowania. Podobnie jest z zeznaniami świadków, czy oświadczeniami ze strony osób udzielających pomocy, bowiem dowody takie ulegają zatarciu, co utrudnia skuteczne udowodnienie winy po stronie sprawcy. Drugim, równie istotnym elementem skutecznego dochodzenia roszczeń jest precyzyjne wskazanie podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, czyli w przypadku dróg – właściwego zarządcy drogi, a w przypadku pozostałych miejsc – zobowiązanego podmiotu, co z uwagi na ich wielość bywa zadaniem dosyć trudnym i mozolnym, gdyż jak pokazuje praktyka, poszkodowany odsyłany jest od podmiotu do podmiotu, które nie poczuwają się do odpowiedzialności za powstałą szkodę. Z drugiej strony jest to wyjątkowo istotny element prowadzenia sprawy przez poszkodowanego, gdyż to wyłącznie do precyzyjnie wskazanego podmiotu będzie przysługiwało mu roszczenie odszkodowawcze. Poszukując odpowiedzialnej osoby za utrzymanie miejsca, w którym doszło do szkody, należy kierować się możliwie szeroko opisanymi na początku opracowania wskazówkami.

Poszkodowani na skutek wypadku związanego z zaniedbaniami po stronie zobowiązanych mogą żądać szeregu świadczeń wynikających z przepisów odszkodowawczych określonych w k.c. Katalog świadczeń w następstwie tego typu szkód (osobowych i majątkowych) jest wyjątkowo szeroki i w zależności od danego stanu faktycznego może obejmować swoim zakresem:

- zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, które jest świadczeniem jednorazowym pieniężnym i mającym stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego (art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c.);

- zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem najczęściej związanych z leczeniem i rehabilitacją, ale również wszystkich innych wymienionych powyżej (art. 444 § 1 k.c.);
- w niektórych tragicznych przypadkach rentę uzupełniającą, która ma stanowić wyrównanie różnicy w dochodach osiągniętych przez poszkodowanego przed wypadkiem w stosunku do dochodów uzyskiwanych przez niego po wypadku (art. 444 § 2 k.c.) lub jednorazowe odszkodowanie (tzw. kapitalizacja renty), które jest uzasadnione w szczególności gdy poszkodowany w następstwie wypadku stał się inwalidą, a jednorazowe świadczenie umożliwi mu wykonywanie innego zawodu, czy też rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej, przy czym jeżeli poszkodowany korzysta z tego świadczenia traci prawo do renty uzupełniającej (art. 447 k.c.);
- w przypadkach, krótszych okresów niesprawności po wypadku skutkujących niemożnością wykonywania pracy (prowadzenia działalności) zwrot utraconych zarobków oraz uszkodzonych czy zniszczonych ubrań i rzeczy osobistych, np. okularów, zegarka (art. 361 k.c.);
- czasami także rentę na zwiększone potrzeby polegającą na zapewnieniu poszkodowanemu środków potrzebnych do poprawy stanu jego zdrowia po wypadku, a związanych z jego leczeniem i rehabilitacją, świadczeniami pomocowymi oraz sprawowaną nad nim opieką (art. 444 § 2 k.c.).

W zakresie szkód majątkowych w pojazdach zakres odpowiedzialności określa art. 361 k.c., który stanowi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła i w tych tylko granicach naprawienie szkody obejmuje stratę, którą poszkodowany poniósł i korzyść, którą mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. W praktyce obrotu najczęściej będą to wszelkiego rodzaju uszczerbki, jakich doznaje poszkodowany w swoim majątku (np. zwrot kosztów związanych z koniecznością naprawy lub wymiany felgi, szyby, opon, elementów zawieszenia pojazdu etc).

Obecnie zarządy dróg, właściciele nieruchomości, podmioty trudniące się utrzymywaniem czystości i porządku oraz inni potencjalni sprawcy omawianych powyżej szkód korzystają coraz powszechniej z ubezpieczenia OC¹⁷. Dochodząc roszczeń z umowy ubezpieczenia OC poszkodowany działając na podstawie art. 822 § 4 k.c. może zwracać się bezpośrednio do ubezpieczyciela, który udziela takim podmiotom ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OC. Zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej wstępuje w obowiązki odszkodowawcze sprawcy szkody, przy czym dochodząc roszczeń od ubezpieczyciela należy pamiętać, że jest to najczęściej rodzaj ubezpieczenia dobrowolnego, którego przedmiot i zakres udzielanej ochrony, jej wyłączenia oraz pozostałe prawa i obowiązki ubezpieczonego i zakładu ubezpieczeń określone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia – treści umowy łączącej strony. Podstawy prawne odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń są tożsame z odpowiedzialnością zobowiązanego, przy czym umowa ubezpieczenia ogranicza w swojej treści odpowiedzialność ubezpieczyciela, co oznacza, iż pomimo tego, że sprawca będzie odpowiadał, zakład ubezpieczeń z uwagi na zakres ochrony i treść wyłączeń nie będzie udzielał pokrycia na pewnego rodzaju zdarzenia. Ponadto, co stanowi dodatkowe ograniczenie udziału ubezpieczyciela w naprawieniu szkody, umowa ubezpieczenia gwarantuje poszkodowanemu ochronę w ściśle określonych granicach kwotowych, m.in. do wysokości ustalonej sumy gwarancyjnej, podlimitów na poszczególne zdarzenia czy też udziałów własnych i fransyz, (tj. kwot, które obciążają samego sprawcę lub kwoty, od których uruchamiana jest polisa). W przypadkach takich ograniczeń roszczenia niezaspokojone w całości lub części przez zakład ubezpieczeń należy kierować bezpośrednio wobec samego sprawcy szkody. Chcąc szczegółowo poznać zakres w jakim odpowiada zakład ubezpieczeń należy dokładnie zapoznać się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia OC.

Warto też przypomnieć, że kończąca się zima to po tegorocznych obfitych opadach śniegu powoduje także znaczne zagrożenia lawinowe, czy też obciążenie śniegiem dachów. Zjawiska te skutkują na początku wiosny falą roztopów zalań i podtopień, zagrożeń powodziowych i osuwania się rozmiękłej na skutek wilgoci ziemi – generują bardzo poważne straty zarówno w nieruchomościach – przede wszystkim domach – jak i mieniu ruchomym, głównie w pojazdach. Aby tych zagrożeń unikać lub je znacznie ograniczać warto korzystać z dostępnych na rynku rozwiązań ubezpieczeniowych, które pomagają zabezpieczyć składniki majątku nieruchomego i ruchomego przed skutkami czynników atmosferycznych występujących szczególnie na przełomie zimy i wiosny¹⁸. Aby zrealizować swoje potrzeby ubezpieczeniowe w sposób świadomy przede wszystkim należy szczegółowo zapoznać się z oferowanymi w powyższym zakresie produktami ubezpieczeniowymi, zapoznając się z zakresem udzielanej ochrony, definicjami poszczególnych ryzyk, w szczególności zalania, powodzi, śniegu lodu oraz dokładnie przeanalizować katalog wyłączeń ochrony, czyli przypadków, w których zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności.

¹⁷ Niektóre z podmiotów realizujące zdania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa objęte są obowiązkowym ubezpieczeniem OC. Chodzi tutaj o zarządców nieruchomości, którzy na podstawie ustawy o gospodarce nieruchomościami są zobowiązani do zawarcia umowy ubezpieczenia OC zarządcy nieruchomości. Zakres tego ubezpieczenia określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 21 września 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządcy nieruchomości (Dz. U. nr 207, poz. 2114).

¹⁸ Więcej informacji na temat sugerowanych rozwiązań ubezpieczeniowych na www.rzu.gov.pl.

Problem podwójnego ubezpieczenia OC w świetle propozycji przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK



Anna Dąbrowska
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. ustawy o ubezpieczeniach, obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następną umową na kolejne 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 2. Analogiczne zasady obowiązują także w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników oraz obowiązkowego ubezpieczenia budynków rolniczych (por. art. 46 ust. 1 oraz art. 62 ust. 1 ustawy)¹.

Zasadniczym powodem stworzenia takich unormowań prawnych zwanych klauzulami prolongacyjnymi była chęć zapewnienia ciągłości ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu poprzez automatyczne zawarcie nowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres dwunastu miesięcy.

Ponadto instytucja „zawarcia z mocy prawa” następnej umowy ubezpieczenia OC na kolejny dwunastomiesięczny okres stała się w naszym porządku prawnym elementem kompleksowego systemu instytucji, obok m.in. UFG i PBUK, gwarantujących zaspokojenie roszczeń poszkodowanych, który w tym zakresie miał być jak najszerszy, a przy tym spójny.

Polski ustawodawca słusznie bowiem przyjął, że poszkodowany najłatwiej i najszybciej uzyska odszkodowanie od ubezpieczyciela.

Jednakże – jak się okazało – w praktyce klauzula prolongacyjna, skutkująca zawieraniem umowy ubezpieczenia z mocy prawa oprócz swego dobrodziejstwa powoduje również szereg sytuacji spornych. Regulacje ustawowe przewidują, że w razie braku oświadczenia zawierającego wolę niezawierania nowej umowy ubezpieczenia u dotychczasowego ubezpieczyciela oraz zawarcia tożsamej umowy w innym zakładzie ubezpieczeń kolejnej umowy ubezpieczenia, posiadacz pojazdu, czy też rolnik zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w dwóch zakładach ubezpieczeń (tzw. podwójne czy równoległe ubezpieczenie).

Niekorzystną konsekwencją takiego stanu rzeczy jest dla ubezpieczającego możliwość dochodzenia od niego składki ubezpieczeniowej przez każdy udzielający mu ochrony zakład ubezpieczeń.

Dodatkowo problem podwójnego ubezpieczenia potęgują znaczne utrudnienia związane z terminowym złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu dotychczasowej umowy. W szczególności chodzi tutaj o zastosowanie w tym przypadku art. 61 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny² (Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.), który przewiduje, iż oświadczenie o wypowiedzeniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia jest skutecznie złożone z chwilą, gdy doszło do zakładu ubezpieczeń w taki sposób, że mógł zapoznać się z jego treścią. Nadanie listu na pocztę we wskazanym w ustawie terminie nie oznacza więc, iż rezygnacja z umowy ubezpieczenia została złożona terminowo.

Ponadto, co w większości przypadków zostało obecnie wyeliminowane, niektórzy ubezpieczyciele stwarzali dodatkowe bariery, np. ograniczając możliwość złożenia oświadczenia o rezygnacji z umowy agentowi ubezpieczeniowemu.

Problem podwójnego ubezpieczenia pojawia się również na kanwie stosowania przepisów art. 31 pkt 1, art. 47 ust. 2 oraz art. 63 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

W obecnym stanie prawnym, przy zaistnieniu podwójnego ubezpieczenia, przepisy nie przewidują wprost możliwości rozwiązania umowy ubezpieczenia przez posiadacza pojazdu, z którymkolwiek z zakładów ubezpieczeń, w trakcie jej trwania.

¹ Podobne regulacje znajdowały się także w obowiązujących do czasu wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (Dz. U. nr 26 poz. 310 z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 grudnia 1993 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego (Dz. U. nr 134, poz. 653 z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 kwietnia 1997 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych (Dz. U. nr 36, poz. 220).

² Dalej: k.c.

Rzecznik Ubezpieczonych zawsze stał na stanowisku, iż pomimo istniejących w obecnym kształcie regulacji prawnych, ubezpieczający, w sytuacji podwójnego ubezpieczenia, powinien mieć możliwość rozwiązania jednej z umów.

Wobec nasilających się problemów Rzecznik Ubezpieczonych w ramach prac legislacyjnych zainicjował w tym zakresie zmiany ustawowe. Zwrócił się do Ministra Finansów o podjęcie działań zmierzających do zmiany przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK w zakresie wyeliminowania problemu tzw. podwójnego ubezpieczenia OC.

Argumentując swoje propozycje legislacyjne Rzecznik stwierdził, iż rozwiązanie jednej z umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów lub wielokrotnego ubezpieczenia (bo i takie przypadki występują w praktyce) za porozumieniem stron powinno być dopuszczalne szczególnie w sytuacji, gdy okresy udzielanej na ich podstawie ochrony ubezpieczeniowej są tożsame. Zdaniem Rzecznika strony umowy powinny bowiem mieć swobodę w zakresie decyzji o zakończeniu umowy ubezpieczenia, oczywiście pod warunkiem, że zapewniona jest wymagana przez ustawodawcę ochrona dla poszkodowanych. W ocenie Rzecznika należy w takich przypadkach uznać, że osoba, która posiada umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów spełniła ciężący na niej obowiązek ustawowy. Kolejna umowa ubezpieczenia OC jest więc jedynie powieleniem spełnienia tego obowiązku, a nawet, zdaniem wielu uznanych komentatorów, należałoby traktować ją jako umowę dobrowolną i wówczas nie stosować ograniczeń jej rozwiązywania przewidzianych dla ubezpieczeń obowiązkowych.

Kierując się tą argumentacją Rzecznik zaproponował, aby w razie zawarcia przez posiadacza pojazdu mechanicznego umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przy jednoczesnym zawarciu następnej umowy na kolejne 12 miesięcy w trybie określonym w art. 28 ust. 1, mógł on żądać rozwiązania jednej z umów, pod warunkiem, że okresy trwania umów byłyby identyczne. Rzecznik wskazywał, iż głównym celem regulacji zawartej w art. 28 ustawy (tzw. klauzuli prolongacyjnej) jest zapewnienie poszkodowanym nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej, przy czym podwójne ubezpieczenie z tym samym okresem ochrony ubezpieczeniowej nie miało z zamysłem ustawodawcy nic wspólnego.

Omawiana propozycja Rzecznika stała się przedmiotem prac Grupy Roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych stworzonej w ramach Rady Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów, niestety nie uzyskując pozytywnej rekomendacji Grupy, tym samym nie zamieszczono jej w opracowywanym następnie przez Ministerstwo Finansów projekcie ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw.

Jednakże z uwagi na to, że do Rzecznika Ubezpieczonych zgłasza się wiele osób, które szczególnie w przypadku zakupu używanego pojazdu często w sposób nieświadomy, z winy zbywcy, stały się podwójnie ubezpieczone i były zmuszone do płacenia podwójnej składki, kwestia rozwiązania tego problemu pozostawała nadal bardzo istotna. Dlatego też w trakcie prac Grupy Roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych działającej w ramach Rady Rozwoju Rynku Finansowego w Ministerstwie Finansów, Rzecznik oraz pozostali uczestnicy prac po szerokiej dyskusji pomimo odrzucenia pierwotnej propozycji Rzecznika, głównie za sprawą UFG zgodzili się, że znaczne ograniczenie tego negatywnego zjawiska przyniosłaby nowelizacja art. 31, 47 oraz 62 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK wyłączająca zastosowanie klauzuli prolongacyjnej z art. 28, 46 i 62 ustawy.

Z tych względów Grupa zaproponowała zmianę dotychczasowej zasady automatycznego zawierania z mocy ustawy kolejnej umowy ubezpieczenia OC w przypadku sprzedaży pojazdu lub innej formy przeniesienia prawa własności, czy też przejścia posiadania gospodarstwa rolnego – umowa ubezpieczenia zawarta przez dotychczasowego posiadacza, w przypadku braku jej wypowiedzenia przez nowego posiadacza w określonym terminie, miałaby być ważna jedynie do końca okresu, na jaki została zawarta przez dotychczasowego posiadacza, bez możliwości jej odnowienia z mocy ustawy na następny dwunastomiesięczny okres.

Dodatkowo, aby rozszerzyć instrumentarium pozwalające na ograniczenie zjawiska podwójnego ubezpieczenia Rzecznik Ubezpieczonych, wzorem regulacji stosowanych w procedurze cywilnej i administracyjnej, a także ordynacji podatkowej, do których jest przyzwyczajona większość obywateli zaproponował, także wobec wspomnianych wcześniej trudności, aby za datę złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z umowy ubezpieczenia w terminie, uważana była data nadania listu na pocztę (tzw. klauzula stempla pocztowego), co w jego ocenie wyeliminowałoby szereg praktycznych problemów w ocenie skuteczności oświadczenia o wypowiedzeniu.

Zgodnie bowiem z brzmieniem obecnie obowiązujących przepisów w razie chęci zmiany ubezpieczyciela wybranego przez poprzedniego posiadacza pojazdu lub rolnika, nowy posiadacz pojazdu, czy też gospodarstwa rolnego powinien powiadomić na piśmie zakład ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu dwunastu miesięcy, na który umowa obowiązkowego ubezpieczenia została zawarta i zastosowanie tu znajduje także art. 61 k.c.

Przy formułowaniu tej propozycji, dla Rzecznika Ubezpieczonych najistotniejsza była kwestia stworzenia jasnych reguł postępowania w przypadku nakładania wszelkiego rodzaju obowiązków, w szczególności na konsumentów. Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego bądź rolnik w celu skutecznego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia musi

dochować określonego terminu, to zdaniem Rzecznika należy wprowadzić do obrotu taką regulację, która da tym podmiotom pewność, że złożone oświadczenie wywoła zamierzony skutek i że zawarcie nowej umowy ubezpieczenia z nowym ubezpieczycielem nie przyniesie im problemu podwójnego ubezpieczenia. Uzależnianie ustania stosunku prawnego, czy też zawarcia umowy na następny okres dwunastu miesięcy od dotarcia i zapoznania się z oświadczeniem woli przynajmniej na jeden dzień przed upływem okresu dwunastu miesięcy, na który umowa została zawarta jest rozwiązaniem, które powoduje dla wielu ubezpieczających stan niepewności w tym zakresie. Zastanawiając się nad redakcją przepisów zawartych w art. 28 ust. 1, 46 ust. 1 i 62 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK i użytych w nich sformułowaniach „nie później niż na jeden dzień ... nie powiadomi na piśmie”, można dojść do wniosku, że intencją ustawodawcy wcale nie było stosowanie w tych przypadkach art. 61 k.c., który nie wskazuje precyzyjnie określonego momentu czasowego i którego stosowanie często skutkuje naruszeniem interesów konsumenckich.

Wobec takich wątpliwości co do ustalenia terminu powiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia obowiązkowego oraz braku elastyczności ze strony niektórych zakładów ubezpieczeń w tym zakresie Rzecznik uznał za niezbędne wprowadzenie przepisów doprecyzowujących wskazaną kwestię poprzez zastosowanie klauzuli stempla pocztowego. Ostatecznie pomimo sprzeciwu ze strony branży ubezpieczeniowej rozwiązanie to dzięki poparciu UOKiK ma znaleźć się w ostatecznym rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw.

Ponadto w efekcie prac Grupy Roboczej ds. przeglądu prawa ubezpieczeń gospodarczych w projekcie nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK ma także znaleźć się propozycja przepisu, zgodnie z którym zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu, uznaje się jako złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz, którego agent ubezpieczeniowy działa. Przepis ma być dodany w ustawie o działalności ubezpieczeniowej ze względu na potrzebę ochrony interesów ubezpieczonych także w zakresie terminowego wypowiedzania umów ubezpieczeń.

Przygotowywany rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz niektórych innych ustaw, który stanowi efekt prac Rady Rozwoju Rynku Finansowego przewiduje wiele mechanizmów, które pozwolą uniknąć sytuacji podwójnego ubezpieczenia, jednakże w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych nie eliminuje problemów całkowicie, bo zawsze może się zdarzyć, że zainteresowany zmianą ubezpieczyciela po prostu zapomni wypowiedzieć umowę, co skutkuje zawarciem kolejnej umowy z mocy prawa.

