

Rodzinnych, serdecznych i pogodnych Świąt Wielkanocnych

życzą

Rzecznik Ubezpieczonych
Zarząd Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej
Redakcja Monitora Ubezpieczeniowego

SPIS TREŚCI

- Tworzymy system bardziej bezpieczny, korzystny i atrakcyjny dla ubezpieczonych
Z Markiem Buciolem, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, rozmawia Anna Arwaniti 3
- Aktualności 4
- Kancelarie odszkodowawcze z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych 5
- Zmiany w systemie emerytalnym 10
- Konstrukcja przestępstwa asekuracyjnego 11
- Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych – co dalej? 17
- Do kogo po odszkodowanie za złamaną rękę? 21
- Odpowiedzialność cywilna – szkoda trudna czy dająca się wyliczyć? 23
- Pokrycie kosztów przypadkowego badania technicznego w ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów i AC 26
- Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych dla niewidomych 27
- Ubezpieczenia polskie w zaborze rosyjskim 28



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

Rada redakcyjna – Halina Olendzka, Anna Arwaniti, Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Redaktor odpowiedzialny – A.A. Sierańska

Wydawca – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, 00-024 Warszawa, Al. Jerozolimskie 44, IV piętro, telefon: 33 37 326, 33 37 327, fax 33 37 329, www.rzu.gov.pl

Projekt graficzny, skład i łamanie – Usługi Dziennikarskie Wojciech Roslan, 02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 147B/4 tel. 0 501-019-045

Nakład 2500 egz.

Tworzymy system bardziej bezpieczny, korzystny i atrakcyjny dla ubezpieczonych

Z Markiem Buciolem podsekretarzem stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej rozmawia Anna Arwaniti

Anna Arwaniti: *Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało założenia do nowelizacji ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Czy mógłby Pan przybliżyć główne cele nowelizacji?*

Marek Bucior: Pod koniec stycznia br. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przedstawiło projekt założeń nowelizacji ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Zawierał on wstępne propozycje obszarów problemowych, które w ocenie resortu powinny być przedmiotem pogłębionej dyskusji i dialogu. W naszej ocenie do najważniejszych działań, które należy podjąć celem uczynienia systemu bardziej bezpiecznym, korzystnym i atrakcyjnym dla ubezpieczonych należy utworzenie funduszy emerytalnych prowadzących zróżnicowaną politykę inwestycyjną i obniżenie poziomu ponoszonych przez ubezpieczonych kosztów działania powszechnych towarzystw emerytalnych.

Mówiąc o utworzeniu funduszy emerytalnych prowadzących zróżnicowaną politykę inwestycyjną mam przede wszystkim na myśli fundusze bezpieczne, które zabezpieczą zgromadzone w OFE środki przed spadkiem wartości. Chodzi tu jednak o stworzenie rozwiązania systemowego, a nie reakcję na będące skutkiem kryzysu załamanie funduszy emerytalnych i powszechny wzrost awersji do ryzyka i rynku kapitałowego.

W ocenie MPiPS fundusze emerytalne nie konkurują ze sobą cenami swoich usług. Ponieważ system jest obowiązkowy, a siła przetargowa klientów jest praktycznie zerowa regulator musi działać w ich imieniu. Z oczywistych względów nie podoba się to towarzystwom emerytalnym i ich samorządowi gospodarczemu i trudno mieć o to pretensje. Jesteśmy

zdeteminowani do dokonania poważnej analizy kosztów i korzyści płynących z zarządzania publicznymi środkami przez prywatne podmioty. Podkreślam, że nie mam nic przeciwko wynagradzaniu zarządzających funduszami, ale powinno to zależeć od efektów ich pracy.

Nie mniej ważne, ale wymagające równie pilnej interwencji są działania związane z koniecznością ustawowego uregulowania zabezpieczeń wypłacalności towarzystw emerytalnych i zmiana zasad akwizycji do funduszy emerytalnych, gdyż czasami można odnieść wrażenie, że cała branża pośrednictwa usług finansowych utrzymuje się ze składek członków funduszy emerytalnych. O zaobserwowanych nieprawidłowościach związanych z akwizycją do funduszy MPiPS informował również Rzecznik Ubezpieczonych.

Resort pracy przedstawił już pierwszy z projektów nowelizacji w powyższym zakresie. Głównym jej celem jest zmiana w systemie pobieranych przez otwarte fundusze emerytalne opłat od składki i wprowadzenie limitu wynagrodzenia za zarządzanie.

