



**Rzecznik
Finansowy**

www.rf.gov.pl

RF dla Poszkodowanych

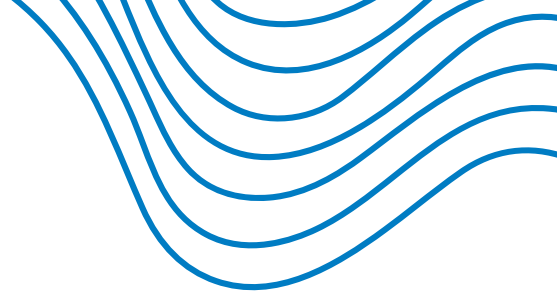
Terminy likwidacji szkód

w ubezpieczeniach obowiązkowych
i dobrowolnych

Czerwiec 2022

Wstęp

Problemy związane z obowiązkowymi ubezpieczeniami odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC ppm) mają znaczący udział w strukturze zapytań mailowych, telefonicznych i wniosków trafiających do Wydziału Klienta Rynku Ubezpieczeniowo – Emerytalnego w Biurze Rzecznika Finansowego. Dla przykładu, w 2021 r. aż 45 % wszystkich porad telefonicznych udzielanych przez ekspertów specjalizujących się w ubezpieczeniach, dotyczyło właśnie kwestii związanych z likwidacją szkód komunikacyjnych z OC ppm. Niemal 4,7 tys. osób zadzwoniło na infolinię ubezpieczeniową prowadzoną przez Rzecznika Finansowego w takich właśnie sprawach. W trakcie rozmów skarżono się na niesatysfakcjonujący sposób likwidacji szkód oraz niezasadne odmowy wypłaty odszkodowań czy też zaniżanie ich wysokości. Telefonujący wskazywali, iż czują się pokrzywdzeni stanowiskiem zajęтым w ich sprawie przez ubezpieczyciela i oczekują porady odnośnie do dalszych kroków prawnych. W trakcie rozmów zwracano się w szczególności z prośbą o przedstawienie stanowiska Rzecznika w zakresie zgodności działania ubezpieczycieli z obowiązującymi przepisami prawa oraz orzecznictwem. Dzięki udzielonym przez ekspertów pracujących w Biurze Rzecznika Finansowego poradom, część osób – wyposażona w solidną argumentację – zdecydowała się na złożenie reklamacji, które niejednokrotnie przynosiły satysfakcjonujące rozwiązanie sporu. W tym samym okresie do Biura Rzecznika Finansowego ponad 2,5 tys. osób złożyło oficjalny wniosek o przeprowadzenie postępowania interwencyjnego. Jest to przeszło 27% wszystkich wniosków wpływających do Wydziału Klienta Rynku Ubezpieczeniowo-Emerytalnego Biura Rzecznika Finansowego. Żaden inny rodzaj ubezpieczeń nie skutkuje takim odsetkiem skarg.



Mając na uwadze liczbę problemów zgłaszanych do Rzecznika Finansowego dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczenia OC ppm oraz docierające do Rzecznika niepokojące sygnały, że gros poszkodowanych – szczególnie przy mniejszych szkodach – rezygnuje z dochodzenia swoich praw, przygotowane zostały opracowania, w których szczegółowo omówione zostały najczęściej występujące problemy w omawianej tematyce. W opracowaniach tych znajdują Państwo m. in. informacje o najczęściej pojawiających się problemach w związku z likwidacją szkód z umowy ubezpieczenia OC ppm, a także o podstawowych uprawnieniach poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Opracowania przygotowane przez nasze biuro zawierają również porady dotyczące czynności, jakie należy podjąć w sytuacji, gdy działanie ubezpieczyciela budzi zastrzeżenia. Opracowania zostały zamieszczone na stronie Rzecznika Finansowego w formie podcastów, przeprowadzonych webinarów czy też dokumentów tekstowych zawierających szczegółowe analizy poruszające się po tematyce ubezpieczeń OC ppm. Liczę, że przygotowane przez ekspertów Biura Rzecznika Finansowego opracowania zachęcą klientów do dochodzenia swoich praw, co z kolei powinno stanowić dla zakładów ubezpieczeń asumpt do zmiany obowiązujących procedur. Rzecznik Finansowy zachęca wszystkich poszkodowanych, aby korzystali z dostępnego wsparcia, które nie ogranicza się wyłącznie do poradnictwa telefonicznego, e-mailowego, interwencyjnego czy postępowania polubownego, ale dotyczy również udzielania pomocy na etapie postępowania sądowego.