Z tych względów UOKiK oraz Rzecznik Ubezpieczonych rozważają ponowienie pierwotnie sformułowanej przez Rzecznika propozycji regulacji mówiącej wprost o możliwości rozwiązania jednej z umów w przypadku podwójnego, czy też w niektórych przypadkach wielokrotnego ubezpieczenia.

Na koniec warto jednak wspomnieć, że opisywane tu problemy z podwójnym ubezpieczeniem skłaniają do szerszego wniosku, że, gdyby praktyka ubezpieczycieli była elastyczna, bardziej prokonsumencka i w przypadku wykazania przez ubezpieczonego, iż posiada dwie pokrywające się umowy ubezpieczenia ubezpieczyciele godzili się na rozwiązanie jednej z nich za porozumieniem stron, nie byłyby potrzebne zmiany w prawie. Jest to też przyczynek w dyskusji na temat etyki w ubezpieczeniach. Być może w przypadkach takich ubezpieczyciele powinni szerszej korzystać z możliwości przyjmowania rozsądnych i zarazem wychodzących naprzeciw oczekiwaniom swoich klientów dobrych praktyk, co bez wątpienia pomogłoby w budowie pomocowego wizerunku branży ubezpieczeniowej a nie jej negatywnego obrazu. Jak bowiem będzie w przyszłości postrzegać „branżę” konsument, który płaci dwukrotną składkę w sytuacji, gdy wystarczyłaby jedna?

Praktyczne problemy związane z kwalifikacją szkody jako szkody całkowitej i podejmowane w tym zakresie działania Rzecznika Ubezpieczonych



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

1. Problem tzw. „szkody całkowitej” w sytuacji wypłaty odszkodowania w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych powstał w związku ze stosowaniem art. 363 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹ (dalej: k.c.), który wskazuje, iż „naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu”. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, m.in. na skutek zapadających orzeczeń SN, w tym w szczególności postanowienia SN z dnia 12 stycznia 2006 r. (sygn. akt III CZP 76/05) wydanego na skutek wniosku Rzecznika Ubezpieczonych oraz opracowań doktryny – problematyka szkody całkowitej w ramach ubezpieczenia OC sprawcy szkody została dostatecznie wyjaśniona i rozstrzygnięta i nie powinna budzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych. W opinii Rzecznika, utrwalony zatem jest pogląd, iż w ramach likwidacji szkody z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za nadmierne – czyli kwalifikujące daną szkodę jako tzw. szkodę całkowitą – należy uznawać te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości pojazdu sprzed powstania szkody.

Z chwilą wydania wskazanego wyżej orzeczenia SN, można było zdiagnozować na podstawie prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych postępowań skargowych, iż sytuacje w których zakłady ubezpieczeń w trakcie likwidacji szkody w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC, określały szkodę jako szkodę całkowitą kiedy koszty naprawy wynosiły np. 70% wartości pojazdu sprzed zdarzenia, występowały rzadko i były to odosobnione stanowiska poszczególnych oddziałów zakładów ubezpieczeń. Jednakże od pewnego czasu, Rzecznik Ubezpieczonych otrzymuje coraz częstsze informacje, iż jeden ze znaczących Zakładów Ubezpieczeń podejmuje próby kwalifikowania szkód jako tzw. szkód całkowitych, w sytuacjach kiedy koszty naprawy nie przekraczają wartości pojazdu przed szkodą w trakcie likwidacji szkody w ramach ubezpieczenia OC sprawcy kolizji drogowej. Sygnały takie są w ostatnim czasie odbierane przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie prowadzonych porad udzielanych drogą e-mailową i telefoniczną, jak również zostały zdiagnozowane w skargach i prowadzonej korespondencji z Zakładem Ubezpieczeń.

Praktyka działania ubezpieczyciela sprowadza się do tego, iż po ustaleniu, że maksymalne koszty naprawy uszkodzonego pojazdu w wyniku przeprowadzonej analizy kosztów w autoryzowanej stacji obsługi wynoszą np. ok. 80% wartości pojazdu sprzed szkody, Zakład Ubezpieczeń dokonuje rozliczenia szkody analogiczną metodą jak w przypadku szkody całkowitej, tzn. poszkodowanemu wypłacana jest różnica pomiędzy wartością pojazdu sprzed i po szkodzie. Zakład Ubezpieczeń w uzasadnieniu swojego stanowiska nie posługuje się, pojęciem „szkoda całkowita”, lecz używa sformułowania „ustalenie bezspornej kwoty odszkodowania”. Jednakże należy wskazać, iż w praktyce sposób postępowania ubezpieczyciela powoduje taki sam skutek, jak w przypadku wystąpienia rzeczywistej szkody całkowitej. Wysokość odszkodowania ustalana jest przez Zakład Ubezpieczeń jako różnica wartości pojazdu sprzed i po wypadku – pomimo tego, iż maksymalne koszty naprawy w autoryzowanej stacji obsługi wyliczone przez samego ubezpieczyciela oscylują w granicach 80%, czy też 70% wartości pojazdu sprzed szkody. Jako uzasadnienie swojego stanowiska przedstawianego poszkodowanemu oraz Rzecznikowi Ubezpieczonych, Zakład Ubezpieczeń wskazuje, iż w sytuacji kiedy poszkodowany otrzymałby odszkodowanie za koszt naprawy pojazdu np. w wysokości 70%, a nie naprawiając pojazdu sprzedałby go w stanie uszkodzonym, np. za 54% wartości pojazdu przed szkodą, to uzyskałby w sumie odszkodowanie w wysokości 124% wartości pojazdu. Tym samym, zdaniem ubezpieczyciela, nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie poszkodowanego, bowiem uzyskałby on odszkodowanie wyższe od poniesionej szkody, gdyż odszkodowanie z tytułu kosztów naprawy oraz kwoty uzyskanej ze sprzedaży przewyższałoby wartość pojazdu sprzed powstania szkody.

Ubezpieczyciel, wprawdzie dopuszcza możliwość dopłaty kwoty odszkodowania, ale uzależnia to od faktu spełnienia łącznie następujących warunków: dokonania faktycznej naprawy pojazdu przez poszkodowanego, udokumentowania faktu jej dokonania stosownymi fakturami lub rachunkami oraz jednocześnie przedstawienia pojazdu do oględzin po dokonanej naprawie.

2. W związku z wskazanymi powyższymi praktykami Zakładu Ubezpieczeń, Rzecznik Ubezpieczonych działając na podstawie art. 20 pkt 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych² poinformował Urząd Komisji Nadzoru Finansowego o dostrzeżonych w ocenie Rzecznika

¹ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.

nieprawidłowościach w działaniu jednego z Zakładów Ubezpieczeń w zakresie rozliczania tzw. „szkody całkowitej” w sytuacji wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jednocześnie przedstawiając swoje stanowisko w tym zakresie. Poniżej została zaprezentowana argumentacja Rzecznika Ubezpieczonych, w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z art. 34 ust. 1 i art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych³ odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, jeżeli są oni zobowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę. Wysokość odszkodowania ubezpieczeniowego świadczonego z tytułu ubezpieczenia OC określona jest więc granicami odpowiedzialności cywilnej posiadacza, (kierującego pojazdem). Do rozstrzygnięcia o odszkodowaniu ubezpieczeniowym przy ubezpieczaniu OC koniecznym jest sięgnięcie do ogólnych reguł k.c. odnoszących się do zakresu odszkodowania oraz wyboru przez poszkodowanego sposobu naprawienia szkody.

Stosownie do treści z art. 363 § 1 k.c.: *„naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu”*.

Linia orzecznictwa SN w kwestii tzw. szkody całkowitej jest ugruntowana i jednolita, a tym samym nie powinna rodzić wątpliwości interpretacyjnych, iż w ramach likwidacji szkody z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za nadmierne należy uznawać te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości pojazdu sprzed powstania szkody. Dla przykładu w wyroku z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371 / 70), SN wskazał, iż *„jeżeli właściciel uszkodzonego samochodu żąda przywrócenia stanu poprzedniego w postaci wyremontowania samochodu, sprawca szkody nie może mu narzucić innej formy odszkodowania, polegającej w szczególności na tym, żeby poszkodowany zlikwidował uszkodzony samochód i poprzestał na odszkodowaniu w postaci różnicy między wartością samochodu przed wypadkiem a ceną uzyskaną z licytacji. Tylko wtedy, gdyby remont samochodu okazał się niemożliwy albo gdyby pociągał za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ograniczałoby się do drugiej formy odszkodowania”*. W wyroku z dnia 13 grudnia 1988 r. (sygn. akt I CR 280 / 88), SN wskazał, iż *„wprawdzie poszkodowany uprawniony jest w zasadzie do wyboru sposobu naprawienia swojej szkody, gdyby się jednak okazało, że dokonanie naprawy pociągnęłoby za sobą dla zakładu ubezpieczeń nadmierne koszty – w szczególności przekraczające wartość całego samochodu według cen wolnorynkowych, to w razie stwierdzenia nieopłacalności naprawy można by uznać, że jego roszczenie ogranicza się do świadczenia w pieniądzu aktualnej wartości samochodu według stanu przed wypadkiem, pomniejszonej o jego aktualną wartość”*. Następnie, w wyroku SN z dnia 29 stycznia 2002 r. (sygn. akt V CKN 682 / 00), Sąd uznał, iż *„wystąpienie tzw. szkody całkowitej uzależnione jest od określonego poziomu kosztów naprawy. Niejednokrotnie naprawa pojazdu jest wówczas nie tylko możliwa, ale stanowić może najwłaściwszy sposób naprawienia szkody”*. Trafnie SN w wyroku z dnia 20 lutego 2002 r. (sygn. akt V CKN 903 / 00) podkreślił, iż *„jeżeli koszt naprawy samochodu jest wyższy od jego wartości przed uszkodzeniem, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do kwoty odpowiadającej różnicy wartości samochodu sprzed i po wypadku”*.

Mając na względzie ostateczne rozstrzygnięcia pojawiających się w praktyce rozbieżności, Rzecznik Ubezpieczonych w dniu 6 lipca 2005 r. zwrócił się do SN z wnioskiem o następującej treści: *„Czy na podstawie przepisu art. 363 § 1 kodeksu cywilnego za nadmierne trudności lub koszty przywrócenia stanu poprzedniego można uznać koszt naprawy uszkodzonego pojazdu, który nie jest równy lub nie przekracza 100% jego wartości sprzed szkody”*. W uzasadnieniu do postanowienia z dnia 12 stycznia 2006 r. (sygn. akt III CZP 76 / 05) SN wskazał, iż *„w obowiązkowym ubezpieczeniu komunikacyjnym OC ma zastosowanie zasada pełnego odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c., a ubezpieczyciel z tytułu odpowiedzialności gwarancyjnej wypłaca poszkodowanemu świadczenie pieniężne w granicach odpowiedzialności sprawczej posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego (art. 822 § 1 k.c.). Suma pieniężna wypłacona przez zakład ubezpieczeń nie może być jednak wyższa od poniesionej szkody (art. 824¹ § 1 k.c.) i przede wszystkim na tym tle zachodzi potrzeba oceny, czy koszt restytucji jest dla zobowiązanego nadmierny (art. 363 § 1 zdanie drugie k.c.). Przyjmuje się, że nieopłacalność naprawy, będąca przesłanką wystąpienia tzw. szkody całkowitej, ma miejsce wówczas, gdy jej koszt przekracza wartość pojazdu sprzed wypadku. Stan majątku poszkodowanego, niezakłócony zdarzeniem ubezpieczeniowym, wyznacza bowiem rozmiar należnego odszkodowania”*. Ponadto w dalszej części uzasadnienia SN jednoznacznie wskazał, iż w kwestii tzw. szkody całkowitej występuje jednolite stanowisko judykatury: ***„za utrwalony należy zatem uznać pogląd, że koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.”***

W uzasadnieniu swojego stanowiska SN odwoływał się do powstałego w przedmiotowej kwestii bogatego dorobku jednolitej i ugruntowanej judykatury (m.in. orzeczenia SN z dnia 1 września 1970 r., sygn. akt II CR 371 / 70, opubl. OSNCP 1971, z. 5, poz. 93; z dnia 3 lutego 1971 r., sygn. akt II CR 450 / 70, opubl. OSNCP 1971, z. 205; z dnia 20 kwietnia 1971 r.,

³ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.

sygn. akt II CR 475 / 70, opubl. OSPiKA 1971, z. 12, poz. 231; z dnia 20 lutego 1981 r., sygn. akt I CR 17 / 81, opubl. OSNCP 1981 r., z. 10, poz. 199; z dnia 13 grudnia 1988 r., sygn. akt I CR 280 / 88, niepubl.; z dnia 29 stycznia 2002 r., sygn. akt V CKN 682 / 00, niepubl.; z dnia 20 lutego 2002 r., sygn. akt V CKN 903 / 00, opubl. Mon. Pr. 2002, z. 19, poz. 897 oraz z dnia 11 czerwca 2003 r., sygn. akt V CKN 308 / 01, niepubl.).

Jako przykład orzeczeń zapadających w sądach niższej instancji można wskazać, wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 21 lutego 2008 r. (sygn. akt III Ca 89 / 08, niepubl.), w którym Sąd wskazał, iż: „*Samochód powoda przed uszkodzeniem miał wartość 30 400 zł, zaś koszt naprawy wyniósłby 26 298,84 zł. Z zestawienia tych kwot wynika, iż koszt naprawy nie przewyższa wartości pojazdu przed uszkodzeniem. Nie mamy zatem do czynienia z tzw. szkodą całkowitą*”, czy też wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 13 maja 2008 r. (sygn. akt XXIII Ga 207 / 08, niepubl.): „*Trafnie podnosi skarżąca, iż kwestia sposobu wykorzystania przez powódkę odszkodowania nie ma żadnego znaczenia dla oceny zasadności roszczeń powódki, nie ma bowiem ona obowiązku naprawy uszkodzonego pojazdu. Celem odszkodowania jest wyrównanie uszczerbku w majątku powódki, jaki spowodował sprawca kolizji, nie zaś faktyczna naprawa pojazdu i refundacja jej kosztów, skoro żądanie powódki ma charakter pieniężny i nie domaga się ona od pozwanego by naprawił pojazd, ani nie przedstawia mu faktur za dokonaną naprawę*”.

Przedstawione orzeczenia jednoznacznie wskazują więc, iż brak jest podstaw prawnych do przyjęcia, aby koszty naprawy przekraczające określony procent wartości pojazdu sprzed szkody, nie większy aniżeli 100%, stanowiły koszt nadmierny lub też skutkujący wystąpieniem trudności w przywróceniu stanu sprzed wypadku. Stosowanie przesłanki nadmiernych kosztów w sytuacji, gdy koszty te nie przekraczają 100% wartości pojazdu (wysokość kosztów naprawy wynosiłaby 70%, 80%) jest nieprawidłowe i w konsekwencji rozliczenie szkody metodą różnicową, która jest możliwa do zastosowania tylko i wyłącznie w przypadku szkody całkowitej, prowadzi do zaniżenia kwoty odszkodowania wypłaconego poszkodowanemu.

Zapłata odszkodowania może następować z tytułu przywrócenia do stanu poprzedniego, jak również z tytułu zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej. Należy podkreślić, iż zapłata odpowiedniej sumy pieniężnej, określona w art. 363 § 1 k.c. nie jest jednoznaczna z pojęciem odszkodowania zawartym w art. 822 k.c. Bezpornym jest, iż zakład ubezpieczeń nie jest zobowiązany do podejmowania czynności w celu przywrócenia stanu poprzedniego, nie oznacza to jednak, iż takich czynności nie ma prawa podjąć poszkodowany. Zakład Ubezpieczeń ma jedynie wypłacić odszkodowanie w należytą wysokość.

Ponadto sprzecznym z przepisami kodeksu cywilnego jest, uzależnianie wypłaty odszkodowania w wysokości określonej w kosztorysie naprawy od spełnienia warunku dokonania naprawy pojazdu oraz udokumentowaniu tej naprawy fakturą. Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z treścią art. 363 § 1 k.c. to wyłącznie do poszkodowanego należy wybór sposobu naprawienia szkody, który może domagać się jej naprawienia poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Skoro odszkodowanie następuje poprzez zapłatę określonej kwoty pieniężnej, to sposób w jaki poszkodowany zadisponuje otrzymanymi środkami pieniężnymi zależy tylko i wyłącznie od jego woli. Poszkodowany otrzymane odszkodowanie przeznaczyć może zarówno na naprawę uszkodzonego pojazdu, jak również na zakup innego pojazdu, bądź też na dowolny inny cel. Uprawnienie zatem do wyboru sposobu naprawienia szkody, należy tylko i wyłącznie do poszkodowanego. Uprawnienie to obejmuje również możliwość podjęcia decyzji o niewykonaniu naprawy. Przyjęcie za właściwe stanowiska Zakładu Ubezpieczeń mogłoby prowadzić do sytuacji, w której poszkodowani nie otrzymaliby kwoty odszkodowania w wysokości umożliwiającej naprawę pojazdu, jeżeli nie zdecydowałiby się na jego naprawę. Chcąc uzyskać kwotę pełnego odszkodowania, poszkodowany jest niejako zmuszany przez Zakład Ubezpieczeń, do zlecenia wykonania naprawy. Tym samym naruszone zostałoby uprawnienie poszkodowanego wynikające *expressis verbis* z treści art. 363 § 1 k.c. – poszkodowanemu przysługuje prawo wyboru sposobu naprawienia szkody. Z drugiej strony, gdyby poszkodowany nie zdecydował się na naprawę pojazdu, to nie otrzymałby kwoty odszkodowania pokrywającego całość strat w jego majątku.

Poszkodowany nie jest zobowiązany do zaaprobowania formy odszkodowania, która jest korzystniejsza ekonomicznie dla Zakładu Ubezpieczeń, co jednoznacznie stwierdził SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371 / 70, opubl. OSNC z 1971 r., z. 8, poz. 93). W tym samym orzeczeniu SN podkreślił, iż w sytuacji kiedy właściciel uszkodzonego pojazdu żąda przywrócenia stanu poprzedniego, sprawca szkody czy też zakład ubezpieczeń, **nie może mu narzucić innej formy odszkodowania, polegającej na tym, żeby poszkodowany zlikwidował uszkodzony samochód i poprzestał na odszkodowaniu w postaci różnicy między wartością pojazdu przed wypadkiem, a ceną uzyskaną z likwidacji.**

Odnosząc się do argumentacji Zakładu Ubezpieczeń próbującej uzasadnić możliwość zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, Rzecznik Ubezpieczonych wskazał w swoich pismach kierowanych do Komisji Nadzoru Finansowego m.in. na orzeczenie SN z dnia 5 listopada 1980 r. (sygn. akt III CRN 223 / 80, opubl. OSNC 1981 / 10 / 186), w którym zostało jednoznacznie wskazane, kiedy mogłaby mieć powyższa zasada zastosowanie: „*przywrócenie rzeczy uszkodzonej do stanu poprzedniego polega na doprowadzeniu jej do stanu używalności w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody. Jeżeli do osiągnięcia tego celu konieczne jest użycie nowych elementów, to poniesione na nie wydatki wchodzą w skład kosztów naprawienia szkody przez przywrócenie rzeczy do stanu poprzedniego. W konsekwencji powyższe wydatki obciążają osobę odpowiedzialną za szkodę. Zwiększenie wartości rzeczy*

(samochodu) po naprawie można by uwzględnić tylko wówczas, gdyby chodziło o wykonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem". Poszkodowany byłby zatem zobowiązany do zwrotu nadwyżki wartości, jeżeli naprawa pojazdu obejmowałaby też uszkodzenia istniejące przed wyrządzeniem szkody albo polegałaby na dokonaniu ulepszeń w porównaniu do stanu poprzedniego.