Przyjęty przez Radę Ministrów projekt przewiduje zmniejszenie wysokości opłaty od składki do poziomu 3,5% oraz znaczne zmniejszenie górnego limitu opłaty za zarządzanie jaką będzie mogło pobierać PTE – do wysokości 15,5 mln złotych miesięcznie.

A.A.: *Koszty oszczędzania w OFE zdaniem wielu członków funduszy emerytalnych są za wysokie. Główne zastrzeżenia dotyczą m.in. wysokości pobieranej opłaty od każdej wpłaconej do funduszu składki. Jakie zmiany zatem przewiduje MPiPS w tej kwestii ponoszonych przez ubezpieczonych opłat i kosztów działania funduszy?*

M.B.: Zmniejszenie maksymalnej opłaty od składki o połowę i wprowa-



dzenie limitu kwotowego w opłacie za zarządzanie obniży przychody PTE powiększając tym samym wysokość środków na rachunkach członków otwartych funduszy emerytalnych. Szacujemy, że już zaproponowana zmiana spowoduje w przypadku osoby, która podejmie pracę w przyszłym roku wzrost emerytury średnio o kwotę około 40 zł po 40 latach pracy. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że największy wpływ na jej wysokość nie ma wbrew powszechnej opinii wysokość opłaty od składki, ale wysokość wynagrodzenia PTE za zarządzanie.

Utworzenie funduszy o różnym profilu ryzyka inwestycyjnego powinno przynieść dodatkowe, wymierne w kwocie emerytury korzyści dla ubezpieczonych.

A.A.: *Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w opublikowanych założeniach nowelizacji ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych zaproponowało, aby każde powszechne towarzystwo emerytalne zarządzało trzema różnymi funduszami. Czym charakteryzowałyby się poszczególne rodzaje funduszy?*

M.B.: W założeniach do projektu noweli Ministerstwo zaproponowało utworzenie przez każde powszechne towarzystwo emerytalne trzech funduszy o różnym profilu ryzyka. Uznaliśmy, że obok działających na rynku

AKTUALNOŚCI

■ 24-25.11.2008 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz Zastępca Dyrektora Biura Rzecznika Ubezpieczonych, mec. Aleksander Daszewski wzięli udział w II Międzynarodowej Konferencji nt. „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku” organizowanej przez Katedrę Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

■ 27.11.2008 – Rzecznik Ubezpieczonych wziął udział w projekcie Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach nt. „Promocja bezpieczeństwa i tworzenie przestrzeni bezpiecznych na przykładzie społecznej kampanii województwa świętokrzyskiego. Życie jest zbyt cenne nie zostawiaj go na drodze”.

■ 02.12.2008 – Przedstawiciele Rzecznika Ubezpieczonych, Iwona Szymańska i Bartosz Taperek uczestniczyli w seminarium naukowym organizowanym w Warszawie przez Katedrę Prawa Prywatnego, Kolegium Prawa Akademii Leona Koźmińskiego oraz Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, które zostało poświęcone problematyce granic ochrony danych osobowych w stosunkach pracy.

■ 04-06.12.2008 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz przedstawiciele Biura Rzecznika wzięli udział w spotkaniu seminaryjnym zorganizowanym w Toruniu dla radców prawnych PZU Życie S.A. dotyczącym szeroko rozumianych ubezpieczeń grupowych na życie, w tym postulowanych przez środowiska prawnicze i ubezpieczeniowe zmian legislacyjnych w tym zakresie.

■ 05.12.2008 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk uczestniczy-

funduszy powinny pojawić się również fundusze prowadzące bardziej bezpieczną i bardziej agresywną politykę inwestycyjną. Każdy z funduszy byłby tzw. funduszem mieszanym, to znaczy takim, który w swoim portfelu inwestycyjnym posiadałby zarówno instrumenty dłużne jak i akcje.

Dzisiejszy fundusz emerytalny stałby się OFE A. Byłby to fundusz zrównoważony i domyślny (preferowany przez regulatora) dla osób, które nie podejmą samodzielnie decyzji o wyborze otwartego funduszu emerytalnego. W naszych zamierzeniach fundusz bezpieczny – OFE B – powinien inwestować głównie w papiery dłużne. Posiadanie środków wyłącznie w tym funduszu emerytalnym byłoby obowiązkowe dla osób, którym do osiągnięcia wieku emerytalnego pozostało nie więcej niż 5 lat.