dr Bohdan Pretkiel
Rzecznik Finansowy

Z doświadczeń Biura Rzecznika Finansowego wynika, że przy likwidacji szkód komunikacyjnych występują problemy związane z nierespektowaniem terminów rozpatrywania spraw przez zakłady ubezpieczeń. Trzeba jednak pamiętać, że terminy te są przez polskie prawo określone w inny sposób dla ubezpieczeń obowiązkowych, takich jak ubezpieczenie OC ppm, a w inny dla ubezpieczeń dobrowolnych, takich jak ubezpieczenie auto-casco. W niniejszym opracowaniu uwaga poświęcona zostanie różnicom w regulacjach określających terminy likwidacji szkód z umów ubezpieczenia obowiązkowego i dobrowolnego.

01

Ubezpieczenia obowiązkowe

W odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych, np. umowy ubezpieczenia OC ppm czy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolnika (OC rolnika), termin likwidacji szkody określony został ustawowo¹ tak, że **zakład ubezpieczeń powinien wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.**

W przypadku gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania w terminie 30 dni okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej

staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie. **Terminy te nie obowiązują jednak, gdy ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.** Niemniej jednak zakład ubezpieczeń zawsze w terminie 30 dni powinien zawiadomić na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłacić bezsporną część odszkodowania.

¹ art. 14 ust. 1 ustawy z dn. 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 621)

Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego we własnym zakresie w terminach przewidzianych prawem, **przy czym zastosowanie przepisu o wydłużeniu postępowania do 90 dni jest możliwe jedynie w szczególnych przypadkach, gdy szkoda rzeczywiście jest obiektywnie skomplikowana. Bezsporną część świadczenia (czyli wyliczoną i uznaną przez ubezpieczyciela do wypłaty) zakład ubezpieczeń jest zobowiązany wypłacić w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody.** Osoba uprawniona do otrzymania odszkodowania nie może odmówić przyjęcia kwoty bezspornej, **przy czym jej przyjęcie nie zamyka drogi do dochodzenia dalszych roszczeń.** Trzeba jednak pamiętać, że dochodzenie tych roszczeń będzie utrudnione lub niemożliwe, gdy zostanie zawarta ugoda. Ugoda jest umową, w której strony zawierają porozumienie i czynią sobie wzajemne ustępstwa.

W przypadku wypłaty kwoty bezspornej dobrze jest w korespondencji z ubezpieczycielem zaznaczyć, iż nie stanowi ona pełnego zaspokojenia zgłaszanych roszczeń, w przypadku osób fizycznych - najlepiej uczynić to składając reklamację w trybie ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

Ponadto **w przypadku wystąpienia wszelkich opóźnień w postępowaniu likwidacyjnym, uprawnionemu do odszkodowania przysługują odsetki ustawowe.** Zgodnie bowiem z art. 481 § 1 kodeksu cywilnego, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem oko-

liczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. W przypadku kwalifikowanym, czyli w przypadku zawinionego opóźnienia (zwłoki) dłużnika, wierzyciel może nadto żądać naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

Jeżeli w terminie, o którym mowa powyżej (w art. 14 ust. 1 albo 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych) - zakład ubezpieczeń nie ustali ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego (dotyczy to wyłącznie OC ppm i ubezpieczenia OC rolnika) osoby odpowiedzialnej za szkodę, ma obowiązek niezwłocznie przestać zgromadzoną dokumentację do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG), powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie (art. 14 ust. 4 ww. ustawy).