Zakład Ubezpieczeń uzasadniając swoje stanowisko i powołując się na praktykę ubezpieczeniową, jako przesłankę nadmierności kosztów naprawy wskazuje granicę 70% wartości pojazdu sprzed powstania szkody. Przyjęcie za właściwe stanowiska Zakładu Ubezpieczeń (zestawienie kosztów napraw nie przekraczających 100% wartości pojazdu przed powstaniem szkody z ewentualną wartością pojazdu po szkodzie) prowadziłoby do wniosku, iż każda szkoda, niezależnie od wysokości kosztów naprawy powinna być rozliczana analogicznie jak przy szkodzie całkowitej – metodą różnicową, jako metodą ekonomicznie korzystniejszą dla Zakładu Ubezpieczeń. Stosując więc taką logikę rozumowania, każda szkoda powinna być rozliczana poprzez porównanie: kosztów naprawy z wartością pojazdu w stanie uszkodzonym. Np. koszty naprawy wynoszą 20% wartości pojazdu sprzed szkody, wartość pojazdu w stanie uszkodzonym wynosi 85% wartości – wówczas kierując się argumentacją ubezpieczyciela, należałoby szkodę rozliczyć analogicznie jak szkodę całkowitą – metodą różnicową, bowiem poszkodowany byłby nadmiernie wzbogacony gdyby otrzymał kwotę odszkodowania i jednocześnie zdecydował się na sprzedaż uszkodzonego pojazdu. Będąc konsekwentnym można pójść dalej w takim rozumowaniu. W sytuacji kiedy w przytoczonym przykładzie wartość pojazdu w stanie uszkodzonym wynosiłaby 75%, należałoby stwierdzić, iż Zakład Ubezpieczeń zobowiązany byłby do wypłaty odszkodowania w wysokości 25% wartości pojazdu, mimo iż koszt naprawy byłby niższy i wynosiłby 20% wartości pojazdu sprzed szkody. W takim przypadku poszkodowany sprzedając uszkodzony pojazd oraz otrzymując kwotę odszkodowania otrzymałby tylko 95% wartości pojazdu sprzed szkody.

Jednakże należy wskazać, iż taka alogiczna konkluzja byłaby sprzeczna nie tylko z treścią art. 363 § 1 k.c. (wyłącznie do poszkodowanego należy wybór sposobu naprawienia szkody i ma on prawo żądać zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej) oraz jednolitym stanowiskiem doktryny i judykatury wskazującym, iż próg opłacalności naprawy, w którym to prawo poszkodowanego zostaje ograniczone, to koszty naprawy przekraczające 100% wartości pojazdu przed powstaniem szkody. Warunkiem nieodzownym do przyjęcia takiego rozumowania byłaby również konieczność zmiany przepisów kodeksu cywilnego, które zakładałyby fikcję prawną, iż poszkodowani zawsze zbywają uszkodzone rzeczy w tym również uszkodzone w kolizji pojazdy. Nie jest znana Rzecznikowi Ubezpieczonych okoliczność, aby treść art. 363 § 1 k.c. uległa zmianie, bądź też aby uległo zmianie jednolite i ugruntowane stanowisko judykatury w przedmiotowej kwestii.

Podsumowując swoje stanowisko przedstawione Urzędowi Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznik Ubezpieczonych wskazał, iż jednoznaczne orzecznictwo SN wskazuje, iż przepis art. 363 § 1 k.c. należy interpretować w taki sposób, aby za nadmierne czynności lub koszty uznawać wyłącznie koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości pojazdu przed powstaniem szkody. W innym bowiem wypadku, w świetle powyższych argumentów nie można mówić o nadmiernych kosztach czy trudnościach.

Rozliczanie przez Zakład Ubezpieczeń szkody metodą różnicową – w sytuacji kiedy przewidywane koszty naprawy wynoszą 70%, 80% wartości pojazdu sprzed szkody – analogicznie, jak ma to miejsce w przypadku faktycznego wystąpienia szkody całkowitej oraz uzależnianie dopłaty kwoty odszkodowania od udokumentowania faktu jej dokonania czy też przedstawienia pojazdu do oględzin po dokonanej naprawie, **należy uznać za rażąco niezgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz linią orzecznictwa, poprzez ograniczanie przysługującego poszkodowanym prawa wyboru sposobu naprawienia szkody wynikającego z treści art. 363 § 1 k.c.**

Rzecznik Ubezpieczonych poinformował również Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, iż do tej pory, nie są Rzecznikowi znane przykłady prawomocnych orzeczeń zapadających w sądach powszechnych, które potwierdzałyby stanowisko prezentowane przez ubezpieczyciela. Rzecznik Ubezpieczonych prowadząc prace nad rozbudową internetowej bazy orzecznictwa sądowego z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, zdiagnozował, iż orzeczenia zapadające w sądownictwie powszechnym potwierdzają zasadność prezentowanego przez Niego stanowiska i brak jest w tej kwestii rozbieżności, które mogłyby stanowić asumpt do wystąpienia z kolejnym wnioskiem na podstawie art. 60 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym. Ponadto wniosek w odniesieniu do omawianej problematyki Rzecznik Ubezpieczonych złożył w dniu 6 lipca 2005 r., zaś SN w orzeczeniu z dnia z dnia 12 stycznia 2006 r. (sygn. akt III CZP 76 / 05) jednoznacznie wskazał, iż: **„za utrwalony należy zatem uznać pogląd, że koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.”.**

Na zakończenie należy wskazać, iż Rzecznik Ubezpieczonych będzie na bieżąco informował Urząd Komisji Nadzoru Finansowego o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniu wskazanego ubezpieczyciela w kwestii kwalifikowania szkody jako szkody całkowitej w sytuacji braku obiektywnych przesłanek umożliwiających taką kwalifikację oraz podejmie wszelkie możliwe prawem działanie celem wyeliminowania w ocenie Rzecznika rażącego naruszenia przepisów prawa.

Problemy akwizycji na rynku OFE

Działalność akwizycyjna OFE prowadzona jest na podstawie przepisów rozdziału 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych¹. Zgodnie z treścią art. 92 ust. 3 ustawy, działalnością akwizycyjną jest wszelka działalność zarobkowa mająca na celu skłonienie kogokolwiek, aby przystąpił do OFE lub w nim pozostał. Działalność akwizycyjna obejmuje także zawieranie umów w imieniu OFE, na podstawie których następuje uzyskanie członkostwa w funduszu, a także pośredniczenie w zawieraniu takich umów. Czynności akwizycyjne, zgodnie z art. 93 ust. 3 ustawy, mogą wykonywać wyłącznie osoby fizyczne wpisane do rejestru osób uprawnionych do wykonywania czynności akwizycyjnych na rzecz funduszy emerytalnych. Rejestr taki prowadzi Komisja Nadzoru Finansowego.



Mariusz Denisuk
starszy specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Wskazana ustawa zawiera pewne ograniczenia dotyczące sposobu prowadzenia działalności akwizycyjnej. Przede wszystkim, zgodnie z art. 93 ust. 1 mogą ją prowadzić tylko OFE lub na jego zlecenie bank krajowy, zakład ubezpieczeń, firmy inwestycyjne, agenci ubezpieczeniowi, podmioty prowadzące działalność brokerską oraz państwowe przedsiębiorstwo użyteczności publicznej „Poczta Polska” (a po wpisaniu do Krajowego Rejestru Sądowego – Poczta Polska Spółka Akcyjna). Ponadto, działalność akwizycyjna nie może być prowadzona z wykorzystaniem stosunku nadrzędności wynikającego ze stosunku pracy lub innego stosunku prawnego, na którym oparta jest zależność służbowa lub inna zależność o podobnym charakterze (art. 93a ustawy).

Akwizytorem OFE może być osoba, która ma pełną zdolność do czynności prawnych, posiada przynajmniej średnie wykształcenie, daje rękojmię należytego wykonywania czynności akwizycyjnych, nie została skazana za przestępstwo dokonane z winą umyślną przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, życiu i zdrowiu, wymiarowi sprawiedliwości, ochronie informacji, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, nie była skazana za przestępstwa skarbowe i przestępstwa wskazane w ustawie o OFE.

Działalność akwizycyjna funduszy emerytalnych przybrała znacznych rozmiarów. Świadczy o tym dość duża mobilność członków OFE. Jest rzeczą oczywistą, iż w dużej mierze jest ona efektem właśnie działalności akwizycyjnej. Od początku działania OFE do sierpnia 2009 r. dokonano 3.070.747 transferów, przy liczbie 14.260.116 osób, które w tym czasie przystąpiły do funduszy emerytalnych.

Mając świadomość pewnego uproszczenia, zasadny jest pogląd, iż wobec konstrukcji systemu funkcjonowania funduszy emerytalnych, gwarantującego wynagrodzenie funduszu nawet w przypadku osiągnięcia ujemnych wyników finansowych, dzięki uzależnieniu wysokości owego wynagrodzenia od wpłaconych składek emerytalnych, a zatem od liczby członków funduszu, właśnie aktywność akwizycyjna ma największy wpływ na osiągnięte wyniki finansowe przez towarzystwo zarządzające funduszem. Jeśli więc sprzedaż, a zatem akwizycja, jest zasadniczym elementem budowy wyniku finansowego ocenianego przez akcjonariuszy towarzystwa, to siłą rzeczy staje się kluczowym elementem aktywności towarzystwa emerytalnego. Presja obecna jest więc już na najwyższych poziomach kierowniczych zarządzającego funduszem towarzystwa. Powoduje ona maksymalizowanie zachęty dla działających na rzecz funduszu akwizytorów, poprzez windowanie wynagrodzeń wypłacanych za każdego zachęconego do przystąpienia członka funduszu oraz uzależniania go od wysokości transferowanych środków. Tak budowana zachęta, staje się pokusą nie do odparcia.

Istnieje wiele sposobów prezentacji w korzystnym świetle reprezentowanego przez akwizytora funduszu. Wśród nich są również metody budzące wątpliwości co do ich zgodności z zasadami prowadzenia akwizycji. Z napływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych skarg wyłaniają się pewne zasadnicze, i – wydaje się – powszechne, nieprawidłowości. Do najczęściej spotykanych zaliczyć można wręczanie, mimo wyraźnego zakazu ustawowego, dodatkowych korzyści materialnych za przystąpienie do funduszu emerytalnego lub wprowadzanie osób ubezpieczonych w błąd w celu uzyskania od nich deklaracji przystąpienia do reprezentowanego przez akwizytora funduszu ubezpieczeniowego.

Najczęstszą nieprawidłowością jest prezentowanie wyników finansowych osiągniętych przez porównywane fundusze emerytalne w różnych okresach. Porównywane są wyniki z różnych okresów, np. trzymiesięczny z trzyletnim, lub dane historyczne dotyczące innych okresów. Zestawienia takie oczywiście nie mają żadnej wartości porównawczej. Mogą być pomocne jedynie osobie, która na ich podstawie chce przekonać, iż fundusz

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2004 r. nr 159, poz. 1667, z późn. zm.) – dalej: ustawa o OFE.

a w marcu 2010 r. osiągnął lepszy wynik niż fundusz B w grudniu 2009 r. i oprzeć na tych danych jego uniwersalną przewagę.

Ponadto, opierając się na podobnych pobudkach zestawiane są ceny jednostek rozrachunkowych. Akwizytor zachwalając reprezentowany przez siebie fundusz wskazuje, iż jest on tańszy, ponieważ cena jednostki jest niższa niż w funduszu porównywanym. Niestety, takie działanie jest zaskakująco skuteczne.

Kolejną nieprawdowością jest informowanie osób ubezpieczonych o grożącym bankructwie funduszu, którego są członkami.

Odrębną grupą są nieprawdowości związane z agresywnym prowadzeniem czynności akwizycyjnych. Nie są to działania niezgodne z zasadami prowadzenia akwizycji, ale należy je uznać za uciążliwe dla osób ubezpieczonych. Można do nich zaliczyć wizyty tzw. ratowników, czyli akwizytorów, których zadaniem jest nakłonienie do pozostania w dotychczasowym funduszu osób zawiadamiających o przystąpieniu do innego OFE. Niejednokrotnie jest to najście w domu o późnej nawet porze, częściej natarczywy kontakt telefoniczny. Będzie to także nachodzenie w miejscu pracy i korzystanie z braku asertywności ubezpieczonych, którzy „dla świętego spokoju” ulegają namowom akwizytora. Działania takie – choć zgodne z prawem – pozbawione są profesjonalizmu.

Odrębną grupę nieprawdowości stanowią czynności w oczywisty sposób łamiące prawo. Do grupy tej należy nielegalne wchodzenie w posiadanie danych osobowych. Jest on szczególnie częste w przypadku osób rozpoczynających pracę zawodową zaraz po ukończeniu studiów albo kierowanych do pierwszej pracy, na staż lub praktyki przez Urząd Pracy. Zauważalny jest także proces równoległej zmiany reprezentowanego przez akwizytora OFE ze zmianą funduszu osób, które wcześniej akwizytor ten nakłonił do przystąpienia do dotychczas reprezentowanego funduszu. Oznacza to bowiem nielegalne tworzenie i przetwarzanie bazy danych osobowych.

Wymaga także przedstawienia inicjatywa akwizytorów, którzy oferują swoje pośrednictwo przy aktualizacji danych w OFE lub przy ustalaniu prawidłowości wysokości składek odprowadzanych przez ZUS na rachunek w funduszu emerytalnym. Działanie to umożliwia nierzetelnym akwizytorom wejście w posiadanie danych osobowych członków funduszy emerytalnych, prowadzące zawsze do zmiany funduszu wbrew woli członków. Po wejściu w posiadanie odpowiednich danych, akwizytor albo sam podrabia podpis ubezpieczonego na deklaracji przystąpienia do funduszu, albo wyłudza od niego ten podpis przedstawiając pozornie do podpisu dokument zlecenia aktualizacji danych, podczas gdy w rzeczywistości jest to deklaracja przystąpienia do funduszu.

Należy zwrócić uwagę na powtarzalność opisanych nieprawdowości. Wskazuje ona na istnienie praktyki wymiany doświadczeń i metod między akwizytorami. Co z kolei oznacza, iż akwizytorzy rozpoczynający działalność są zapoznawani z praktyką. Ponadto, wprowadzenie w błąd, podrobienie podpisu lub jego wyłudzenie nie jest czynnością prowadzoną w sposób uniemożliwiający wykrycie sprawcy. Powstaje zatem pytanie o jakość selekcji kandydatów oraz szkoleń przygotowujących zainteresowanych do prowadzenia akwizycji.

Nieprawdowości w działaniach akwizycyjnych mają olbrzymie znaczenie dla postrzegania systemu emerytalnego przez jego beneficjentów. Należy podkreślić, iż kontakt akwizytora z ubezpieczonym jest w istocie jedynym osobistym kontaktem funduszu z ubezpieczonym. Sieć organizacyjna funduszy emerytalnych, w przeciwieństwie do np. banków, pozbawiona jest placówek bezpośredniej obsługi klientów. A zatem, jeżeli w trakcie kontaktu z osobą reprezentującą fundusz, ubezpieczony jest wprowadzony w błąd, powoduje to zdecydowane zmniejszenie zaufania nie tylko do samego akwizytora, ale i funduszu w imieniu którego akwizytor występował, a także całego systemu emerytalnego, tolerującego zdaniem ubezpieczonych, a może i inspirującego podobne nadużycia.

W pracach prowadzonych nad nowelizacją przepisów ustawy o OFE, rozważana jest więc propozycja całkowitego zniesienia działań akwizycyjnych funduszy emerytalnych. Ubezpieczenie emerytalne jest ubezpieczeniem obowiązkowym. W związku z tym każda osoba urodzona po 1 stycznia 1969 r. jest zobowiązana do przystąpienia do funduszu emerytalnego. Nie jest więc konieczne przekonywanie ubezpieczonych do przystąpienia do funduszu w ogóle, lecz do przystąpienia do konkretnego funduszu. W tym celu wydaje się, że wystarczające będą aktualnie dostępne nośniki reklamy poparte eksponowaniem okresowych wyników inwestycyjnych przedstawianych, np. za pośrednictwem Komisji Nadzoru Finansowego. W związku z tym, iż z jednej strony pozyskanie każdego nowego członka funduszu, z jego potencjalnymi dochodami, z których część jest stałym wynagrodzeniem także towarzystwa emerytalnego zarządzającego funduszem, jest bardzo ważne dla samego funduszu, a z drugiej strony uzyskanie nowego członka funduszu jest dużym zyskiem dla akwizytora w jego imieniu występującego, należy się spodziewać, iż system ten będzie zawsze rodził nieprawdowości. Jest rzeczą jasną, iż samo ich zagrożenie nie może powodować likwidacji całej działalności, której jest ona tylko efektem ubocznym. Jednakże, przy skorelowaniu kosztów działalności akwizycyjnej funduszy z jej wynikami, a w szczególności w widocznej przypadkowości obserwowanej przy zmianie funduszy oraz z metodami prowadzenia działalności akwizycyjnej, należy postawić pytanie o sens jej kontynuowania w niezmienionej postaci. Ograniczenie działalności akwizycyjnej wyłącznie do zakazu prowadzenia jej na rynku wtórnym, może być tylko rozwiązaniem iluzorycznym.

Obecny model akwizycji wymaga więc zdecydowanych modyfikacji. Przepisy o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych nakazują, aby akwizytor działał na rzecz jednego funduszu emerytalnego. Tym samym, informacja przekazywana osobom ubezpieczonym, potencjalnym członkom reprezentowanego funduszu w zasadzie nie zawiera danych o innych funduszach emerytalnych, które dawałyby szansę na obiektywne porównanie działających otwartych funduszy emerytalnych. A zatem, przekaz uzyskiwany z jednego tylko źródła, w przeważającej mierze będzie zniekształcony. Niezbędne jest więc rozwiązanie, pozwalające ubezpieczonym na uzyskanie obiektywnej, opartej wyłącznie na prawdziwych danych, pozbawionej manipulacji informacji potrzebnej do wyboru lub zmiany funduszu. Co najważniejsze, informacja ta powinna być łatwo dostępna dla wszystkich ubezpieczonych, bez względu na środki komunikacji którymi dysponują.

Należy podkreślić, iż nieprawidłowości w akwizycji byłyby zdecydowanie mniejsze w przypadku większej świadomości swoich praw u ubezpieczonych. Należałoby zadać pytanie, czy niska świadomość wynika z braku dostępu do informacji, czy też z braku zainteresowania samych ubezpieczonych. Wydaje się, że brak dostępu przy woli poznania funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego jest do przewyciężenia. Źródłem informacji może być zawsze niedaleki oddział ZUS, literatura, dostępna wszędzie prasa, nawet niekoniecznie tzw. fachowa. Ponadto, obserwowane akcje marketingowe OFE, wzmożone szczególnie przed losowaniem i przydzielaniem funduszy osobom, które same nie dokonały wyboru, także powinny inspirować do poznania mechanizmów odpowiedzialnych za jakość źródła dochodu po zakończeniu aktywności zawodowej. A zatem, rozstrzygnięcia wymaga sposób pobudzenia zainteresowania odległym wprawdzie, ale istotnym etapem życia. Czy poprzez zmuszanie do większej aktywności poprzez pozbawienie możliwości transmitowania swoich obowiązków na innych, czy poprzez poszerzenie spektrum dostępnych źródeł informacji włącznie z utrzymaniem akwizycji. Oczywiście, oba rozwiązania będą nieskuteczne bez pobudzenia aktywności samych ubezpieczonych. Z drugiej strony, modyfikując możliwość zawierania umów z OFE za pośrednictwem akwizytorów, należy poszerzyć obowiązki informacyjne organów publicznych, przy jednoczesnym wprowadzeniu mechanizmów ograniczających mogące się pojawić nieprawidłowości. I tak, pod rozważę poddano włączenie do zmiany ustawy sankcji za nierzetelne prowadzenie działalności akwizycyjnej. Taka działalność, w wyniku której ubezpieczony został wprowadzony w błąd lub nastąpiły inne okoliczności, w wyniku których wbrew swej woli lub wiedzy stał się członkiem OFE, powinna spotykać się z sankcją dotyczącą tak osobę która dopuściła się czynu karanego, jak i funduszu na rachunek którego prowadzona była akwizycja. Ponadto, zasadne byłoby wprowadzenie organizacji samorządowej osób zajmujących się działalnością akwizycyjną, odpowiedzialnej za podnoszenie jakości oferowanych usług.