Najbardziej agresywny fundusz emerytalny, o największej ekspozycji lokat na ryzyko zmiany cen rynkowych mógłby być całkowicie dobrowolny. Dyskusja na temat potrzeby jego utworzenia trwa w dalszym ciągu.

A.A.: *Ostatnia nowelizacja ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zmieniła m.in. brzmienie art. 183 ustawy, umożliwiając dokonanie wyboru osobom urodzonym po 31 grudnia 1948 roku, czy chcą pozostać w OFE, czy też chcą mieć świadczenie wypłacone wyłącznie z ZUS. Dlaczego Rząd zaproponował takie rozwiązanie i czy nie jest to pewnego rodzaju wyłom w reformie?*

M.B.: Nie należy traktować rozwiązania zaproponowanego w nowelizacji art. 183 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych jako jakiegokolwiek wyłomu w funkcjonującym systemie emerytalnym.

Możliwość przekazania środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym na dochody budżetu państwa funkcjonuje już w zreformowanym systemie emerytalnym a nowelizacja ta jest naturalną konsekwencją zapisów istniejących już w ustawie z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funk-

cjonowaniu funduszy emerytalnych, w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela czy w ustawie z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych.

Zmiana umożliwi przyznanie emerytury mieszanej wszystkim ubezpieczonym spełniającym warunki określone w art. 183.

Przepis ten powoduje przekazanie środków zgromadzonych w OFE na dochody budżetu państwa. Świadczenie wtedy będzie liczone zgodnie z art. 183. Rozwiązanie takie zlikwidowało istniejące nierówności w sytuacji prawnej poszczególnych grup ubezpieczonych.

A.A.: *Jak Rząd zapatruje się na pomysły wprowadzenia do systemu ulg podatkowych, zachęcających do oszczędzania środków pieniężnych w ramach III filaru?*

M.B.: Resort widzi potrzebę rozwoju tzw. III filaru. Mamy pełną świadomość, że jedynym istotnym, psychologicznym bodźcem sprzyjającym rozwojowi dodatkowych form oszczędzania są zachęty podatkowe. Ze względu jednak na trudną sytuację budżetową nie sposób oczekiwać przyzwolenia ze strony Ministra Finansów na działania w tym zakresie. Przy ostatniej nowelizacji ustawy o Indywidualnych Kontach Emerytalnych padły jednak deklaracje ze strony MF rozmów w tym zakresie w latach 2010-2011.

A.A.: *Wiedza Polaków na temat działalności OFE jest znacząco niewystarczająca. Czy wprowadzając zmiany dotyczące m.in. utworzenia funduszy emerytalnych o różnym poziomie ryzyka czy też zmiany zasad akwizycji, MPiPS planuje przeprowadzenie akcji edukacyjnej np. z KNF, czy Rzecznikiem Ubezpieczonych?*

M.B.: Resort pracy jest otwarty na wszelkiego rodzaju sugestie i propozycje w zakresie prowadzenia akcji edukacyjnej związanej ze zmianami w systemie emerytalnym. Doceniając rolę Rzecznika Ubezpieczonych w kształtowaniu świadomości prawnej Polaków uważamy jego pomoc za nieodzowną.

A.A.: *Dziękuję za rozmowę.* ■

Kancelarie odszkodowawcze z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych

Analizując dane statystyczne z ostatnich kilku lat stwierdziliśmy, że zdecydowanie wzrasta liczba spraw kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych za pośrednictwem pełnomocników poszkodowanych osób.

Dynamika tych spraw obrazuje coraz szerszy udział szeregu pełnomocników w postępowa-

waniach likwidacyjnych zwłaszcza w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cy-