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny obowiązuje przepisy analogiczne jak w przypadku zakładów ubezpieczeń. Także Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny jest obowiązany zaspokoić roszczenie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania akt szkody od zakładu ubezpieczeń. W przypadku gdy wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Funduszu albo wysokości świadczenia w terminie 30 dni było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności, z tym że bezsporna część świadczenia powinna być spełniona przez Fundusz w ciągu 30 dni.

Odpowiedzialność za zwłokę w spełnieniu świadczenia ponoszą odpowiednio Fundusz i zakład ubezpieczeń, każdy w swoim zakresie (art. 109 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obo-

wiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).

Termin wypłaty odszkodowania w przypadku sporu między Ubezpieczeniowym Funduszem Gwarancyjnym a zakładem ubezpieczeń określa art. 14a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i przewiduje, że w przypadku sporu pomiędzy Funduszem a zakładem ubezpieczeń

dotyczącego ustalenia, który z nich jest obowiązany do wypłaty odszkodowania poszkodowanemu, wypłata jest dokonywana przez zakład ubezpieczeń niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania akt szkody od Funduszu. Jeżeli po dokonaniu takiej wypłaty zostanie ustalona odpowiedzialność Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w całości lub w części, Fundusz jest obowiązany do zwrotu zakładowi ubezpieczeń wypłaconego odszkodowania lub jego części i poniesionych kosztów.

02

Ubezpieczenia dobrowolne

W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych (np. autocasco, mieszkania i domu, czy też dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej np. OC w życiu prywatnym), termin wypłaty odszkodowania regulują przepisy kodeksu cywilnego (k.c.).

Zgodnie z art 817 k.c. **ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (§1). Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w §1 (§2). Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w paragrafach poprzedzających (§3).**

Z punktu widzenia osoby uprawnionej do odszkodowania istotne jest, że ustawowego terminu wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia nie można wydłużyć, ale **można go skrócić w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia**, o ile działa to na korzyść uprawnionego do odszkodowania. W takich przypadkach obowiązują terminy wykazane w umowie bądź ogólnych warunkach ubezpieczenia. Termin spełnienia świadczenia wskazany w art. 817 k.c. jest jednocześnie terminem wymagalności, co ma znaczenie przy określaniu początku biegu przedawnienia roszczeń. Tutaj podobnie, jak w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, z chwilą przekroczenia terminu zakład ubezpieczeń popada w opóźnienie, co pozwala domagać się odsetek albo w zwłokę, co może rodzić dla niego dalsze roszczenia odszkodowawcze.

Niespełnienie świadczenia (odmowa wypłaty zagwarantowanego w umowie odszkodowania) lub nienależyte jego spełnienie (np. zwłoka w wypłacie odszkodowania) daje uprawnionemu możliwość domagania się wtórnego świadczenia odszkodowawczego – wtórnego w tym sensie, że zastępuje lub uzupełnia pierwotny przedmiot zobowiązania. Nieterminowe

spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela należy ocenić jako nienależyte wykonanie zobowiązania.

Ustalone orzecznictwo wykazuje (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2004 r., sygn. II CK 412/03), że za szkodę spowodowaną wskutek opieszałości, mającej cechy zwłoki w spełnieniu świadczenia, ponosi zakład ubezpieczeń odpowiedzialność na podstawie art. 471 k.c. W orzecznictwie wskazuje się, że termin spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą otrzymania przez niego zawiadomienia, precyzującego roszczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dn. 6 lipca 1999 r., sygn. III CKN 315/98). Przez zawiadomienie rozumie się poinformowanie ubezpieczyciela o zajściu wypadku przez osobę uprawnioną do uzyskania świadczenia.