Nie może jednak budzić wątpliwości fakt, iż jakakolwiek zmiana, nawet wprowadzająca dotkliwe kary dla nierzetelnych akwizytorów, powinna być wyłącznie uzupełnieniem dla projektu podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej obywateli. Posiadając pełną świadomość swych praw i obowiązków, obywatel nie daje zbyt dużych możliwości do nadużyć.

Działania Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz ochrony konsumentów zawierających umowy ubezpieczenia w bankach

Jednym z istotnych problemów analizowanych na bieżąco przez Rzecznika Ubezpieczonych jest problem należytej ochrony konsumentów przystępujących do grupowych ubezpieczeń zawieranych przez banki. Obecnie, na rynku tzw. bancassurance oferowane są rozmaite produkty: od umów ubezpieczenia NNW, przez ubezpieczenia od utraty pracy, po ubezpieczenia na wypadek śmierci. Popularne są ponadto tzw. ubezpieczenia pomostowe, ubezpieczenia spłaty pozostałej części kredytu, a nawet ubezpieczenia mienia zakupionego na kredyt. Coraz trudniej znaleźć na rynku produkt bankowy, który nie byłby powiązany z produktem ubezpieczeniowym. Okazuje się jednak, iż w wielu przypadkach tego typu umowy ubezpieczenia nie stanowią najlepszej ochrony konsumenta, który za takie ubezpieczenie płaci. Często ubezpieczenia takie mają bardzo wąski zakres, co oznacza, iż prawdopodobieństwo otrzymania pieniędzy od ubezpieczyciela jest niewielkie.

Zauważając pojawiające się problemy w tym zakresie, Rzecznik Ubezpieczonych w grudniu 2007 r. opracował Raport, w którym przedstawił podstawowe problemy bancassurance w Polsce¹. W swoim Raporcie Rzecznik Ubezpieczonych poddał analizie pojawiające się najczęściej naruszenia interesów konsumentów w szczególności w aspekcie dostarczania wystarczających informacji o ochronie ubezpieczeniowej, z której korzysta klient banku, dobrowolności w zakresie zawarcia umowy ubezpieczenia przez konsumenta, wpływu konsumenta na wybór ubezpieczyciela, dostosowania ochrony ubezpieczeniowej do potrzeb konsumenta czy sposobu finansowania ochrony ubezpieczeniowej. Jednym z zasadniczych celów sporządzenia Raportu było zainteresowanie środowiska ubezpieczeniowego oraz instytucji finansowych w Polsce obserwowanymi w praktyce nieprawidłowościami, zwrócenie uwagi na potrzebę dogłębnego zbadania tychże kwestii oraz wprowadzenie zmian mających na celu ochronę osoby, która ostatecznie ponosi koszty ochrony ubezpieczeniowej przy usługach bankowych.

Wiele z omówionych w Raporcie problemów wynikało z nienależytego informowania klienta o warunkach proponowanego ubezpieczenia. Częste niestety były w praktyce przypadki, w których przedstawiciel banku ograniczał się do stwierdzenia, iż zawarcie (przystąpienie, wyrażenie zgody na zawarcie) określonej umowy ubezpieczenia jest niezbędne do udzielenia kredytu. Niekiedy, w wyniku braku dostatecznie dokładnych danych na temat określonego ubezpieczenia, klientowi mówiono jedynie, iż jest to ubezpieczenie kredytu. Klienci z takich informacji wywodzili daleko idące wnioski – w znacznej części przypadków byli przekonani, iż w sytuacji kiedy nie będą w stanie spłacić kredytu bez względu na przyczynę, zakład ubezpieczeń zwróci bankowi pożyczoną kwotę, a tym samym zwolni z tego obowiązku samego konsumenta. Standardowo nie jest to jednak zgodne z oferowaną ochroną ubezpieczeniową, gdyż ubezpieczyciel odpowiada tylko za te zdarzenia, które wskazane są szczegółowo w umowie – ogólnych lub szczegółowych warunkach ubezpieczenia. Dokument ten nie był jednak doręczany klientom.

Wpływ na nienależyte informowanie miał dodatkowo fakt, iż pracownicy banku, jako osoby specjalizujące się w usługach bankowych, a nie ubezpieczeniowych, często sami nie posiadali odpowiedniej wiedzy na temat oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Pracownicy banku nie analizowali ponadto czy dany konsument może być ubezpieczony (czy spełnia wymogi zakładu ubezpieczeń), co skutkowało zgłaszaniem do ubezpieczenia osób, które jednak nie uzyskiwały ochrony ubezpieczeniowej. W konsekwencji klient mógł zostać wprowadzony w błąd i zapłacić za ubezpieczenie nie odpowiadające jego potrzebom. Sprzedaż tzw. „pustych ubezpieczeń” (tzn. takich, w których z uwagi na ich warunki ochrona od początku zawarcia umowy jest niemożliwa np. w związku z wiekiem ubezpieczonego) musi zostać wyeliminowana. Sprzedaż „pustych ubezpieczeń” rodzi nieufność klienta nie tylko do konkretnej umowy ubezpieczenia, do której przystąpił i podmiotu sprzedającego, ale i do samej instytucji ubezpieczenia. Ważne jest, aby już na etapie wstępnym wyeliminować osoby, które nie kwalifikują się ani do objęcia ochroną, ani do wypłaty świadczenia w jakimkolwiek przypadku. Również w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pracownicy banku często nie byli w stanie udzielić konsumentowi rzetelnych informacji na temat trybu zgłaszania roszczeń oraz procedury tzw. likwidacji szkody. Powyższe problemy wynikały w dużej mierze, o czym Rzecznik Ubezpieczonych informował w swoim Raporcie, z faktu, iż pracownicy banków nie spełniali wymogów ustawowych dotyczących świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, wobec czego ich



Małgorzata Więcko
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Raport dostępny na www.rzu.gov.pl

przeszkolenie w zakresie sprzedaży ubezpieczeń było niezadowalające, jak również utrudnione było udowodnienie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za błąd takiego pracownika.

W Raporcie Rzecznika Ubezpieczonych omówiono ponadto problem ograniczenia praw konsumenta w zakresie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jak również zwrotu części składki ubezpieczeniowej z tytułu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (np. w związku z wcześniejszą spłatą kredytu). Najbardziej powszechnym i najlepiej znanym był właśnie problem odzyskania części składki przez konsumentów spłacających wcześniej kredyt. Większość banków i ubezpieczycieli odmawiała prawa zwrotu tej kwoty konsumentowi, pomimo, iż to konsument ponosił ciężar finansowy ubezpieczenia.

Po opublikowaniu Raportu Rzecznika Ubezpieczonych podjęto konkretne działania zmierzające do poprawy sytuacji klientów rynku bancassurance. Związek Banków Polskich opracował Rekomendację dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi, w której wiele postulatów Rzecznika Ubezpieczonych zostało uwzględnionych. Rekomendacja ta jest dopiero pierwszym krokiem w kierunku wyeliminowania nieprawidłowości występujących na tzw. rynku bancassurance, jednak wyjątkowo cieszy fakt, iż Związek Banków Polskich jako pierwszy i w zasadzie jedyny podmiot na rynku usług finansowych, obok Rzecznika Ubezpieczonych, podjął kroki w celu zapewnienia szerszej ochrony klientów usług bankowo–ubezpieczeniowych. Należy podkreślić, iż Rekomendacja dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi reguluje jedynie część tzw. rynku bancassurance, albowiem odnosi się wyłącznie do stosunków pomiędzy bankiem a jego klientem, będącym ubezpieczonym w ramach umowy ubezpieczenia grupowego. Niewątpliwie ochrona praw konsumenta w takim stosunku prawnym była najmniejsza, a więc regulacja przedstawiona przez Związek Banków Polskich w tym obszarze jest kluczowa. Należy jednak wyrazić nadzieję, iż przedstawiciele banków nie zapominają o innych zdiagnozowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych problemach oraz nie pozostawią ich bez odpowiedniego odzewu w postaci dalszych działań. Rekomendacja jest skierowana wyłącznie do banków oraz pracowników tych instytucji. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych dobrze byłoby, aby również branża ubezpieczeniowa, w odpowiednim zakresie, przyjęła bądź rekomendowała przyjęcie tych tzw. Dobrych Praktyk przez ubezpieczycieli. Niewątpliwie w stosunkach bankowo–ubezpieczeniowych dla poprawy ochrony praw konsumenta niezbędne jest współdziałanie obu stron tych transakcji.

Rekomendacja ostatecznie weszła w życie dnia 1 listopada 2009 r., jednak część banków już wcześniej zdecydowała się wdrożyć pozytywne zmiany w obsłudze umów ubezpieczenia. Jak wynika ze wstępu do treści Rekomendacji, prawie wszystkie dobre praktyki w niej wskazane odnoszą się w bezpośredni sposób do zastrzeżeń wobec działań banków zgłoszonych przez Rzecznika Ubezpieczonych. W Rekomendacji skoncentrowano się przede wszystkim na ustaleniu minimalnych standardów związanych z informacjami przekazywanymi klientom, sprawdzaniu warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową i prawie do rezygnacji z ochrony. Najwięcej miejsca w Rekomendacji poświęcono właśnie kwestii przekazywania klientowi przejrzystych i pełnych informacji o warunkach ochrony ubezpieczeniowej, którą jest on obejmowany, co należy ocenić bardzo pozytywnie. Dokumentacja związana z umową ubezpieczenia a przekazywana konsumentowi w banku powinna obecnie zawierać co najmniej nazwę ubezpieczyciela, nazwę warunków ubezpieczenia na podstawie których konsument obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową, zakres tej ochrony, sumę ubezpieczenia, okres ochrony wraz z informacją o zasadach kontynuacji i wznowień, obowiązki ubezpieczonego konsumenta, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, koszty ponoszone przez konsumenta w związku z ubezpieczeniem, informację o prawie do rezygnacji z ubezpieczenia oraz jej skutkach wraz z informacją o rozliczeniu kosztów w takim przypadku, informacje o sposobie i trybie zgłaszania roszczeń ubezpieczeniowych i reklamacji, a w przypadku, gdy ochroną objęta może być więcej niż jedna osoba, również informację o tym, która z osób i w jakim zakresie zostaje objęta ochroną. Konsument musi również otrzymać informację na temat podmiotu uprawnionego do otrzymania świadczenia pieniężnego z umowy ubezpieczenia. W Rekomendacji przyjęto zasadę, iż banki powinny dążyć do tego, aby ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmowani są konsumenci, uwzględniała charakter oraz istotne cechy produktu bankowego, a także potrzeby konsumentów wynikające z ich zobowiązań wobec banków. Ważnym elementem jest wprowadzenie zasady, że bank, jako podmiot faktycznie negocjujący warunki ubezpieczenia z firmami ubezpieczeniowymi, powinien działać w interesie swoich klientów, a więc negocjować warunki ubezpieczenia jak najbardziej dla konsumentów korzystne. Banki powinny ponadto monitorować wykonywanie umowy ubezpieczenia wobec konsumentów, w szczególności badać liczbę i zasadność decyzji odmawiających wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz udzielać niezbędnego wsparcia w procesie zgłaszania roszczeń czy w przypadku zaistnienia jakichkolwiek problemów wynikających z umowy ubezpieczeniowej. W Rekomendacji uregulowano również wymagania informacyjne w przypadku innych kanałów sprzedaży niż oddziały bankowe (internet, telefon). Podkreślono ponadto, iż bank powinien na życzenie klienta udostępniać mu treść warunków ubezpieczenia w dotyczącym go zakresie. Wprowadzono także zasadę, iż banki (pracownicy banków) będą przed objęciem klienta ochroną sprawdzać, czy w ogóle spełnia on podstawowe ku temu

warunki (np. wiek). Rekomendacja stwierdza jednoznacznie, iż klient zawsze ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia, a w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia to bank odpowiada obecnie wobec klienta za zwrot kosztów za niewykorzystany okres ochrony. Bank nie może ponadto pobierać od klienta żadnych opłat manipulacyjnych związanych z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia. Niemniej jednak, w Rekomendacji wskazano, że rezygnacja z ochrony może pociągnąć za sobą np. obowiązek dostarczenia przez klienta innego zabezpieczenia, zmianę kosztów usługi bankowej, zmianę warunków umowy lub nawet – w skrajnym przypadku – wypowiedzenie umowy kredytu, o czym klient musi być również poinformowany.

W Rekomendacji położono nacisk na potrzebę szkolenia pracowników banków. Zapisano, iż w celu zapewnienia personelowi kompetencji niezbędnych do wykonywania obowiązków, banki we współpracy z ubezpieczycielami powinny realizować szkolenia w zakresie warunków ubezpieczenia. Banki powinny również zwracać uwagę, aby zakres merytoryczny i częstotliwość działań szkoleniowych były odpowiednie do skali i zakresu obejmowania klientów ochroną ubezpieczeniową.

Związek Banków Polskich zamierza, po wejściu w życie Rekomendacji, monitorować jej stosowanie i powszechność. Również Rzecznik Ubezpieczonych nie zaprzestała badania problemów z omawianego obszaru. Niewątpliwie część nieprawidłowości została wyeliminowana, pojawiają się niestety również nowe problemy, których analiza jest dokonywana na bieżąco.

Coraz więcej banków ubiega się obecnie (i uzyskuje) zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie czynności ubezpieczeniowych przyjmując, prawidłową w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, rolę pośrednika ubezpieczeniowego. Zmienia to diametralnie sytuację konsumenta zawierającego umowę ubezpieczenia w banku, gdyż otrzymuje on pełne uprawnienia strony umowy ubezpieczenia, a ponadto jego sytuacja prawna w zakresie roszczeń z tytułu nieprawidłowych procedur przy zawarciu umowy ubezpieczenia jest dużo korzystniejsza niż w umowie grupowego ubezpieczenia.

Pomimo opublikowania Raportu oraz wdrożenia Rekomendacji Związku Banków Polskich ze skarg, które wpływały do Rzecznika Ubezpieczonych wynikało, iż jeden z zakładów ubezpieczeń, działający we współpracy z bankiem z tej samej grupy kapitałowej, nadal odmawiał zwrotu niewykorzystanej składki ubezpieczeniowej w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu. W związku z faktem, iż koszt tzw. ubezpieczenia kredytu jest często bardzo wysoki, to zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia stanowi ważny element w budżecie konsumenta. Zazwyczaj ubezpieczenie obejmuje ochronę świadczoną w ustalonym w umowie kredytowej okresie spłaty kredytu. W przypadku spłaty kredytu we wcześniejszym terminie ochrona na rzecz konkretnego konsumenta może wygasnąć, a więc okres w którym ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jest nieproporcjonalnie krótszy, niż okres, za który wyliczono i zapłacono składkę. Ponadto, jeden z ubezpieczycieli stosował praktyki, polegające na umieszczaniu w ubezpieczeniach osobowych zapisów o świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres wskazany w umowie kredytu nawet pomimo wcześniejszej jego spłaty. Takie zapisy powodują z kolei znaczne koszty po stronie konsumentów, którzy w wielu przypadkach nie potrzebują ochrony ubezpieczeniowej po spłacie kredytu i nie stać ich na ponoszenie takich dodatkowych kosztów. Problem zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia kredytu jest jednym z dwóch głównych problemów z zakresu bancassurance zgłaszanym do Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Badając praktykę ubezpieczyciela i banku Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił uwagę, iż zgodnie z przepisem art. 813 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny² (dalej: k.c.) składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli więc to bank jest podmiotem zobowiązanym prawnie do zapłaty składki (np. w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia na rachunek swojego klienta), może on (i powinien) w każdym przypadku wcześniejszego wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia, zażądać od zakładu ubezpieczeń zwrotu nadpłaconej składki. Jednak dobre chęci banku w takim przypadku nie wystarczą, a zapisy warunków ubezpieczenia przygotowywane przez ubezpieczyciela, którego praktykę zakwestionowano, uniemożliwiają zwrot składki również samemu bankowi, co ostatecznie obciąża finansowo konsumenta. Mając na uwadze specyfikę ubezpieczeń zawieranych za pośrednictwem banków, Rzecznik Ubezpieczonych jest jednak zdania, iż taka praktyka jest nieprawidłowa. Jeżeli bowiem na podstawie zawartej przez klienta i bank umowy (np. umowy kredytowej), to klient przekazuje bankowi środki finansowe na pokrycie składki ubezpieczeniowej, zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia powinien być ostatecznie dokonany na rzecz klienta – kwestią drugorzędną jest czy zwrot ten będzie dokonany przez bank czy też przez ubezpieczyciela. Konsument, który finansuje działalność zarówno ubezpieczyciela, jak i banku, nie może być odsyłany z jednego podmiotu, do drugiego i z powrotem. Zarówno bank, jak i ubezpieczyciel mają obowiązek stworzyć procedury umożliwiające konsumentowi otrzymanie zwrotu składki.

² Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

Zapis art. 813 k.c. mówiący w sposób wyraźny o zwrocie składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia wszedł w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. Nie oznacza to jednak, iż przed tą datą ubezpieczający pozbawieni byli prawa do zwrotu części niewykorzystanej składki. Wyrokiem z dnia 25 maja 2007 r. (sygn XVII AmC 83 / 06), SOKiK uznał za niedozwoloną klauzulę jednego z zakładów ubezpieczeń, który w ubezpieczeniu autocasco stosował zapis, iż „w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania lub towarzystwo nie jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania”. Głównym motywem w uznaniu klauzuli za niedozwoloną była jej sprzeczność z art. 813 k.c. (w starym brzmieniu) i z zasadą, iż składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Nie można więc uznać, że przed wejściem w życie nowelizacji przepisu art. 813 k.c. zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w ogóle nie przysługiwał.

Istotnym argumentem w tej sprawie jest dodatkowo fakt, iż w Rekomendacji Związku Banków Polskich znalazł się zapis mówiący o prawie klienta do otrzymania zwrotu składki w przypadku zakończenia ochrony przed upływem okresu ubezpieczenia. Powołany zapis Rekomendacji został przyjęty w związku z potwierdzeniem zasadności zwrotu składki ubezpieczeniowej w takich przypadkach. Nie budziło bowiem wątpliwości, iż konsumentowi zwrot wpłaconych pieniędzy należy się, gdyż specyfika ubezpieczeń grupowych nie może uderzać w interes finansowy konsumenta. Jednak, odpowiedzi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych przez ubezpieczyciela stosującego te praktyki wskazywały, iż zasady te nie są przez niego ani akceptowane ani respektowane. Był to jedyny podmiot rynku ubezpieczeniowego, o którym Rzecznik Ubezpieczonych posiadał informację, iż nadal odmawia konsumentom i bankom zwrotu składki w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu. Rzecznik Ubezpieczonych jest zdania, że wyjaśnienia przedstawiane w podobnych sprawach przez towarzystwo ubezpieczeń na życie są niezgodne zarówno z art. 813 k.c., jak również z zasadami współżycia społecznego. Ponadto, zapisy umów ubezpieczenia grupowego, mówiące o niedopuszczalności zwrotu składki, jako niezgodne z art. 813 k.c. są na mocy art. 807 k.c. nieważne. Każdy konsument, który przystąpił do ubezpieczenia grupowego w związku z zawartą umową kredytu powinien mieć prawo zwrotu części składki ubezpieczeniowej jeżeli dokonał wcześniejszej spłaty kredytu i nie chce być dalej objęty taką ochroną. Jeżeli towarzystwo ubezpieczeń na życie uznaje, iż dany produkt jest bardzo korzystny dla klienta, ma prawo zachęcać go do kontynuowania ubezpieczenia na warunkach indywidualnych. Takie nieprawidłowe działanie ubezpieczyciela wpływa ponadto negatywnie na społeczny odbiór instytucji ubezpieczeniowych i bankowych.