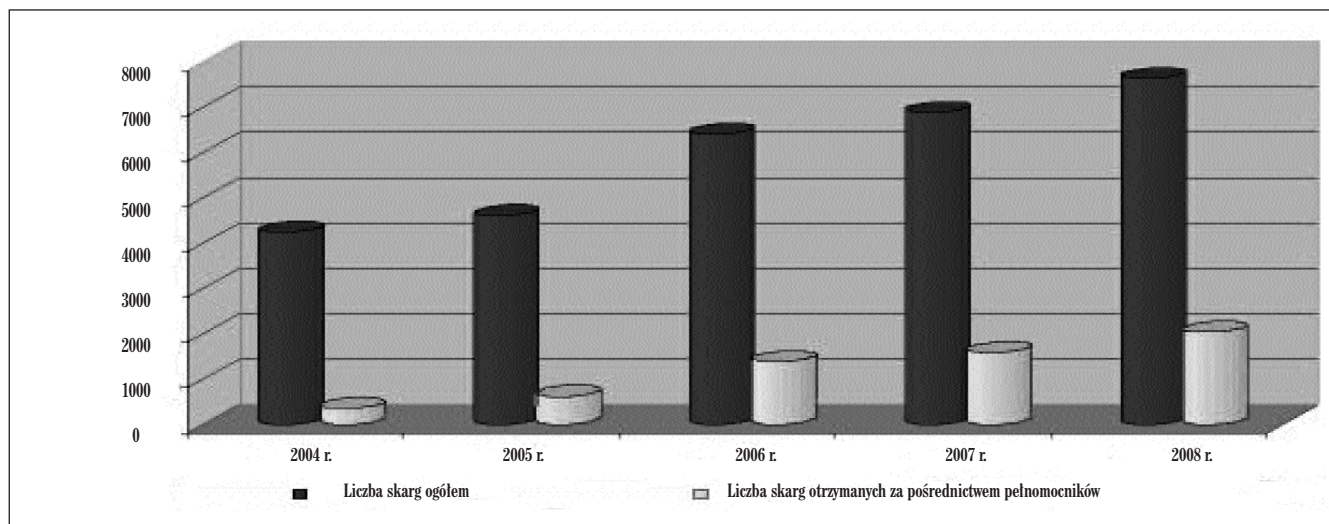
wilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Sytuację tą obrazuje poniższa tabela i wykres.

Większość z kierowanych do Rzecznika interwencji pochodziła od podmiotów, który nie posiadają jednoznacznie określonych podstaw prawnych do świadczenia pomocy prawnej obywatelom, tak jak przedstawiciele korporacji prawniczych tj. adwokaci, radcy prawni czy też w zakresie obsługi ubezpieczeń, brokery. Są to bowiem wyspecjalizowane kancelarie, firmy świadczące usługi w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych/ubezpieczeniowych działające w oparciu o system wynagrodzenia w postaci udziału procentowego w uzyskanym odszkodowa-

Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2004 – 2008

Lp.	Źródło wpływu skarg	2004 r.		2005 r.		2006 r.		2007 r.		2008 r.	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
1.	Bezpośrednio od skarżących	3504	82,7	3739	81,3	4847	75,7	5183	75,3	5515	72,3
2.	Za pośrednictwem:	731	17,3	862	18,7	1557	24,3	1700	24,7	2116	27,7
2a.	pełnomocników	344	8,1	609	13,2	1373	21,4	1582	23,0	2032	26,6
2b.	innych podmiotów:	387	9,2	253	5,5	184	2,9	118	1,7	84	1,1
	– KNF	289	6,8	161	3,5	60	1,0	15	0,2	1	0,05
	– BRPO	24	0,6	19	0,4	12	0,2	9	0,1	2	0,05
	– Powiatowych i Miejskich Rzeczników Konsumentów	39	0,9	43	0,9	76	1,2	56	0,8	63	0,8
	– Kancelarii Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów, Biur Poselskich	8	0,2	7	0,2	9	0,1	15	0,2	10	0,1
	– redakcji gazet i czasopism	27	0,7	23	0,5	27	0,4	23	0,4	8	0,1
3.	Ogółem	4235	100	4601	100	6404	100	6883	100	7631	100

Liczba skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do liczby skarg otrzymanych za pośrednictwem pełnomocników w latach 2004-2008



AKTUALNOŚCI

ła w seminarium zorganizowanym w Warszawie przez Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego oraz Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka poświęconemu problemom polskiego rynku ubezpieczeń, na tle aktualnej sytuacji na światowych rynkach finansowych.

■ 19.12.2008 – Przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, Marcin Bielecki, wziął udział w konferencji podsumowującej kampanię edukacyjną dla konsumentów w wieku 60+ pt. „Bądź świadomym konsumentem” zorganizowanej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Stowarzyszenie Konsumentów Polskich w Warszawie.

■ 19.01.2009 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krysztyna Krawczyk, oraz przedstawiciele Biura Rzecznika wzięli udział w konferencji „Krajobraz po reformie emerytalnej: bilans zysków czy strat”, która odbyła się w siedzibie Buisness Centre Club.