W wyroku z dnia 4 stycznia 2007 r. (sygn. V CSK 400/06) Sąd Najwyższy uznał, że w sytuacji, gdy ustalenie wysokości szkody jest sporne pomiędzy stronami, a w toku postępowania konieczne jest zasięgnięcie przez sąd wiadomości specjalnych, to termin wymagalności świadczenia może być określony zgodnie z art. 817 § 2 k.c. W takim wypadku ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1 jedynie bezsporną część świadczenia.

Zdarzają się również przypadki, gdy osoba uprawniona do odszkodowania przekazuje zakładowi ubezpieczeń dodatkowe informacje mające wpływ na proces likwidacji szkody, bądź kwestionuje rozwiązania przyjęte przez zakład ubezpieczeń, np. na podstawie błędnych bądź niepełnych informacji przekazanych przez samego uprawnionego do odszkodowania –

wówczas odwołanie takie w pewnych sytuacjach może być również zakwalifikowane jako okoliczność do wyjaśnienia, jednak winna być ona wyjaśniona w możliwie najkrótszym terminie, tj. przy zachowaniu miernika należytej staranności wymaganego od profesjonalisty jakim jest zakład ubezpieczeń.

Zakład ubezpieczeń jest również zobowiązany do powiadomienia o zakończeniu postępowania likwidacyjnego. W myśl art. 29 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej², **jeżeli zakład ubezpieczeń nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w umowie, to zawiadamia o tym na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie** (tj. w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego,) **o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.**

Natomiast stosownie do brzmienia art. 29 ust. 5 ww. ustawy, **jeżeli w toku postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel uzna, że odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to informuje o tym osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego. Zawiadomienie takie powinno mieć formę pisemną. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wskazać okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.** Informacja musi zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

²Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 655)

Uważasz, że Twoje odszkodowanie zostało zaniżone?

Pamiętaj, że zawsze możesz skonsultować się z ekspertami Rzecznika Finansowego. Służą oni pomocą w czasie dyżurów telefonicznych i udzielają odpowiedzi na zapytania e-mailowe. Podpowiedzą, co można zrobić dalej w danej sprawie.

Porady ekspertów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych (OC, AC, assistance), na życie, NNW, domów i mieszkań, turystycznych, kredytów, małych i średnich przedsiębiorstw, rolnych udzielane są pod numerem telefonu:

22 333 73 28

9.00-17.00 w poniedziałki,
9.00-14.00 od wtorku do piątku

Poradę również można uzyskać pisząc na adres:

porady@rf.gov.pl

Uniwersalną radą jest, aby w pierwszej kolejności
złożyć reklamację w instytucji finansowej.

Podmiot rynku finansowego odrzucił Twoją reklamację?

Chcesz dalej walczyć o swoje prawa? Złóż wniosek o przeprowadzenie postępowania interwencyjnego przez Rzecznika Finansowego – szczegóły na:

<https://rf.gov.pl/postepowania-interwencyjne/>

Możesz też spróbować osiągnąć ugodę z ubezpieczycielem w ramach postępowania polubownego – szczegóły: **<https://rf.gov.pl/polubowne/>**

Jeśli interwencja Rzecznika nie powiodła się lub nie udało się osiągnąć ugody, sprawa może zostać rozpatrzona przez sąd. Na tym etapie możesz też zwrócić się do Rzecznika Finansowego o wydanie istotnego poglądu, czyli materiału opiniodawczego o charakterze pomocniczym. Choć dla sądu nie jest on wiążący, to w uzasadnieniu orzeczenia, sąd powinien ustosunkować się do argumentów w nim przedstawionych.

Więcej informacji na **www.rf.gov.pl/istotne-poglady/**



**Rzecznik
Finansowy**

www.rf.gov.pl

#RFdlaUbezpieczonych

#RFdlaPoszkodowanych