Pisemna korespondencja pomiędzy towarzystwem ubezpieczeń na życie a Rzecznikiem Ubezpieczonych trwała kilka miesięcy. Ubezpieczyciel nie zgadzał się ze stanowiskiem Rzecznika, a skargi z zakresu zwrotu składki ubezpieczeniowej w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu były rozpoznawane przez ubezpieczyciela negatywnie. Rzecznik Ubezpieczonych postanowił więc podjąć działania w celu powiadomienia o zaistniałych nieprawidłowościach Komisję Nadzoru Finansowego. Ostatecznie jednak, pismem z dnia 28 stycznia 2010 r. towarzystwo ubezpieczeń na życie poinformowało Rzecznika Ubezpieczonych o zmianie swoich praktyk na korzyść konsumentów. Pomimo, iż ubezpieczyciel nie zgodził się z argumentacją prawną przedstawianą w piśmie Rzecznika Ubezpieczonych, to jednak wychodząc naprzeciw oczekiwaniom konsumentów i wymaganiom rynku postanowił zmienić treść umów ubezpieczenia dając możliwość częściowego zwrotu składki z tytułu wcześniejszej spłaty kredytu. Wydaje się więc obecnie, iż problem związany ze zwrotem składki ubezpieczeniowej na tzw. rynku bancassurance nie powinien stanowić problemu.

Działania Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz ochrony konsumentów zawierających umowy ubezpieczenia w bankach wymagały przeprowadzenia ogromnych prac analitycznych, badawczych, a także związanych z wprowadzeniem w życie lepszych standardów. Przeanalizowano setki skarg, przygotowano obszerny raport zawierający skomplikowaną ocenę prawną, wypracowano propozycje zmian. Przedstawiciele Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych opiniowali projekt Rekomendacji przygotowany przez Związek Banków Polskich. Jednak porównując sytuację klientów przed grudniem 2007 r. z sytuacją obecną należy stwierdzić, iż praca ta przyniosła oczekiwane efekty, a sytuacja konsumentów uległa znacznej poprawie. Sam fakt opracowania Raportu Rzecznika Ubezpieczonych wywołał dyskusję, zwrócił uwagę na zagrożenie praw konsumenta przystępującego do umowy ubezpieczenia w banku, o czym wcześniej nie mówiono i nie pisano. Obecnie ta gałąź działalności ubezpieczeniowej pozostaje w zainteresowaniu wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego, na równi z innymi ubezpieczeniowymi problemami. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż bez potrzeby wprowadzania „twardych” instrumentów prawnych w postaci zmian obowiązujących przepisów, dzięki współpracy instytucji zarówno prokonsumenckich, jak i działających na rzecz przedsiębiorców, udało się wypracować i wdrożyć pozytywne zmiany na rynku ubezpieczeń. To doświadczenie niezwykle istotne, ale rzadko w Polsce spotykane.

Rola Rzecznika Ubezpieczonych w ochronie zbiorowych interesów konsumentów na tle umów ubezpieczenia autocasco



*Paweł Wawszczak
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych*

Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów¹ (dalej: u.o.k.k.) wprowadziła istotne zmiany odnoszące się do zakazów praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Ustawodawca, podobnie zresztą jak w poprzednio obowiązującej ustawie z 2000 r. (art. 23a–23d) w art. 24–28 u.o.k.k. zamieścił regulacje dotyczące zarówno praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, jak i środków prawnych pozwalających na skuteczną ich eliminację z obrotu prawnego. W pierwszej kolejności należy wskazać na zawarty w art. 24 ust. 1 u.o.k.k. zakaz stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. To unormowanie stanowi swoiste novum w porównaniu do ustawy z 2000 r. W art. 24 ust. 2 u.o.k.k.

została zawarta natomiast definicja legalna praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Zgodnie z nią przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy. Ustawodawca bezwzględnie zakazał stosowania takich praktyk. Zbiorowe interesy konsumentów podlegają zatem ochronie przed działaniami przedsiębiorcy, które są sprzeczne z prawem tj. z przepisami określonych aktów prawnych oraz z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami. Jednocześnie ustawodawca dokonał typizacji nazwanych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumenta. Do antykompatydatywnych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, określonych w art. 24 ust 2 pkt 1–3, ustawodawca zaliczył: 1) stosowanie postanowień wzorców umownych, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c. 2) naruszenie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji 3) nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji godzące w zbiorowe interesy konsumentów.

Rzecznik Ubezpieczonych na podstawie kompetencji ustawowych, określonych w art. 26 ust. 4 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych², w przypadku stwierdzenia, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia naruszają interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia lub wyczerpują przesłanki postanowienia niedozwolonego albo są podobne co do treści lub celu z postanowieniem wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych, występuje do zakładów ubezpieczeń o ich weryfikację lub zmianę. Działania te od strony formalnej ułatwia dodatkowo art. 27 wskazanej ustawy, zgodnie z którym zakłady ubezpieczeń przekazują Rzecznikowi Ubezpieczonych teksty o.w.u., wzory umów i wniosków o ubezpieczenie oraz innych dokumentów i formularzy stosowanych przy zawieraniu tych umów. Rzecznik dokonuje więc sprawdzenia treści wzorców umownych w zakresie występowania w nich nieprawidłowości oraz wnioskuje do podmiotów rynkowych o dokonanie stosownych zmian. Co jest pozytywne większość zakładów ubezpieczeń, do których występuje Rzecznik deklaruje dokonanie właściwych zmian. Częstokroć w odpowiedzi na wystąpienia Rzecznika prezentowane są również propozycje nowego zapisu postanowienia, które zostało zakwestionowane przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Stanowisko i zapewnienia ubezpieczycieli w powyższym zakresie Rzecznik Ubezpieczonych przyjmuje z nieukrywaną satysfakcją. Działania te ale i towarzysząca im współpraca zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, niewątpliwie wpływają na poprawę ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych i jakość oferowanych produktów, jak również na poprawę w oczach polskiego społeczeństwa wizerunku branży ubezpieczeniowej.

Kontrola wzorców umownych dokonywana jest również w toku prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych postępowań skargowych. Jest to równoległa forma badania postanowień umownych pod kątem ich zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami. Tworzy to tym samym komplementarny system instytucjonalnej analizy przez Rzecznika Ubezpieczonych o.w.u. Wielokrotnie jest to także przyczynek do abstrakcyjnej lub formalnej kontroli wzorców umownych dokonywanej przez SOKiK lub Prezesa UOKiK. Odnotować również można przypadki, kiedy Rzecznik Ubezpieczonych w tzw. istotnym poglądzie w sprawie, wydanym na podstawie art. 63 k.p.c., przedstawia sądowi swoją opinię na temat określonego postanowienia umownego, które stanowiło podstawę do określonego stanowiska strony pozwanej.

Rzecznik Ubezpieczonych hołduje zasadzie konsensualnemu rozwiązaniu sporów lub problemów powstałych w czasie oferowania i wykonywania umów ubezpieczenia. Stąd też w pierwszej kolejności podejmuje interwencję

¹ Dz. U. z 2007 r., nr 50, poz. 331 z późn. zm.

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.

do autora wzorca umownego, oczekując jednocześnie na jego stanowisko względem zastrzeżeń Rzecznika lub na określone zobowiązanie. W sytuacji, gdy ubezpieczyciel nie podzielił stanowiska Rzecznika Ubezpieczonych w przedmiocie Jego oceny odnośnie posługiwania się postanowieniem, które można kwalifikować jako sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, jako postanowienie abuzywne lub o treści tożsamej albo o celu podobnym do postanowienia, które uprzednio zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych³, kierowane jest formalne zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Legitymacją do takiego działania jest nie tylko wyżej przywołany przepis art. 26 ust. 4 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, ale również przepis art. 100 u.o.k.k., zgodnie z którym każdy może zgłosić Prezesowi UOKiK na piśmie zawiadomienie dotyczące podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Przedmiotem wystąpień do Prezesa UOKiK są również wnioski o rozważenie zasadności wystąpienia z powództwem do sądu o uznanie określonego postanowienia wzorca umowy za niedozwolony. Poniżej zostaną przedstawione przykłady działalności w 2009 r. Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym obszarze i ich wyniki:

1. W dniu 12 czerwca 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – SOKiK⁴ uznał zapis wzorca umowy stosowany przez TUiR Warta S.A. o treści: *„Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd: wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie”* za niedozwolony i zakazał jego stosowania. Powyższy zapis został umieszczony w dniu 12 września 2007 r. w rejestrze klauzul abuzywnych, pod numerem 1264. W uzasadnieniu orzeczenia SOKiK uznał, iż: zapis ten zawiera nieoczywiste, nieprecyzyjne sformułowania takie jak: *„innym dokumencie”*, *„dane zgodne z rzeczywistością”*, *„naruszono ograniczenia w obrocie”*. Takie ujęcie postanowienia powodowało niejasną sytuację konsumenta co do tego o jakie dane chodzi, w jakich dokumentach oraz co oznacza zgodność z rzeczywistością i jakie jest ich znaczenie. Sąd uznał, iż taki zapis był niezgodny z art. 385¹ § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁵ (dalej: k.c.) jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interesy konsumentów. Sprzeczność z dobrymi obyczajami – w ocenie Sądu – wyrażała się w nierzetelnym, nierównym traktowaniu konsumenta jako partnera umowy, niewłaściwym informowaniu o przysługujących mu uprawnieniach oraz wykorzystywaniu pozycji profesjonalisty. Jednocześnie, w ocenie Sądu, powyższy zapis wyczerpywał przesłanki przykładowych niedozwolonych klauzul umownych określonych w art. 385³ pkt 2,9 k.c., jak również był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny, bowiem pomimo zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, po zawarciu umowy ubezpieczenia, narażał konsumenta na odmowę wykonania zobowiązań przez ubezpieczyciela, mimo spełnienia świadczenia przez konsumenta.

Rzecznik Ubezpieczonych przeanalizował wzorce o.w.u. autocasco pod kątem stosowania przez innych ubezpieczycieli postanowienia o tożsamej treści lub podobnym celu do klauzuli wpisanej do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem 1264. Wynikiem tej analizy było skierowanie 15 zawiadomień o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Zawiadomienia dotyczyły o.w.u. autocasco i następujących zakładów ubezpieczeń: TU Allianz Polska S.A, AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce, BENEFIA TU S.A. VIG, BRE Ubezpieczenia TU S.A., Concordia Polska TUW, Generali TU S.A., InterRisk TU S.A., Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce, MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Polski Związek Motorowy TU S.A., Pocztove TUW, PZU S.A., STU Ergo Hestia S.A., UNIQA TU S.A., TUW „TUZ”.

W odpowiedzi na powyższe zawiadomienia Rzecznika Ubezpieczonych, Prezes UOKiK powiadomił o podjęciu w ramach posiadanych kompetencji działań w celu wyeliminowania z obrotu kwestionowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych postanowień o.w.u. Analiza wzorców umownych wprowadzanych do obrotu w ciągu 2009 roku wskazuje, iż przeważająca większość ubezpieczycieli dostosowała postanowienia do treści wynikające z treści wyroku SOKiK w wyżej wskazanej sprawie. Warty zaznaczenia jest również to, iż z zawiadomienia Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 29 kwietnia 2009 r. w stosunku do PZU S.A., Prezes UOKiK decyzją nr rwr 41 / 2009 z dnia 30 grudnia 2009 r. stwierdził stosowanie przez ubezpieczyciela praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów *poprzez stosowanie* postanowienia z § 8 ust. 1 pkt 10 ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco dla klienta indywidualnego

³ W uchwale z dnia 13 lipca 2006 r. (sygn. akt III SZP 3 / 06), SN wskazał, iż stosowanie postanowień wzorców umów o treści tożsamej z treścią postanowień uznanych za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie - SOKiK i wpisanych do rejestru, o którym mowa w art. 47945 § 2 k.p.c. może być uznane w stosunku do innego przedsiębiorcy za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. W wyżej wskazanej uchwale SN wskazał również, że jeżeli SOKiK uzna określoną klauzulę za niedozwoloną w wyniku przeprowadzenia kontroli abstrakcyjnej i zostanie ona wpisana do rejestru, wówczas praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 23a ust. 2 u.o.k.k. dopuszcza się każdy z przedsiębiorców, który wprowadza do stosowanych klauzul zmiany o charakterze kosmetycznym, polegające na przestawieniu szyku wyrazów lub zmianie użytych wyrazów, jeżeli modyfikacje te nie prowadzą do zmiany istoty klauzuli.

⁴ Sygn. akt XVII AmC 103 / 07.

⁵ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

oraz małego lub średniego przedsiębiorcy⁶ o treści oraz celu podobnym do klauzuli wpisanej do rejestru postanowień wzorców umownych uznanych za niedozwolone pod nr 1264 i nałożył karę pieniężną.

2. W dniu 2 października 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – SOKiK uznał zapis wzorca stosowany przez TU Compensa S.A. o treści: „*Compensa nie odpowiada za szkody powstałe w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody*” za niedozwolony i zakazał jego stosowania⁷. W ocenie SOKiK, zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać ubezpieczający, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zdaniem Sądu, zastosowanie tak surowej sankcji jako odmowa wypłaty odszkodowania każdorazowo warunkowane być musi istnieniem związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Zakwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zdaniem Sądu, istotnym było również to, że zakwestionowane postanowienie, w ogóle nie uwzględniało przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktyczny. W konsekwencji, stosując kontestowane postanowienie, ubezpieczyciel zastrzegł sobie prawo do wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadkach, gdy ubezpieczający podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych ubezpieczających dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto zakwestionowany wzorec umowny nie wskazywał, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeśli takich ustaleń miał dokonywać tylko ubezpieczyciel, to w takim kształcie postanowienia, jego ustalenia mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w sposób oczywisty wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385³ pkt 9 k.c. W dniu 20 grudnia 2007 r. przedmiotowe postanowienie umowne zostało wpisane przez Prezesa UOKiK do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1291. Należy dodać, iż w dniu 25 lutego 2009 r. SOKiK uznał zapis stosowany przez Interrisk TU S.A. o treści: „*Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w okolicznościach innych, niż podano w zgłoszeniu szkody*” za niedozwolony i zakazał jego stosowania⁸. Przedmiotowe postanowienie zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych w dniu 29 lipca 2009 r. pod numerem 1654. Ponadto w dniu 3 sierpnia 2009 roku SOKiK uznał zapis o.w.u. stosowanych przez AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. o treści: „*Nie odpowiadamy również za szkody, jeżeli doszło do niej w innych okolicznościach niż podano przy jej zgłoszeniu*” za niedozwolony i zakazał jego stosowania⁹. W dniu 30 października 2009 r. przedmiotowe postanowienie wzorca umownego zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem 1714.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonał analizy wzorców umownych pod kątem stosowania przez innych ubezpieczycieli postanowień o treści lub celu tożsamym z wyżej przywołanymi klauzulami abuzywnymi. W wyniku tej analizy Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do 9 zakładów ubezpieczeń o zmianę w tym zakresie 11 o.w.u. autocasco. Wszystkie zakłady ubezpieczeń, do których wystąpił Rzecznik zobowiązały się do niezwłocznego dokonania zmian. Ponadto w dniu 23 listopada 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez TUiR WARTA S.A., praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez zawarcie w § 5 ust. 1 pkt 6 o.w.u. autocasco KOMFORT, w § 5 ust. 1 pkt 6 o.w.u. autocasco STANDARD oraz § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. autocasco MINI postanowienia o treści zbieżnej z treścią postanowień wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem: 1291 i 1654 oraz 1714. W odpowiedzi na przedmiotowe zawiadomienie Prezes UOKiK poinformował Rzecznika o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania przedmiotowego postanowienia z obrotu prawnego.

3. W dniu 11 października 2007 r. na mocy wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – SOKiK¹⁰ postanowienie o treści: „*Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego miesięcznego wypowiedzenia przez każdą ze stron umowy w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania*” zostało uznane za niedozwolone i zakazano jego stosowania. W dniu 24 stycznia 2008 r. przedmiotowe postanowienie zostało wpisane do rejestru klauzula abuzywnych. W ocenie SOKiK wyżej przywołane postanowienie było niezgodne z art. 385³ pkt 15 i 22 oraz art. 385¹ k.c. Zdaniem Sądu klauzula ta umożliwiała ubezpieczycielowi na wypowiedzenie

⁶ Treść zakwestionowanego postanowienia: „*ubezpieczeniem nie są objęte szkody: (...) w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na obszar celnego Unii Europejskiej tj. wówczas, gdy pojazd nie został dostarczony lub zgłoszony do miejsca kontroli celnej albo w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie podano nieprawdziwe dane, o ile przyczyna tak rozumianej nielegalności nie ustala*”.

⁷ Sygn. akt XVII AmC 123 / 07.

⁸ Sygn. akt XVII AmC 252 / 08.

⁹ Sygn. akt XVII AmC 249 / 08.

¹⁰ Sygn. akt XVII AmC 68 / 06.

umowy zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w szczególności umożliwiła wypowiedzenie umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. W takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy. Ponadto w dniu 16 kwietnia 2007 r. SOKiK uznał zapis stosowany przez TU Allianz Polska S.A. o treści: „*Po wystąpieniu szkody każda ze stron ma prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy jest dopuszczalne tylko w ciągu 30 dni od dnia wypłaty odszkodowania lub od dnia otrzymania przez właściciela odmowy odszkodowania*” za niedozwolony i zakazał jego stosowania¹¹. W dniu 7 kwietnia 2008 r. przedmiotowe postanowienie zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonał analizy wzorców umownych pod kątem stosowania przez innych ubezpieczycieli postanowień o treści lub celu tożsamym z wyżej przywołanymi klauzulami abuzywnymi. W wyniku tej analizy Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do 2 zakładów ubezpieczeń o zmianę postanowień, które w opinii Rzecznika były zbieżne z treścią postanowień wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1305 i 1368. Zakłady ubezpieczeń zobowiązały się do usunięcia zakwestionowanych postanowień umownych.