■ 30.01.2009 – Termin składania prac na VIII edycję Konkursu na najlepsze prace został przedłużony do 27 lutego 2009 r.

■ 16.02.2009 – Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych została przystosowana do obsługi przez IWR – Intelligent Web Reader – pierwsze w Polsce narzędzie do odsłuchiwania stron inetrnetowych. Rozwiązanie to pozwala na dostęp do treści zawartych na stronach inetrnetowych osobom mającym problemy ze wzrokiem, których w Polsce jest ok. 1,7 mln (dane GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku).

■ 16.02.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował Raport w sprawie skarg kierow-

niu/świadczeniu. Postępowania windykacyjne prowadzone przez te podmioty dotyczą głównie pozyskiwania świadczeń za tzw. szkody osobowe należne poszkodowanym w wypadkach drogowych, korzystającym z ochrony ubezpieczeniowej sprawy wynikającej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, a także innych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Chodzi tu przede wszystkim o takie świadczenia, jak zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w sytuacji gdy poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju organizmu (art. 445 § 1 k.c.), zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem (art. 444 § 1 k.c.), stosowne odszkodowanie oraz zwrot kosztów pogrzebu dla najbliższych członków rodziny osoby zmarłej w wyniku wypadku (art. 446 § 1 i 3 k.c.), oraz przyznawane w obu sytuacjach świadczenia rentowe (art. 444 § 2 k.c. – renta uzupełniająca i na zwiększone potrzeby oraz art. 446 § 2 k.c. – renta alimentacyjna). Ponadto celem pełnej kompensaty szkód osobowych wprowadzono w ostatnim okresie, zadośćuczynienie dla najbliższych członków rodziny zmarłego (446 § 4 k.c.). Instytucja ta stanowi novum w polskim systemie prawnym i prawdopodobnie będzie kolejnym istotnym elementem odpowiedzialności odszkodowawczej, szczególnie prognozując potencjalną ich wysokość. Kwoty przyznawanych świadczeń jednorazowych (zadośćuczynień i odszkodowań) i wynikająca z ich kompensacyjnego charakteru wysokość jak i często wieloletni cykl wypłat w odniesieniu do świadczeń okresowych (rent) sprawiają, że stają się one głównie przedmiotem zainteresowania pełnomocników reprezentujących poszkodowanych lub ich rodziny. Z drugiej strony świadczenia te są szczególnie ważne dla poszkodowanych w wypadkach lub ich bliskich, gdyż mają na celu naprawienie powstałych po ich stronie krzywd oraz uzasadnioną rekompensatę strat, a także w części przy-

padków zapewnienie dalszego bytu po tragicznych w skutkach wypadkach.

Wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych związane ze świadczeniem usług pośrednictwa w uzyskiwaniu odszkodowań od zakładów ubezpieczeń przez tzw. kancelarie odszkodowawcze sprowadzają się do uzasadnionych naszymi obserwacjami obaw, że w szeregu przypadków cierpi na tym słuszny interes poszkodowanego lub bliskich jemu osób z następujących powodów:

□ występujących w praktyce przypadków braku wystarczającego przygotowania merytorycznego (profesjonalizmu) po stronie niektórych spośród pełnomocników w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym polegającym między innymi na przedstawianiu ubezpieczycielowi niepełnej listy przysługujących poszkodowanemu świadczeń, ich niedowartościowaniem czy też zbyt pochopnym podejmowaniem decyzji o zawarciu ugody w imieniu poszkodowanych osób. Nadto jak sygnalizuje część obserwatorów rynku, zdarza się że działalność w zakresie pośrednictwa odszkodowawczego prowadzą osoby niedające rękąmi rzetelnego i uczciwego wykonywania przyjmowanych zobowiązań. Są to bowiem w niektórych przypadkach osoby karane oraz takie z którymi uprzednio rozwiązano umowę o pracę w związku z ich nierzetelnością lub popełnieniem czynów niedozwolonych lub przestępczych na szkodę zakładu ubezpieczeń lub jego klientów;

□ stosowania rażącego wyzysku (art. 388 k.c.) reprezentowanych osób, polegającego na zupełnej dowolności pobieranych opłat, które są absolutnie nie ekwiwalentne w stosunku do świadczonych usług. Obrazuje to bardzo wysoki poziom prowizji, sięgających od 30 do 50% przyznawanych świadczeń jed-

norazowych, przy czym ich wysokość powiększona jest o 22% podatek VAT, oraz krotność świadczeń okresowych. Szczególny niepokój Rzecznika budzi także praktyka polegająca na wyrażeniu zgody przez zleceniodawcę na przekazywanie należnych mu świadczeń, bezpośrednio na konto bankowe pełnomocnika, a następnie w rażących przykładach uznaniowej wypłaty poszkodowanemu niewielkiej części z otrzymywanych świadczeń od ubezpieczyciela. Oczywiście te ostatnie przypadki należałoby kwalifikować jako przestępstwo oszustwa (286 § 1 k.k.) lub przywłaszczenia (284 k.k.);

- stosowania w umowach o wykonanie usługi polegającej na uzyskaniu świadczeń odszkodowawczych, zapisów o charakterze abuzywnym tzn. niedozwolonych klauzul umownych jak przykładowo postanowień wyłączających wypowiedzenie umowy przez zleceniodawcę lub nakładających wyłącznie na niego obowiązek zapłacenia kary w przypadku rezygnacji z wykonania umowy;
- ograniczania po stronie poszkodowanego klienta możliwości w dochodzeniu naprawienia szkody wyrządzonej błędem w podejmowanych czynnościach przez kancelarię co wynika z faktu, że na podmiotach tych nie ciąży obowiązek zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności zawodowej, ani też posiadania innych instrumentów zabezpieczających na wypadek błędu interesów poszkodowanych konsumentów. Skutkuje to faktycznym brakiem możliwości zrekompensowania szkody powstałej w skutek nieprofesjonalnego działania;
- sygnalizowanego przez poszkodowanych prawdopodobnego naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych osób, których pozyskiwanie w części

przypadków wydaje się być mało transparentne czy wręcz w części przypadków nielegalne;

- braku możliwości reprezentowania klienta w postępowaniu przed sądem powszechnym w sytuacji gdy postępowanie odszkodowawcze prowadzone przed zakładem ubezpieczeń nie zapewniło poszkodowanemu należnych mu świadczeń i pożądanego jest ostateczne rozstrzygnięcie sporu na drodze postępowania cywilnego przez sąd powszechny – chodzi tutaj o brak uprawnień procesowych po stronie osób zajmujących się działalnością w omawianym zakresie;
- wyjątkowo nieetycznego sposobu akwizycji klientów – poszkodowanych poprzez poszukiwanie kontaktu z nimi lub ich bliskimi w placówkach służby zdrowia udzielających świadczeń medycznych bezpośrednio po wypadkach, na pogotowiu ratunkowym i oddziałach ratownictwa medycznego, w szpitalach i ośrodkach rehabilitacyjnych, jednostkach Policji, Straży Pożarnej biorących udział w akcji ratowniczej a nawet prosektoriach, domach pogrzebowych i na cmentarzach;
- ograniczania po stronie poszkodowanych i ich bliskich w możliwościach sankcjonowania nieetycznego postępowania kancelarii odszkodowawczych, wobec braku objęcia ich działalnością zarówno nadzorem ze strony Państwa jak i organizacji samorządowej czy też korporacji zawodowej.

Wymienione powyżej problemy wskazujące na nierzetelnie świadczone usługi przez nieprofesjonalnie działające podmioty były obserwowane przez Rzecznika Ubezpieczonych od pewnego czasu jednak w ostatnim okresie nastąpiło ich wyraźne nasilenie potwierdzone zarówno danymi statystycznymi, obserwacjami Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego jak też sygnałami pochodzącymi od pośredników ubez-

pieczeniowych, przedstawicieli korporacji prawniczych oraz samorządowej organizacji zrzeszającej zakłady ubezpieczeń. Orientacyjne dane wskazują, że obecnie pośrednicy w dochodzeniu roszczeń ubezpieczeniowych (z wyłączeniem kancelarii adwokackich i radcowskich) obsługują ponad 40% szkód osobowych, co pozycjonuje je w ścisłym gronie graczy rynkowych.

Z tych względów w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych rynek tego typu podmiotów dojrzał do uregulowania prawnego celem wyeliminowania dostrzeganych nieprawidłowości. Postępowania likwidacyjne, które są istotą wykonania umowy ubezpieczenia z udziałem w nich pełnomocników, powinny bowiem przebiegać w sposób profesjonalny a przede wszystkim gwarantujący poszkodowanym i innym osobom korzystającym z dobrodziejstw umowy ubezpieczenia ochronę najcenniejszych dla nich dóbr jakimi są życie, zdrowie, a także mienie zapewniające ich dalszy stabilny byt. Chodzi tutaj o zabezpieczenie interesów słabszej strony tego stosunku – szeroko pojmowanych konsumentów usług ubezpieczeniowych, eliminując nadużycia ze strony pośredników.