Jak to zostało na wstępie wskazane praktyką naruszającą zbiorowe interesy konsumentów jest każde działanie przedsiębiorcy, które jest sprzeczne z prawem tj. z określonymi przepisami określonych aktów prawnych oraz z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami. W przypadku umów ubezpieczenia praktyką naruszającą zbiorowe interesy konsumentów może być stosowanie we wzorcu postanowienia, które jest sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z przepisami k.c. i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

4. W dniu 29 kwietnia 2009 r., Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Prezesa UOKiK zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez PZU S.A. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie we wzorcu umownym pn. „*Ogólne warunki ubezpieczenia autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego i średniego przedsiębiorcy*”¹² postanowienia o treści: „*składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz niewykorzystanej sumy ubezpieczenia*”. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych wyżej przywołane postanowienie umowne pozostawało w sprzeczności z treścią obowiązujących przepisów prawa oraz stało w opozycji do dobrych obyczajów i rażąco naruszało interesy konsumentów. Sprzeczność z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa przejawiała się w naruszeniu dyspozycji normy z art. 813 k.c. Zgodnie z tym przepisem składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Norma ta jako jedyne kryterium ustalania wysokości składki podlegającej zwrotowi podaje wyłącznie długość okresu niewykorzystanej ochrony. Tym samym nie można uzależniać wysokości zwracanej składki od żadnych innych czynników, w tym od zakresu, w jakim ubezpieczyciel wykonał swoje zobowiązanie. Kwestionowane postanowienie umowne – w opinii Rzecznika Ubezpieczonych – można również kwalifikować jako postanowienie kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające jego interesy, i tym samym za niezgodne z art. 385¹ §1 k.c.

W przypadku powyższego zawiadomienia Prezes UOKiK decyzją nr rwr 41/2009 z dnia 30 grudnia 2009 r. stwierdził praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 u.o.k.k. – w postaci posługiwania się postanowieniem o treści przywołanej i nałożyła na zakład ubezpieczeń karę pieniężną.

5. W dniu 23 listopada 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez TUIR WARTA S.A., praktyki naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez ukształtowanie treści postanowienia umownego § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. autocasco KOMFORT, § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. autocasco STANDARD oraz § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. autocasco MINI w sposób sprzeczny z treścią art. 827 § 1 i § 3 k.c.; Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. „*Warta nie odpowiada za szkody spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego, inne osoby upoważnione do korzystania z pojazdu, a także osoby, z którymi Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym*”. Przedmiotem zarzutu Rzecznika Ubezpieczonych względem postanowienia umownego z § 5 ust. 1 pkt 1 o.w.u. była jego sprzeczność z treścią bezwzględnie obowiązującego art. 827 § 1 i § 3 k.c. Zgodnie z § 1 tegoż przepisu, ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Sprzeczność ta, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, polegała na pominięciu

¹¹ Sygn. akt AmC 42 / 06.

¹² O.w.u. ustalone uchwałą Zarządu PZU S.A. Nr UZ / 83 / 2008 z dnia 12 lutego 2008 r., mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po dniu 31 maja 2008 r.

możliwości wypłaty odszkodowania w przypadku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego, jeżeli zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Innymi słowy, doszło do zawężenia w o.w.u., treści bezwzględnie obowiązującego przepisu art. 827 § 1 k.c. Ponadto zgodnie z treścią art. 827 § 3 k.c. jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Sprzeczność z treścią art. 827 § 3 k.c. polegała na tym, że TUiR WARTA S.A. wyłączyło swoją odpowiedzialność także w przypadku szkód wyrządzonych przez osoby pozostające z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli stopień winy sprawcy szkody kwalifikowany był w postaci rażącego niedbalstwa.

W odpowiedzi na przedmiotowe zawiadomienie Rzecznika Ubezpieczonych, Prezes UOKiK poinformował o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania przedmiotowego zapisu z obrotu prawnego.

6. W dniu 14 lipca 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Prezesa UOKiK w sprawie zapisu § 27 ust. 5 o.w.u. autocasco, oferowanego przez GENERALI TU S.A., w myśl którego: „*Generali uzależnia wypłatę odszkodowania za szkody polegające na stracie pojazdu od przeniesienia własności pojazdu na Generali, dostarczenia postanowienia o umorzeniu dochodzenia oraz zaświadczenia o wyrejestrowaniu pojazdu*”. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych powyższe postanowienie stanowi naruszenie zbiorowych interesów konsumentów poprzez stwarzanie nadmiernych trudności w realizacji praw ubezpieczającego, jako wierzyciela wynikających z umowy ubezpieczenia autocasco. Żądanie omawianych dokumentów prowadzi do nieuzasadnionego przedłużenia okresu likwidacji szkody, skutkując tym samym naruszeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów regulujących tę kwestię (art. 817 k.c.).

W odpowiedzi na powyższe zawiadomienie, Prezes UOKiK poinformował, iż z uwagi na to, że kwestionowane postanowienie może kształtować prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, naruszając tym samym interesy konsumentów poprzez nieuzasadnione wydłużenie czasu likwidacji szkody, podejmie działania mające na celu wyeliminowanie przedmiotowego postanowienia z obrotu.

7. Pismem z dnia 21 października 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych poinformował o dostrzeżonych nieprawidłowościach w postanowieniu § 18 ust. 8 wzorca umownego pn. „Ogólne warunki ubezpieczenia autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego i średniego przedsiębiorcy”, w świetle którego „*w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jeżeli odszkodowanie lub suma tego odszkodowania i odszkodowań dotąd wypłaconych przekracza dwukrotnie kwotę składki pozostałej do zapłacenia lub powoduje wyczerpanie sumy ubezpieczenia, raty składki, których termin płatności przypada po dniu wypłaty odszkodowania, stają się natychmiast wymagalne i płatne w dniu wypłaty odszkodowania*”. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych powyższe postanowienie umowne stoi w sprzeczności z celem i treścią umowy ubezpieczenia, o których mowa w art. 805 k.c., kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, a także stanowi zaprzeczenie instytucji rozłożenia składki na raty, która w swej istocie ma rozkładać w czasie ciężary finansowe nałożone na stronę umowy, a nie potęgować je w chwili najmniej korzystnej dla konsumenta.

W odpowiedzi na zawiadomienie Rzecznika, Prezes UOKiK poinformował, o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania wyżej przywołanego postanowienia z obrotu prawnego.

Powyższe przykłady działalności Rzecznika Ubezpieczonych wskazują na dużą wagę jaką Rzecznik przykładają do instytucjonalnej ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych, zarówno na etapie oferowania produktów ubezpieczeniowych, jak również w toku wykonywania zobowiązań z umowy ubezpieczenia. Wystąpienia Rzecznika Ubezpieczonych stanowią nie tylko znaczącą pomoc merytoryczną w pracach nad nowelizacją wzorców umownych, ale również istotnie przyczyniają się do eliminacji z obrotu prawnego postanowień wzorców umownych, które są sprzeczne z prawem lub wyczerpują znamiona postanowień niedozwolonych albo są podobne do postanowień uprzednio wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych. Istotną rolę dla usuwania z praktyki obrotu nieprawidłowości ujawnianych w związku z analizą o.w.u. oraz skarg kierowanych przez konsumentów odgrywa także współdziałanie Rzecznika z innymi urzędami i instytucjami, do których ustawowych zadań należy ochrona praw konsumentów.

Analizując nasze doświadczenia i wyniki dotychczasowej działalności w omawianym obszarze, dostrzegamy potrzebę położenia jeszcze większego niż dotychczas nacisku na współpracę z Prezesem UOKiK w celu wyeliminowania z obrotu prawnego zdiagnozowanych w produktach ubezpieczeniowych klauzul abuzywnych. Wspólne działania Rzecznika Ubezpieczonych i UOKiK w roku ubiegłym w zakresie ujawniania nieprawidłowości w masowych produktach ubezpieczeniowych potwierdza skuteczność tak rozumianego współdziałania. Korzystając z tych doświadczeń aktualnie w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych została wyodrębniona specjalna komórka, której zadaniem będzie szersze badanie wybranych wzorców umów ubezpieczenia i w uzasadnionych przypadkach wszczynanie stosowanych postępowań.

Kradzież a przywłaszczenie w ubezpieczeniu autocasco

Ubezpieczenie autocasco jest jednym z najpopularniejszych i najchętniej kupowanych ubezpieczeń. Produkt ten oferowany jest przez znakomitą większość ubezpieczycieli działających na polskim rynku w obrębie ubezpieczeń majątkowych. Popularność tego ubezpieczenia wynika również z faktu, iż pojazdy, często niezbędne w codziennym funkcjonowaniu, nierzadko stanowią mienie nabyte kosztem pewnych wyrzeczeń, lub długotrwałego odkładania środków finansowych. To często przesądza o chęci maksymalnego zabezpieczenia swego dorobku i stanowi asumpt do zawarcia umowy ubezpieczenia autocasco z uwzględnieniem przede wszystkim odszkodowania w przypadku utraty pojazdu, niezależnie od okoliczności w jakich doszło do utraty pojazdu.

Z lektury treści o.w.u. autocasco oferowanych przez kilkunastu ubezpieczycieli wynika, iż w produktach tych zakłady ubezpieczeń, przewidując odszkodowanie w przypadku kradzieży, wyłączają jednak swą odpowiedzialność, gdy utrata pojazdu nastąpi w wyniku przywłaszczenia. Niektórzy ubezpieczyciele decydują się w sposób jednoznaczny zawrzeć w wyłączeniach tę przyczynę utraty pojazdu, stosując definicję przywłaszczenia dość rozbudowaną i w miarę przystępną dla przeciętnego ubezpieczającego. Taką definicję – choć mogącą jednak sprawić nieco problemu z jej zrozumieniem z uwagi na specyficzne jej sformułowanie – wprowadziła np. Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group. Ubezpieczyciel ten, w § 8 ust. 8, pkt 10, lit. a) o.w.u. ubezpieczenia pojazdów „Compensa Komunikacja” zawarł zapis, iż przywłaszczeniem jest „*włączenie do swego majątku pojazdu, jego części lub wyposażenia, jeżeli przywłaszczona rzecz wcześniej znajdowała się w legalnym posiadaniu sprawcy*”. Identyczne postanowienie wprowadziło PZM TU S.A. Vienna Insurance Group. PZU S.A. zaś w swym ubezpieczeniu autocasco przywłaszczenie zdefiniowało jako „*bezprawne włączenie pojazdu do swego majątku lub wykonywanie wobec niego w inny sposób uprawnień właściciela przez osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu*” – w tym przypadku jednak duże zastrzeżenia budzi wprowadzenie alternatywy w postaci wykonywania innych uprawnień właścicielskich – jest to rozszerzenie niezrozumiałe i przez to budzące poważne wątpliwości. Również UNIQA TU S.A. sformułowało definicję przywłaszczenia w sposób dość przystępny zawierając w o.w.u. Auto Casco postanowienie, iż przywłaszczeniem jest „*rozporządzenie cudzym mieniem jak własnym, gdy to mienie wcześniej legalnie znalazło się we władaniu sprawcy*”. Pomimo dość jasnego zdefiniowania pojęcia „przywłaszczenie”, może warto byłoby jeszcze dla ułatwienia zastąpić sformułowanie „rozporządzenie cudzym mieniem” np. sformułowaniem „rozporządzenie mieniem ubezpieczonego”.

Większości jednak przypadków definicję przywłaszczenia zawartą w o.w.u. ograniczają się niestety wyłącznie do odesłania ubezpieczającego do odpowiedniego przepisu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny¹ (dalej: k.k.), który penalizuje ten czyn zabroniony. W konsekwencji ubezpieczający zostaje odesłany do lektury kodeksu karnego, tj. do przepisu art. 284. Rozwiązanie takie zostało zastosowane przez MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w ubezpieczeniu „Mój samochód” – w § 3 ust. 28 o.w.u. zdefiniowano bowiem przywłaszczenie jako „*zachowanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 284 k.k.*”. Podobny zapis zastosowało STU Ergo Hestia S.A. określając w ubezpieczeniu autocasco dla klientów indywidualnych oraz małych i średnich przedsiębiorstw przywłaszczenie jako „*działanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 284 k.k.*”; HDI Asekuracja TU S.A. zaś, w § 2 pkt 4 o.w.u. Auto-Casco zastrzegło, iż „*w pojęciu kradzieży nie mieści się przywłaszczenie o znamionach objętych art. 284 k.k. i wymuszenie rozbójnicze z art. 282 k.k.*”. Również TUir WARTA S.A. w proponowanym ubezpieczeniu autocasco w słowniczku pojęć zawartym w § 2 o.w.u., definiując kradzież wprowadziła postanowienie, iż „*pojęcie to nie obejmuje przywłaszczenia, o którym mowa w art. 284 k.k.*”. Także PTU S.A. wyłączyło ryzyko przywłaszczenia definiując je jako „*działanie sprawcy o znamionach określonych w art. 284 Kodeksu Karnego*”. Podobne definicje przyjęły również Liberty Direct oraz Generali TU S.A.

Tak określony zakres ubezpieczenia wyklucza wypłatę odszkodowania w sytuacji, gdy do utraty pojazdu dojdzie np. w przypadku pozostawienia go w warsztacie naprawczym, myjni czy też u komisanta – stosownie do przepisów kodeksu karnego bowiem, popełniony tu czyn nosi znamiona przywłaszczenia, tj. przestępstwa określonego w art. 284 k.k. Oznacza to zatem brak odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń ze względu na wprowadzone do ubezpieczenia autocasco wyłączenie szkody powstałej na skutek przywłaszczenia pojazdu.

Nie kwestionując prawa zakładu ubezpieczeń do kształtowania zakresu ochrony ubezpieczeniowej zauważyć jednak trzeba, iż przeciętny ubezpieczający wykupując ubezpieczenie autocasco oczekuje jak najpełniejszej ochrony ubezpieczeniowej, szczególnie w zakresie utraty pojazdu. Nie będąc jednak znawcą prawa karnego, niezależnie od okoliczności, w których doszło do utraty pojazdu, w jego ocenie zawsze będzie to utrata w wyniku kradzieży. Dla ubezpieczającego bowiem, przy ocenie zdarzenia rozstrzygający będzie skutek tego zdarzenia, a nie kwalifikacja



Ewa Kiziewicz
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.

prawną czynu, w wyniku którego doszło do utraty pojazdu. Dlatego też utrata pojazdu po wcześniejszym pozostawieniu go w warsztacie naprawczym, myjni czy też komisie, niezależnie od podmiotu odpowiedzialnego z całą pewnością w ocenie poszkodowanego będzie kradzieżą.

Niezależnie od negatywnej oceny sposobu zdefiniowania pojęcia „przywłaszczenie”, tj. poprzez odesłanie ubezpieczającego do przepisów kodeksu karnego, warto wspomnieć, iż brzmienie przepisów penalizujących kradzież i przywłaszczenie nie pozwala przeciętnemu ubezpieczającemu na zrozumienie różnicy pomiędzy tymi dwoma przestępstwami. Zgodnie bowiem z art. 278 § 1 k.k. do kradzieży dochodzi, gdy sprawca zabiera w celu przywłaszczenia cudzą rzecz ruchomą, przywłaszczenie zaś, stosownie do art. 284 § 1 k.k. ma miejsce wówczas, gdy sprawca przywłaszcza sobie cudzą rzecz ruchomą lub prawo majątkowe. W konsekwencji, odesłanie ubezpieczającego po wyjaśnienie pojęcia „przywłaszczenie” do przepisu kodeksu karnego oznacza otrzymanie przez ubezpieczającego informacji, iż „*przywłaszczenie to sytuacja, gdy sprawca sobie coś przywłaszcza*”, co *de facto* sprowadza się do informacji, że „*przywłaszczenie to przywłaszczenie*”. Ma tu zatem miejsce definiowanie wyrażenia poprzez powołanie tego właśnie wyrażenia – już samo to – o czym będzie mowa później – stanowi o niejasności sformułowania o.w.u., które w myśl ustawy winny być precyzyjne i zrozumiałe.

Jak wspomniano, przeciętny ubezpieczający z pewnością ma problemy ze zrozumieniem różnicy pomiędzy kradzieżą, a przywłaszczeniem – z przepisów kodeksu karnego wynika jedynie to, iż kradzieżą jest zabór w celu przywłaszczenia, podczas gdy w przypadku przywłaszczenia element zaboru nie występuje. Nie wydaje się, by przeciętny ubezpieczający zdawał sobie sprawę, iż „*przez zabór należy rozumieć wyjęcia władztwa osoby nią władającej (właściciela, posiadacza, dzierżyciela) i przeniesienie go w sferę władztwa sprawcy zaboru*”² i co w konsekwencji oznacza brak tego elementu w przypadku przywłaszczenia. Zrozumienie pojęcia „przywłaszczenie” wymaga zatem od ubezpieczającego – choć tak być nie powinno – sięgnięcia do innych źródeł, niż kodeks karny, źródeł łatwo dostępnych i zrozumiałych. Sięgnąwszy do „Słownika języka polskiego PWN – wydania internetowego” przeczytać można, iż przywłaszczenie jest to „*przestępstwo polegające na bezprawnym rozporządzeniu jak swoją własnością cudzym mieniem ruchomym*”. Biorąc pod uwagę, jak powszechnym nośnikiem informacji jest internet oraz to, iż wiarygodność słownika języka polskiego firmowanego przez wydawnictwo PWN nie powinna być kwestionowana, zawarta tam definicja przywłaszczenia nadal nie wyjaśnia, na czym polega różnica pomiędzy przywłaszczeniem, a kradzieżą. Prawdopodobnie definicję przywłaszczenia można znaleźć w niektórych słownikach języka polskiego, czy też w słownikach wyrazów obcych, jednak nie można z góry założyć, iż przeciętny ubezpieczający będzie dysponował lub będzie miał dostęp, nie tylko do kodeksu karnego, ale także – z uwagi na to, iż sam kodeks niczego nie wyjaśni – do słowników, w których znajdzie zrozumiałą definicję przywłaszczenia. Prawidłową definicję przywłaszczenia można znaleźć np. w „Encyklopedii Prawa”, do której przeciętny ubezpieczający zazwyczaj dostępu jednak nie ma i – co więcej – nie ma świadomości, że takowa w ogóle istnieje. Zgodnie z definicją tam zawartą „*przywłaszczenie polega na rozporządzeniu cudzą rzeczą lub prawem majątkowym jak własnym i gdy ta rzecz lub prawo legalnie znalazły się w posiadaniu sprawcy, np. sprawca pożyczył rzecz, a następnie odmówił jej oddania*”³. W przypadku, gdy ubezpieczający nie dysponuje ani słownikami, ani też „Encyklopedią prawa” może sięgnąć także po orzecznictwo, w którym sądy powszechne i SN wskazały w sposób jasny różnicę pomiędzy przywłaszczeniem a kradzieżą. I tak np. w wyroku SN z dnia 6 stycznia 1978 r. (sygn. akt V KR 197 / 77) Sąd stwierdził, iż „*przywłaszczeniem w rozumieniu kodeksu karnego jest bezprawne, z wyłączeniem osoby uprawnionej, rozporządzenie znajdującym się w posiadaniu sprawcy, cudzym mieniem ruchomym przez włączenie go do majątku swego lub innej osoby i powiększenie w ten sposób swojego lub innej osoby stanu posiadania*”. Również w wyroku SN z dnia 4 sierpnia 1978 r. (sygn. akt Rw 285 / 78) Sąd zauważył, iż „*różnica między przestępstwem kradzieży (art. 203 § 1 k.k. – w obecnym stanie prawnym art. 278 § 1 k.k. – przyp. autora) a przestępstwem przywłaszczenia (art. 204 § 1 k.k. – w obecnym stanie prawnym art. 284 § 1 k.k. – przyp. autora) polega na tym, że sprawca kradzieży zabiera z posiadania innej osoby cudze mienie ruchome w celu przywłaszczenia, natomiast sprawca przestępstwa określonego w art. 204 § 1 k.k. przywłaszcza sobie cudze mienie ruchome, które nie zostało mu powierzone, jednakże znalazło się już w jego legalnym, nie bezprawnym, posiadaniu*”. Powyższe, wskazane przez SN rozumienie pojęcia przywłaszczenie jest oczywiste dla osób obeznanych z zasadami prawa karnego – nie tylko z prawem materialnym, ale także doktryną i judykaturą. Przeciętny ubezpieczający wiedzy takiej nie posiada, dlatego też konstruowanie wyłączenia spod ochrony ubezpieczeniowej w sposób uniemożliwiający ubezpieczającemu zrozumienie jego sensu i korzystanie przez zakład ubezpieczeń z „dobrodziejstwa” tego wyłączenia jest ze strony zakładu ubezpieczeń ewidentnym nadużyciem, a przede wszystkim naruszeniem przepisu art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej⁴ (dalej: u.d.u.), który stanowi, iż ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, przy czym stosownie do ust. 4 powołanego art., postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Warto zauważyć, iż także linia orzecznictwa istniejąca jeszcze przed wejściem w życie powołanego przepisu z całą stanowczością opowiadała się za ochroną konsumenta w podobnych przypadkach

² M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2008, s. 1019.