Reglamentacja działalności kancelarii odszkodowawczych wpisuje się w ten kierunek działań przede wszystkim poprzez inicjatywę legislacyjną ze strony regulatora, zapewniając prawidłowość i stabilność obrotu na rynku ubezpieczeniowym.

Przed wszystkim, słusznym postulatem wydaje się wprowadzenie w tym obszarze ścisłego nadzoru ze strony Państwa. W naszej ocenie należałoby rozważyć powierzenie nadzoru nad kancelariami Komisji Nadzoru Finansowego, Ministerstwu Sprawiedliwości lub Finansów, które weryfikowałyby przygotowanie i rękomię prowadzenia tego typu działalności, a także dysponowałyby szerokim katalogiem instrumentów władczych i byłyby w stanie na bieżąco przeciwdziałać dostrzeganym nieprawidłowościom.

AKTUALNOŚCI

nych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w 2008 roku. Jest to kolejne opracowanie statystyk skargowych, które Rzecznik prezentuje kwartalnie przekazując je m.in. do organu nadzoru oraz udostępniając do publicznej wiadomości. Raport ten nie jest sprawozdaniem rocznym z działalności Rzecznika Ubezpieczonych, które ukaże się na stronie internetowej w połowie marca 2009.

■ 17.02.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz przedstawiciele Biura Rzecznika wzięli udział w uroczystościach 10-lecia Gazety Ubezpieczeniowej.

■ 20.02.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz przedstawiciele Biura Rzecznika wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego „Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek”.

■ 23.02.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz przedstawiciele Biura Rzecznika wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich pt. „Losy ofiar wypadków drogowych”. Rzecznik Ubezpieczonych wygłosił referat „Rola Rzecznika Ubezpieczonych w egzekucji praw poszkodowanych”.

■ 1.04.2009 – Rzecznik Ubezpieczonych i Fundacja Edukacji Ubezpieczonych zorganizowali konferencję „Ubezpieczenia w systemie direct – praktyka obrotu”. W konferencji m.in. wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, branżowych samorządów gospodarczych oraz konsumentów. ■

Opracował:
Piotr Budzianowski

Inną, wyjątkowo istotną z punktu widzenia poszkodowanych pozostaje również kwestia ograniczenia dowolności w kształtowaniu wynagrodzeń kancelarii poprzez określenie ich maksymalnych wysokości. W tym zakresie można wyobrazić sobie różne modele tym nie mniej można skosztować z rozwiązań, które są obecne w polskim ustawodawstwie wzorując się na regulacjach w tym obszarze obowiązujących adwokatów, radców prawnych, komorników czy notariuszy precyzyjnie określających wysokość taksy za podejmowanie czynności. Kancelarie odszkodowawcze głównie realizują czynności pomocy prawnej na etapie przed sądowego dochodzenia roszczeń z umów ubezpieczenia i wprowadzenie tutaj limitów wynagrodzenia liczonych od uzyskanych świadczeń wydaje się zabiegiem najprostszym i obiektywnie weryfikowalnym. Przemawia za tym obserwowana praktyka obrotu, która ukazuje niestety, że w części przypadków określane w warunkach umów stosowanych przez kancelarie wysokości wynagrodzenia (w przypadku świadczeń jednorazowych 30, 40 a nawet 50% powiększane o podatek VAT i w przypadku świadczeń okresowych 6-krotności czy 12-krotności rent) wyczerpuje przesłanki wyższemu określone w art. 388 k.c. Stan ten w naszej ocenie powoduje konieczność zdecydowanego wkroczenia regulatora w swobodę kształtowania wysokości wynagrodzenia mając na celu ochronę poszkodowanych przed nieuzasadnionym, za sprawą wynagrodzeń kancelarii redukowaniem przysługujących poszkodowanym świadczeń. Równie ważnym wydaje się zadbanie przy formułowanych propozycjach legislacyjnych o pełną transparentność w określaniu wysokości wynagrodzeń tego typu podmiotów.