³ U. Kalina-Prasznik (red.), *Encyklopedia Prawa*, Wydawnictwo C.H. Beck, wyd. III, Warszawa 2004, s. 633.

⁴ Tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. nr 11, poz. 66.

zaznaczając, iż konsument nie może ponosić negatywnych konsekwencji niestarannej redakcji o.w.u. i zawartych w nich niejasnych sformułowań. Można tu powołać wiele orzeczeń, m.in. orzeczenie SN z dnia 10 grudnia 2003 r. (sygn. akt V CK 35 / 03), w myśl którego w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień o.w.u., należy interpretować na korzyść ubezpieczonego. Sprzeczne z zasadami współzycia społecznego jest obciążanie ubezpieczonych negatywnymi konsekwencjami wadliwej i niedbałej ich redakcji. Podobną opinię SN wyraził w wyroku z dnia 18 marca 2003 r. (sygn. akt IV CKN 1858 / 00), w którym podkreślił także, iż ubezpieczyciel jako autor ogólnych warunków ubezpieczenia, a przy tym profesjonalista, ma obowiązek sformułować je precyzyjnie.

W tym miejscu należy jednak przeanalizować kwestię, czy w omawianym przypadku przepis art. 12 ust. 4 u.d.u. nakazujący interpretację niejednoznacznych postanowień o.w.u. na korzyść konsumenta rzeczywiście będzie miał zastosowanie. Postanowienie bowiem odsyłające do kodeksu karnego po definicję pojęcia „przywłaszczenie” wydaje się być postanowieniem jednoznacznym. Zrozumienie tego postanowienia nie wymaga interpretacji, lecz sięgnięcia do specjalistycznych, a zatem najczęściej niedostępnych, materiałów – doktryny, czy też orzecznictwa. Znaczenie pojęcia „przywłaszczenie” funkcjonujące w prawie karnym jest oczywiste – jasno wskazuje cechy tego czynu zabronionego, a co za tym idzie jego kwalifikację prawną. Na czym miałyby zatem polegać korzystna dla konsumenta interpretacja postanowienia o.w.u. określającego przywłaszczenie jako czyn z art. 284 § 1 k.k. i jaki byłby jej wynik? Odpowiadając na to pytanie warto byłoby może przeanalizować powyższy problem w kontekście zakwalifikowania tego postanowienia do grupy klauzul niedozwolonych, o których mowa w art. 385¹ § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁵ (dalej: k.c.). Powołany wcześniej art. 12 ust. 3 u.d.u. stanowi, iż o.w.u. oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały – jest to bezwzględnie obowiązująca norma chroniąca prawa i interesy ubezpieczającego, a jej naruszenie może skutkować naruszeniem interesów ubezpieczającego. Stosowanie w o.w.u. niezrozumiałych postanowień jest już samo w sobie naruszeniem prawa ubezpieczającego do czytelności dla niego ujęcia warunków umowy. Jest bezwzględnym prawem i służy ochronie interesów ubezpieczającego otrzymanie wzorca umownego precyzującego w najwyższym stopniu jego prawa i obowiązki, ponieważ od tego zależy ocena ubezpieczenia, jego wybór przez ubezpieczającego, a przede wszystkim jego oczekiwania wobec ubezpieczyciela w związku z zawartą umową, w tym przekonanie o prawie do odszkodowania w przypadku utraty pojazdu niezależnie od jej okoliczności. O ile przyjmie się, iż postanowienie odsyłające do kodeksu karnego po definicję przywłaszczenia może być uznane za jednoznaczne, o tyle z całą pewnością zrozumiałe dla ubezpieczającego nie jest. Postanowienie to zatem nie spełnia wymogu zawartego w art. 12 ust. 3 u.d.u. zrozumiałego formułowania postanowień o.w.u. – a więc obowiązku sprecyzowania praw ubezpieczającego – co w konsekwencji przesądza o naruszeniu interesu ubezpieczającego, gdyż kształtuje prawo ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Tym samym, stosownie do art. 385¹ § 1 k.c., postanowienie takie należałoby zakwalifikować do grupy klauzul niedozwolonych, co stosownie do powołanego art. w konsekwencji oznaczałoby, iż postanowienie to nie wiąże konsumenta – ubezpieczającego. Zauważyć także trzeba, iż katalog klauzul niedozwolonych zawarty w art. 385³ k.c. jest katalogiem otwartym.

Niewątpliwie pojęcie „przywłaszczenie” definiowane poprzez odesłanie do przepisu art. 284 § 1 k.k. – *notabene* takiego wyjaśnienia niezawierającego – na podstawie art. 12 u.d.u. winno skutkować uznaniem tego postanowienia za niezrozumiałe, a przez to naruszające prawo konsumenta, a więc niedozwolone, co oznacza wykluczenie możliwości stosowania wyłączenia spod ochrony ubezpieczeniowej przypadków utraty pojazdu w wyniku przywłaszczenia. W konsekwencji takie szkody należy traktować jako szkody kradzieżowe z uwagi na potoczne rozumienie każdej utraty pojazdu jako kradzieży – najistotniejszy winien tu być zatem skutek zdarzenia, a nie jego kwalifikacja prawna. Nawet jeśli definiując w ogólnych warunkach ubezpieczenia pojęcie „kradzież”, „kradzież z włamaniem”, „kradzież rozbójnicza”, zakład ubezpieczeń odesła ubezpieczającego do odpowiednich przepisów kodeksu karnego, to jednak – w przeciwieństwie do pojęcia „przywłaszczenie” – pojęcie „kradzież”, jako funkcjonujące w powszechnym obrocie, raczej nie budzi wątpliwości. Jednak jeśli brak jest w o.w.u. zrozumiałych i precyzyjnych definicji obu tych pojęć, szkody powstałe w wyniku przywłaszczenia winny zostać zaliczone do szkód kradzieżowych. Takie zdanie wyraził w kilku orzeczeniach SN. I tak, w wyroku z dnia 28 listopada 2002 r. (sygn. akt II CKN 1046 / 00), SN stwierdził, iż jeżeli wolą zakładu ubezpieczeń byłoby, aby określenie „kradzież” rozumieć wyłącznie tak jak przewidują to przepisy kodeksu karnego, to powinien to wyraźnie zastrzec w treści AC. Tylko wtedy mógłby się skutecznie powoływać na brak swojej odpowiedzialności za szkody spowodowane przywłaszczeniem samochodu przez komisanta, któremu ubezpieczony powierzył samochód. W uzasadnieniu tego orzeczenia SN zakwestionował opinię Sądu Apelacyjnego, w której uznał on, że użyte w o.w.u. AC określenie „kradzież” jest jednoznacznie rozumiane w prawie karnym i języku potocznym, zatem oczywiste było, iż zdarzenie, które spowodowało szkodę, nie było kradzieżą, lecz przywłaszczeniem. Kwestionując powyższe stwierdzenie SN uznał, że poza terminologią prawa karnego, która rzeczywiście wyraźnie odróżnia przestępstwo kradzieży od przywłaszczenia, brak takiej wyraźnej dystynkcji pomiędzy tymi pojęciami. Sąd stwierdził również, iż w języku potocznym wcale tak wyraźnie nie odróżnia się kradzieży od przywłaszczenia. W tej sytuacji, jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczenia AC zakład ubezpieczeń przyjął na siebie odpowiedzialność za szkody spowodowane kradzieżą, bez bliższego sprecyzowania jak rozumieć ten termin, jakiegokolwiek wątpliwości związane

⁵ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

z wykładnią tego określenia nie mogą obciążać ubezpieczonego. Opinia ta ma zastosowanie nie tylko do niewystarczającego i niewłaściwego zdefiniowania pojęcia „kradzież”, ale także pojęcia „przywłaszczenie” jako wyłączenia spod ochrony ubezpieczeniowej, gdyż od tego właśnie zależy zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Sąd stwierdził także, iż zakład ubezpieczeń, jeżeli rzeczywiście chciał ograniczyć swoją odpowiedzialność tylko do szkód spowodowanych kradzieżą w rozumieniu przepisów kodeksu karnego, powinien wyraźnie sprecyzować to w o.w.u. AC. Niewątpliwie zdefiniowanie przywłaszczenia, poprzez odesłanie ubezpieczającego do przepisów kodeksu karnego nie może być uznane za wyraźne sprecyzowanie tego pojęcia.

Oczywiste jest, iż każde niezrozumiałe postanowienie umowne może skutkować dla ubezpieczającego negatywnymi konsekwencjami, dlatego też warto podkreślić, iż oprócz sformułowania wymogu jasności i precyzji postanowień o.w.u. SN wielokrotnie podkreślał także cel umowy ubezpieczenia i jej funkcję ochronną, co również wiąże się z koniecznością interpretowania postanowień niejasnych i nieprecyzyjnych na korzyść konsumenta. Przywołać tu można choćby wyrok SN z dnia 28 maja 1997 r. (sygn. akt III CKN 76 / 97), w którym Sąd wyraził opinię, iż 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. Umowa ubezpieczeniowa ma pełnić funkcję ochronną, z czego wynika, że miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. Podobne stanowisko Sąd zajął w orzeczeniu z dnia 5 września 2008 r. (sygn. akt I CSK 64 / 08) wskazując, iż przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym o.w.u. należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego. Wskazane powyżej orzeczenia mają kapitalne znaczenie w kontekście skutków zastosowania wymagających interpretacji lub niezrozumiałych postanowień o.w.u. np. w postaci odesłania ubezpieczającego po definicję przywłaszczenia do przepisów kodeksu karnego.

Na rynku oferowane są także ubezpieczenia autocasco, w których odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w przypadku utraty pojazdu określona jest wyłącznie w katalogu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, np. kradzież, kradzież rozbójnicza, krótkotrwały zabór itd. Zdarza się, iż pojęcia te zdefiniowane są czytelnie, bywa jednak także, że definicja ma postać odesłania do kodeksu karnego. Pojęcie „kradzież” przeciętnemu ubezpieczającemu nie powinno sprawiać problemu w zrozumieniu zakresu ubezpieczenia, jednak przy braku wyłączenia ryzyka w postaci przywłaszczenia, ubezpieczający zostaje wprowadzony w błąd, gdyż utrata pojazdu na skutek przywłaszczenia w jego odczuciu jest kradzieżą. Ubezpieczenia te – nie zawierając generalnego wyłączenia przywłaszczenia – czasem posługują się jedynie wyłączeniem w postaci wskazania konkretnych okoliczności powstania szkody, np. zarobkowy wynajem pojazdów, nauka jazdy, czy też sprzedaż komisowa. Takie rozwiązanie w swym pakiecie ubezpieczeń komunikacyjnych „W drodze” zastosowało AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., które wypadek ubezpieczeniowy określiło jako „*utrata pojazdu lub wyposażenia dodatkowego w wyniku kradzieży, kradzieży z włamaniem albo rozboju*”, przy czym pojęcia te zostały w żaden sposób zdefiniowane. Wyłączenia zaś obejmują szkody powstałe „*podczas używania pojazdu jako nauka jazdy lub do zarobkowego przewozu osób*”, jak również szkody powstałe „*po przekazaniu pojazdu do sprzedaży komisowej lub osobom trzecim w celu sprzedaży*”. Podobne rozwiązania przyjęło TU Allianz Polska S.A., które w wyłączeniach umieściło szkody powstałe w pojazdach należących do wypożyczalni samochodów i służących do wynajmu (§ 4 ust. 1 pkt 19 o.w.u. autocasco), kradzież zaś zdefiniowało poprzez odesłanie do odpowiednich przepisów kodeksu karnego. Nie można wykluczyć, iż w przypadku utraty pojazdu np. po oddaniu go do warsztatu naprawczego lub myjni, pomimo iż wyłączenia odpowiedzialności takich przypadków nie obejmują, odszkodowanie nie zostanie wypłacone z uwagi na ściśle określony zakres ubezpieczenia, który obejmuje wyłącznie kradzież. Jednak, jak powiedziano wcześniej, istniejące orzecznictwo wskazuje, iż w takich przypadkach przywłaszczenie winno być traktowane na równi z kradzieżą. W przypadku bowiem niezdefiniowania pojęcia „kradzież”, bądź – zdaniem autorki – w przypadku zdefiniowania tego pojęcia w sposób dla ubezpieczającego niezrozumiały, a więc uniemożliwiający odróżnienie kradzieży od przywłaszczenia, utratę pojazdu w wyniku przywłaszczenia należy wówczas traktować jako równorzędną z kradzieżą i zaliczyć do szkód powstałych w wyniku kradzieży. Takie stanowisko zajął SN w wyroku z dnia 12 grudnia 1997 r. – w ocenie Sądu bowiem, w takiej sytuacji nic nie wskazuje na to, by intencją ubezpieczyciela było traktowanie przywłaszczenia odmiennie niż kradzież⁶. Skutek bowiem obu przestępstw jest dla ubezpieczającego ten sam: utrata pojazdu.

Z uwagi na sprzeczność postanowienia o.w.u. definiującego przywłaszczenie poprzez odesłanie do art. 284 § 1 k.k. z przepisem art. 12 ust. 3 u.d.u., warto jest także wspomnieć o art. 58 § 1 k.c., zgodnie z którym czynność prawna sprzeczna z ustawą jest nieważna. Warto również pamiętać o art. 5 k.c., w którym ustawodawca zastrzegł, iż wykorzystanie swego prawa w sposób sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony prawnej. Jaki jest cel i funkcja ubezpieczenia, oraz to, w jaki sposób winny być konstruowane o.w.u., określił SN w powołanych wcześniej orzeczeniach, jak również w wielu innych, tworzących spójną linię orzecznictwa. Dlatego też niezbędne jest jasne i precyzyjne określanie przez ubezpieczycieli praw i obowiązków ubezpieczającego, jak również – co niezwykle istotne – zakresu ubezpieczenia, aby uniknąć zarzutu wykorzystywania w swej działalności słabszej pozycji konsumenta.

⁶ Uchwała SN z dnia 12 grudnia 1997 r. (sygn. akt III CZP 65 / 9).

Świadczenie z tytułu urodzenia dziecka w przypadku adopcji

Do obowiązków Rzecznika Ubezpieczonych, które określone zostały w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych¹, należy reprezentowanie interesów osób ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Dzięki sygnałom kierowanym w drodze skarg na działania ubezpieczycieli, prowadzonego poradnictwa za pomocą poczty elektronicznej oraz dyżurów telefonicznych, a także dzięki inicjatywie Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznik Ubezpieczonych podjął działania mające na celu wyjaśnienie sytuacji prawnej oraz ewentualną zmianę niekorzystnej praktyki rynkowej polegającej na odmawianiu wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka w przypadku gdy osoby, ubezpieczone w zakresie ubezpieczenia na życie z zakresem ubezpieczenia obejmującym urodzenie dziecka, podjęły skuteczne starania o dokonanie adopcji małoletniego.

Problem występujący w praktyce dotyczy umów ubezpieczenia na życie z opcją wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka, gdy dziecko powiększające rodzinę dołączyło do niej w drodze adopcji.

Z informacji w posiadaniu których pozostaje Rzecznik Ubezpieczonych wynika, że zakłady ubezpieczeń na życie odmawiają wypłaty świadczeń lub przyznają je jedynie w drodze wyjątku podnosząc zamiennie dwa rodzaje argumentów:

1. W świetle ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy² (dalej: KRiO) pojęcia urodzenia i adopcji nie są tożsame, a treść ogólnych warunków ubezpieczenia, które mają zastosowanie do umów mających być podstawą żądania wypłaty świadczeń na rzecz rodziców adopcyjnych precyzyjnie określa, iż zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową jest urodzenie się dziecka, a nie przysposobienie.
2. Zgodnie z art. 819 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny³ (dalej: k.c.) roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat 3. Argument ten podnoszony jest w sytuacji gdy przysposobiony, w chwili składania roszczenia przez ubezpieczonego przysposabiającego, ma więcej niż 3 lata, a więc roszczenie ma być przedawnione.

Analizując szerzej omawianą praktykę należy zauważyć, iż problem adopcji dotyczy kilku tysięcy dzieci rocznie. W ostatnich latach liczba przysposabianych systematycznie wzrasta. Wychowanie dziecka w środowisku rodzinnym, w którym panują zdrowe, bliskie relacje pomiędzy członkami rodziny bezsprzecznie jest korzystniejsze dla jego rozwoju niż wychowywanie w zakładzie opiekuńczym. Współcześnie podstawową funkcją społeczną przysposobienia jest zapewnienie dziecku brakującego środowiska rodzinnego. Podstawowym kryterium oceny adopcji jest kryterium dobra dziecka⁴. Zasada dobra dziecka jest fundamentalną zasadą polskiego prawa rodzinnego, która wpływa w sposób istotny na rozwiązania prawne zawarte w KRiO. Zasadniczym źródłem tej zasady jest art. 72 Konstytucji RP⁵, który statuuje obowiązek Państwa do zapewnienia ochrony praw dziecka, prawo do opieki i pomocy władz publicznych dziecka pozbawionego opieki rodzicielskiej, obowiązek Państwa ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją, a nadto obowiązek władz publicznych oraz osób odpowiedzialnych za dziecko do wysłuchania i w miarę możliwości do uwzględnienia zdania dziecka w toku ustalania jego praw.

Przysposobienie (potocznie zwane adopcją) jest stosunkiem prawnym powstającym pomiędzy przysposabiającym, a przysposabianym. Stosunek ten powstaje w momencie uprawomocnienia się konstytucyjnego orzeczenia sądu opiekuńczego i jest skuteczny *erga omnes*.

Wychodząc naprzeciw słusznej prośbie Rzecznika Praw Dziecka podjęcia stosownych czynności, Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się z propozycją do Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) podjęcia wspólnych działań mających na celu dokonanie analizy treści ogólnych warunków ubezpieczeń, zbadania powszechności praktyki odmawiania wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia dziecka rodzicom adopcyjnym oraz omówienia i wdrożenia rozwiązań, które wychodziłyby naprzeciw potrzebom rodziców podejmujących się, szczególnie istotnego ze społecznego punktu



Marcin Bielecki
referent prawny
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. nr 124, poz. 1153 z późn. zm.

² Dz. U. nr 9, poz. 59 z późn. zm.

³ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

⁴ Zob. T. Smyczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia*, C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 332-334.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

widzenia, zadania stworzenia domu rodzinnego dla dzieci, które, bez swojej winy, nie mogą być wychowywane przez rodziców biologicznych.

W odpowiedzi PIU wskazało, że wysokość składki ustalana jest w odniesieniu do ryzyka zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a częstotliwość przysposobiania nie została uwzględniona przy szacowaniu ryzyka urodzenia dziecka. Tym samym nie można wykluczyć, że objęcie ochroną ubezpieczeniową rodziców adoptujących wiązałoby się z koniecznością zapłaty wyższej składki z tytułu ubezpieczenia. Ponadto podniesiona została wątpliwość dotycząca ryzyka podwójnych świadczeń w sytuacji gdy z roszczeniem zwrócili by się rodzice biologiczni, po czym po dokonanej adopcji z analogicznym roszczeniem zwrócili by się, również ubezpieczeni, rodzice adoptujący małoletniego. W ocenie PIU wątpliwości dotyczące możliwości wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia dziecka istnieją również na gruncie art. 3 ust 1 w zw. z art. 2 ust 1 pkt 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej⁶. W świetle tych przepisów oraz natury procedury przysposobienia ma nie istnieć możliwość wypłacenia świadczenia z tytułu urodzenia dziecka gdyż działalność ubezpieczeniowa polega na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Zdarzeniem losowym ma być zdarzenie niezależne od woli ubezpieczającego, którego zajście możliwe jest w przyszłości przy czym nie ma pewności, iż powstanie. PIU wskazało, iż przysposobieniu nie można przypisać cech zdarzenia przyszłego i niepewnego skoro poprzedzone jest ono długotrwałą i wymagającą procedurą.

W mojej ocenie część wątpliwości podnoszonych przez PIU i zakłady ubezpieczeń jest zasadna, przy czym w istocie rzeczy w większości są to trudności w przeważającej mierze natury technicznej, a nie prawnej. Poniżej postaram się odnieść do argumentów przedstawianych przez samorząd ubezpieczeniowy i zakłady ubezpieczeń postrzegając problematykę z innej perspektywy.

Zgodnie z art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wysokość składek ubezpieczeniowych ustalana jest przez zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Tym samym trudno w chwili obecnej (bez przeprowadzenia badań aktuarialnych) byłoby jednoznacznie wyrokować czy rzeczywiście składka by wzrosła i czy ten ewentualny wzrost byłby znaczący. Nie można bowiem wykluczyć, że większa liczba przyznawanych świadczeń zostałaby zrekompensowana przez większe grono ubezpieczonych nie tylko przecież w tym zakresie. Z tych względów wydaje się, że uwzględnienie w zakresie ubezpieczenia również ryzyka dokonania adopcji i związana z tym ewentualna zmiana taryf nie pozostaje poza zasięgiem możliwości zakładów ubezpieczeń.

Podobnie w mojej ocenie przyjęcie, iż adopcja nie jest zdarzeniem przyszłym niepewnym jest oczywiście nie słuszne. Osoby chcące przysposobić dziecko muszą spełnić szereg warunków pośród których znajdują się wymogi dotyczące stanu majątkowego, postawy etycznej, stanu małżeńskiego, wieku i stanu zdrowia przysposabiających, motywów decyzji o podjęciu starań o dokonanie adopcji. Warto zwrócić również uwagę na treść art. 118 KRiO z którego wynika, że do przysposobienia dziecka mającego powyżej lat 13 niezbędna jest jego zgoda, a przypadku młodszych dzieci sąd zobowiązany jest wysłuchać młodsze dziecko, o ile jest ono w stanie zrozumieć znaczenie i konsekwencje przysposobienia⁷. Zważywszy na wielość przesłanek oraz fakt, że nie wszystkie przesłanki zależne są od woli potencjalnych rodziców adopcyjnych nie można stwierdzić, że każda osoba wyrażająca chęć zaadoptowania dziecka ma pewność, iż sąd przychyli się do wniosku o przysposobienie. Tym samym twierdzenie, że adopcja jest zdarzeniem pewnym, jest błędne. Uznać należy, że nie ma przeszkód prawnych, by objąć ochroną ubezpieczeniową również ryzyko przysposobienia małoletniego.

Przedstawiane wątpliwości w zakresie uzyskiwania podwójnych świadczeń z tytułu urodzenia dziecka wydają się raczej pozbawione podstaw prawnych. Nie znajduję przepisów powszechnie obowiązującego prawa, które wykluczałyby, możliwość uzyskania więcej niż jednego świadczenia (w ubezpieczeniach na życie) z tytułu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Oczywistym warunkiem jest uprzednie zawarcie odpowiedniej liczby umów. Podkreślić należy, że świadczenie z tytułu urodzenia dziecka nie jest wypłatą odszkodowania, która ma przywrócić naruszony stan majątkowy. Świadczenie takie nie ma charakteru odszkodowawczego, bowiem jego celem nie jest wyrównanie szkody tylko udzielenie zabezpieczenia ubezpieczonym. Wielkość tego zabezpieczenia nie jest uzależniona od rozmiaru szkody, jak ma to miejsce w ubezpieczeniach majątkowych, (*notabene* cierpień rodziców związanych z utratą dziecka nie jest w stanie zrekompensować żadna kwota) tylko od treści umowy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia. Tym samym nie ma ryzyka, że wypłacone „odszkodowanie” będzie wyższe niż doznana „szkoda”. Podkreślić należy, że art. 824¹ k.c. nie ma zastosowania do osobowych umów ubezpieczenia. Charakter umów ubezpieczenia na życie sprawia, że realizacja świadczeń z umowy następuje niezależnie od wszelkich innych tytułów umownych bądź ustawowych. Dopuszczalna jest kumulacja świadczeń, w której ubezpieczony otrzyma świadczenia z wielu źródeł np. kilku umów ubezpieczenia. Nie znajduję również przyczyn dla których relewantna

⁶ Tekst jedn. Dz. U. z 2010r. nr 11, poz. 66.

⁷ Por. K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2003, s. 927-929.

miałaby być okoliczność, iż świadczenie z tytułu urodzenia dziecka otrzymują zarówno ubezpieczeni rodzice biologiczni jak i ubezpieczeni rodzice adopcyjni. Zgodnie z moim stanem wiedzy branża ubezpieczeniowa nie kwestionuje, iż jeżeli ubezpieczeni (w zakresie ubezpieczeń osobowych) objęci są ochroną z wielu umów ubezpieczenia to należy im się świadczenie wypłacane w oparciu o postanowienia każdej z tych umów. Praktyka ubezpieczeniowa zna przykłady wielokrotnego ubezpieczenia tego samego ryzyka u różnych ubezpieczycieli (w zakresie ubezpieczeń działu I oraz w przypadku NNW również działu II). Na marginesie tylko warto zauważyć, że trudno sobie w praktyce wyobrazić, sytuację, w której, w celu uzyskania korzyści majątkowej z zawartych ubezpieczeń na życie, podejmowana jest próba przysposobienia małoletniego, gdyż zważywszy na wysokość świadczeń z tytułu urodzenia dziecka oraz koszty związane z wychowaniem dziecka byłoby to zapewne działanie pozbawione większego sensu ekonomicznego. W praktyce niezbyt prawdopodobna wydaje się również sytuacja w której świadczenie z tytułu urodzenia dziecka otrzymaliby zarówno rodzice biologiczni jak i adopcyjni na podstawie urodzenia tego samego dziecka – zapewne bardzo znikoma część rodziców wyrażająca zgodę na przysposobienie ich dziecka bądź rodziców którzy zostali pozbawieni praw rodzicielskich objęta jest ubezpieczeniem na życie z opcją wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia dziecka.

Pragnę przypomnieć, iż na gruncie art. 121 KRiO nie ulega wątpliwości, że pomiędzy przysposobionym, a przysposabiającym powstaje stosunek taki jak między rodzicem, a dzieckiem. Nie ulega również wątpliwości, że nie jest to ten sam stosunek prawny. Wskazać tu należy na różne źródła powstania relacji pomiędzy rodzicem, a dzieckiem (urodzenie, a przysposobienie), w niektórych sytuacjach możliwość rozwiązania stosunku przysposobienia, niejednorodność stosunku przysposobienia (np. w przypadku przysposobienia niepełnego pomiędzy przysposabianym, a rodziną przysposabianego nie powstają związki pokrewieństwa i powinowactwa w odróżnieniu od przysposobienia pełnego oraz całkowitego). Stanowisko takie znajduje oparcie również w doktrynie prawa rodzinnego⁸.

Znane mi wzorce umów ubezpieczenia na życie, obejmujące również ryzyko urodzenia dziecka nie pozostawiają wątpliwości, iż zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest urodzenie dziecka, a nie przysposobienie. Oznacza to, że zdarzeniem ubezpieczeniowym, które jest przesłanką wypłaty świadczenia nie jest fakt przysposobienia dziecka tylko fakt urodzenia dziecka. Nie wyklucza to możliwości stworzenia produktu ubezpieczeniowego w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela uruchamiana będzie poprzez przysposobienie, jednakże byłoby to odmienne ubezpieczenie od ubezpieczenia obejmującego ryzyko urodzenia dziecka. W mojej ocenie jeżeli w momencie narodzin dziecka przyszedł rodzic adopcyjny objęty był ochroną ubezpieczeniową to nie ma przeszkód by występował z roszczeniem wobec zakładu ubezpieczeń gdy w świetle przepisów prawa zostanie rodzicem. Nie znajduję przeszkód natury prawnej, by tego rodzaju umowy obejmowały również ryzyko przysposobienia małoletniego. Niewątpliwie wymagałoby to zmiany zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Natomiast podejmując dyskusję odnośnie trzy letniego terminu przedawnienia roszczenia, który wynika z art. 819 k.c. zauważyć należy, że od 10 sierpnia 2007 r. nie istnieje w systemie prawnym art. 819 § 2 k.c. który jednoznacznie określał początek biegu terminu przedawnienia. Wobec braku przepisu szczególnego należy odwołać się do normy generalnej dotyczącej przedawnienia. Art. 120 § 1 k.c. mówi „*Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne. Jeżeli wymagalność roszczenia zależy od podjęcia określonej czynności przez uprawnionego, bieg terminu rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie*”. Tym samym należy stwierdzić, że nie ma podstaw by bieg terminu przedawnienia uzależniać od daty urodzenia się dziecka. Początkową datą biegu terminu przedawnienia jest bowiem data wymagalności roszczenia. Zgodnie z art. 455 k.c. w sytuacji gdy termin spełnienia świadczenia nie jest określony ani nie wynika z właściwości zobowiązania to świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika. Jeżeli przysposabiający w momencie gdy sąd wydawał postanowienie o przysposobieniu był ubezpieczony na życie w zakresie urodzenia dziecka, a w umowie nie został określony termin spełnienia świadczenia to należy uznać, że roszczenie przedawni się z upływem trzech lat od momentu wymagalności roszczenia.

Istniejące w sprawie wątpliwości natury prawnej nie powinny jednakże przesłaniać ochronnego charakteru umowy ubezpieczenia na życie, a także faktu, że osoby podejmujące się dodatkowego wysiłku polegającego na przyjęciu do rodziny często bardzo pokrzywdzonych dzieci zasługują na szeroko rozumiane wsparcie zarówno ze strony państwa jak i branży ubezpieczeniowej pełniącej, o czym się ostatnio zbyt często zapomina, pomocową rolę na rzecz wspólnoty ryzyka. Wyjście naprzeciw takim potrzebom bez wątpienia pomogłoby zakładom ubezpieczeń poprawić nadwątłony wizerunek w oczach społeczeństwa, do czego je serdecznie zachęcam.

⁸ Zob. T. Smyczyński, *op. cit.*, s. 331 oraz K. Pietrzykowski (red.), *op. cit.*, s. 927–929 i 949.

www.rzu.gov.pl portalem wiedzy ubezpieczeniowej

Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych została uruchomiona w roku 2002. Podczas pierwszego roku funkcjonowania zamieszczane na niej informacje oraz artykuły były dostępne dla 17% społeczeństwa. Tyle bowiem osób w Polsce wg. „*Diagnozy Społecznej 2003*” posiadało komputer z dostępem do internetu.

W owym czasie na stronie znajdowały się podstawowe informacje na temat Urzędu, w szczególności: cele i zasady jego działania, sprawozdania z kolejnych lat, informacje na temat seminariów oraz konkursu na najlepszą pracę doktorską, podyplomową, magisterską, licencjacką (dyplomową) z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Ponadto można tam było znaleźć informacje na temat prowadzonego przez Urząd poradnictwa, m.in. godzin dyżurów telefonicznych ekspertów oraz zasad przyjmowania skarg. Istotnym już wtedy elementem było „*Vademecum ubezpieczonych*”, które stanowiło podstawową platformę edukacyjno – informacyjną, skierowaną do ubezpieczonych. Zostały tam przedstawiane odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące różnych zagadnień szeroko rozumianej problematyki ubezpieczeniowej oraz zabezpieczenia emerytalnego. Ponadto szczegółowo omawiane były najczęściej występujące problemy, które sygnalizowali interweniujący w toczących się postępowaniach skargowych.

Z biegiem czasu oraz rozwojem technologii, strona internetowa uzupełniana była zarówno o merytoryczne treści jak i o kolejne ułatwienia dla korzystających z niej konsumentów usług ubezpieczeniowych. Po przebudowie i unowocześnieniu w grudniu 2007 r. o najnowsze informatyczne technologie, znacznie ułatwione było korzystanie z niej przez coraz szerszą rzeszę internautów zainteresowanych problematyką ubezpieczeniową i emerytalną. Strona zmieniła wygląd graficzny oraz zaczęła funkcjonować w oparciu o język XHTML 1.0, skryptowy język programowania PHP 5 i system baz danych MySQL. Inne metody i technologie, które zostały wprowadzone to Java Script oraz przyjazne odbiorcom linki.

W ostatnich latach, kiedy dostęp do internetu deklarowało już ponad 51% osób posiadających komputer („*Diagnoza Społeczna 2009*”), znaczenie posiadania profesjonalnej, rzetelnie prowadzonej strony internetowej nabrało ogromnego znaczenia. Jednoznacznie wskazują na to również statystyki z ostatnich lat prezentujące liczbę odsłon strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (por. poniższa tabela).

Odsłony strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl) w latach 2007 – 2009

Rok	Odsłony strony
2007	464 430
2008	1 107 421
2009	1 648 663

W związku z tak dużym zainteresowaniem w ostatnich latach, Rzecznik Ubezpieczonych położył duży nacisk na dalszy dynamiczny rozwój portalu. Obecnie na stronie prócz dotychczasowych treści, prezentowane są najnowsze inicjatywy podejmowane przez Rzecznika Ubezpieczonych, aktualności prasowe z rynku ubezpieczeń oraz niezbędne dla odwiedzających stronę informacje na temat sposobów rozwiązywania najczęstszych problemów z jakimi borykają się konsumenci usług ubezpieczeniowych.

Zasługującymi na wyszczególnienie są trzy ostatnio zrealizowane na stronie projekty, które odnotowywały bardzo wysoką liczbę odsłon.

Pierwszym z nich jest pozyskiwana, w ramach współpracy Rzecznika Ubezpieczonych z SN oraz sądami okręgowymi i apelacyjnymi, baza orzecznictwa z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Znajduje się ona w zakładce „Serwis Prawny”. Umożliwia poszkodowanym łatwe zapoznanie się z linią orzecznictwa sądowego, a tym samym przyczynia się to do skuteczniejszej ochrony praw konsumentów. Prezentowane w bazie orzecznictwo podzielone zostało zgodnie z rozdziałem kodeksowym (numeracją przepisów k.c.). Ponadto, aby ułatwić poszukiwanie orzeczeń w konkretnych kwestiach, przy numerach poszczególnych przepisów umieszczone zostały krótkie hasła, które wskazują, gdzie znaleźć potrzebne rozstrzygnięcie. Zbiór ten jest na bieżąco rozbudowywany i aktualizowany. Obecnie w bazie znajduje się ponad 600 orzeczeń w znacznej części wraz z uzasadnieniami.

Drugim projektem ułatwiającym poszkodowanym poszukującym pomocy na stronach internetowych Rzecznika jest baza wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w zakładce ubezpieczeń oraz przed sądem. Baza wzorów została umieszczona również w zakładce „Serwis Prawny”. Zawarte są tam przykładowe wzory odwołań



Piotr Budzianowski
specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

od stanowiska zakładu ubezpieczeń (w ramach postępowania reklamacyjnego), wzory wezwań do zapłaty odszkodowania kierowanych do ubezpieczycieli w przypadkach nieterminowej realizacji zobowiązań umownych, wzory ugód w postępowaniu z zakładem ubezpieczeń, wzory pozwów o zapłatę (stosowane w postępowaniach zwykłych i uproszczonych). W chwili obecnej znajdziemy tam 30 wzorów, lecz planowana jest dalsza rozbudowa zbioru wzorów pism wykorzystywanych w dochodzeniu roszczeń w zakładzie ubezpieczeń oraz przed sądem w najczęściej spotykanych w praktyce obrotu sporach.

Trzecim, intensywnie rozbudowywanym działem strony internetowej było „Vademecum ubezpieczonego” w części poświęconej często zadawanym pytaniom – można tam zapoznać się z kompleksowymi opracowaniami (w formie pytań i odpowiedzi) nt. ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, turystycznych, NNW, życiowych i zabezpieczenia emerytalnego (OFE, PPE, IKE).

Strona w ostatnim czasie stanowi również zasadniczą platformę współpracy Rzecznika Ubezpieczonych z miejskim i powiatowymi rzecznikami konsumentów. Na potrzeby niniejszej współpracy na portalu internetowym Rzecznika została utworzona dedykowana dla rzeczników konsumentów zakładka zawierająca najważniejsze w codziennej działalności rzeczników informacje. Dotyczą one m.in. możliwości uzyskania porady telefonicznej w Biurze Rzecznika; zasad wniesienia skargi do Rzecznika; możliwości skorzystania z polubownego rozwiązania sporu przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych; bazy orzecznictwa sądowego z obszaru ubezpieczeń; wniosków Rzecznika do SN wraz z postanowieniami i uchwałami SN zapadłymi z ww. wniosków; wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń w zakładzie ubezpieczeń oraz przed sądem; odpowiedzi na często pojawiające się pytania ze strony konsumentów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia emerytalnego.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom użytkowników, strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych jest również dostosowana do potrzeb osób niedowidzących poprzez możliwość zastosowania wysokiego kontrastu oraz zwiększenia czcionki. Strona została także przystosowana do obsługi przez mówiącą przeglądarkę Intelligent Web Reader, która odczytuje strony internetowe poprzez wbudowany syntetyczny głos (syntezator mowy IVONA). Urządzenie posiada także możliwość powiększania czcionki zamieszczonego tekstu, dzięki czemu jest odpowiednim narzędziem dla osób starszych i słabowidzących. Inteligentne mechanizmy prezentacji, dzielące stronę na logiczne fragmenty (tzw. „punkty”) dają doskonałe wyobrażenie o układzie graficznym strony. Natomiast poruszanie się po stronie internetowej za pomocą „mówiącej” przeglądarki odbywa się standardowo poprzez skróty klawiszowe.

Funkcjonujące w obecnych czasach społeczeństwo informacyjne oraz stale zwiększająca się liczba odsłon strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych, utwierdza nas w przekonaniu, że nacisk jaki ostatnio został położony na rozwój portalu Rzecznika nie idzie na marne. Służy on ludziom szukającym informacji i wiedzy z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia emerytalnego, jest przyjazną, bezpłatną i profesjonalną „biblioteką ubezpieczeniową”, która cieszy się coraz większym zainteresowaniem internautów.

W kolejnych miesiącach strona internetowa wzbogaci się o następne ciekawe opracowania, porady, wzory pism oraz wyroki sądów w ramach rozbudowy bazy orzecznictwa. Pojawią się także nowe elementy wizualne, szerzej prezentujące najnowsze inicjatywy podejmowane w ramach bieżącej działalności Rzecznika Ubezpieczonych.

Redakcja

Redaktor naczelna: Halina Olendzka

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: Członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Martyna Gondek



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

Wydawca:

Rzecznik Ubezpieczonych

Al. Jerozolimskie 44

00-024 Warszawa

Warszawa 2010

ISSN 1505-9782

Nakład 1200 egz.

Druk: Wydawnictwo TiO