Ponadto jest oczywiste, że kancelarie podobnie jak inne podmioty świadczące pomoc prawną mogą popełnić znaczący dla swojego kontrahenta (poszkodowanego) błąd np. działając w jego imieniu podpiszą umowę, w której podejmą oświadcze-

nie o zrzeczeniu się dalszych roszczeń czy też podejmą pochopną decyzję o kapitalizowaniu renty, co uniemożliwi po kilku latach dalszą jego egzystencję. Skutki tego typu błędów a w ich efekcie szkód powinny być kompensowane i najlepszym elementem systemu byłoby obowiązkowe ubezpieczenie OC lub inny instrument gwarantujący poszkodowanemu w takiej sytuacji zaspokojenie jego słusznym roszczeń. Podobnie jak przy wysokości wynagrodzenia można się tutaj wzorować na regulacjach opisujących obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla członków korporacji prawnych (adwokatów, radców, komorników, notariuszy) z tym, że w naszej ocenie wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej powinna uwzględniać rozmiar prowadzonej działalności mierzony np. obrotami (tzn. im wyższe obroty tym wyższa minimalna suma). Z drugiej strony system taki rodzi szereg zagrożeń bowiem można łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której zakłady ubezpieczeń chcąc się pozbyć z rynku niewygodnych dla nich graczy (kancelarii odszkodowawczych) odmawiałyby zawarcia tego typu umów albo stosowałyby wobec nich rażąco wysokie stawki za takie ubezpieczenie.

Patrząc na brak profesjonalizmu po stronie niektórych kancelarii słusznym wydaje się również wprowadzenie systemu weryfikacji umiejętności osób, które prowadzą czy też zamierzają prowadzić tego typu działalność, podobnie jak to ma miejsce przy innych korporacjach prawnych, czy środowisku brokerów. Oczywiście oceną wiedzy takich osób powinni zajmować się eksperci z obszaru prawa cywilnego szczególnie odszkodowawczego i ubezpieczeniowego, w którym działają kancelarie. Mogli by to być przedstawiciele Ministra Sprawiedliwości, Ministra Finansów, Komisji Nadzoru Ubezpieczeniowego, Rzecznika Ubezpieczonych, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, środowiska sędziowskiego, korporacji prawnych i brokerów, którzy posiadają

zarówno bogatą wiedzę jak i doświadczenie w obsłudze i realizacji roszczeń odszkodowawczych.

W odniesieniu do występujących we wzorcach stosowanych przez kancelarie klauzul abuzywnych wydaje się, że nie potrzeba tutaj specjalnych regulacji a wystarczy sprawne działanie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w oparciu o posiadane kompetencje. Oczywiście potrzebna jest tutaj także aktywność podmiotu, który będzie nadzorował tego typu działalność jak i wszystkich innych obserwatorów rynku m.in. Rzecznika Ubezpieczonych, samorządów zakładów ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych, którzy po stwierdzeniu nieprawidłowości informowaliby UOKiK o podejrzeniu abuzywności w stosowanych przez kancelarie umowach. Z drugiej jednak strony można także rozważyć zapisanie na wzór postanowień regulujących zawartość ogólnych warunków ubezpieczenia ram treściowych wzorców umownych, co prawdopodobnie wpłynęłoby na zrozumienie przez konsumentów i większą transparentność tego typu usług.

Wskazywane powyżej problemy i sygnały odbierane przez rynek skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do podjęcia określonych prawem działań, których celem jest ochrona słuszných interesów uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Po pierwsze, Rzecznik, działając na podstawie art. 26, ust. 4, pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. z dnia 16 lipca 2003 r. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.) wystąpił do Ministra Finansów, z wnioskiem o rozważenie możliwości ujęcia w ramy prawne działalności pełnomocników i podmiotów specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń od zakładów ubezpieczeń. Z informacji uzyskanych przez Rzecznika wynika, iż resort finansów podjął już prace legislacyjne we wskazywanym obszarze. Ponadto, Rzecznik Ubezpieczonych działając na pod-

stawie art. 100, ust. 1 w związku z art. 24 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. nr 50, poz. 331 z późn. zm.) wystąpił do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z zawiadomieniem o podejrzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie niedozwolonych wzorców umownych przez niektóre spośród wskazanych przedsiębiorców, w tym m.in. rażące uprzywilejowanie przedsiębiorcy czy też rażąco wygórowane wynagrodzenie za świadczone usługi. Rzecznik Ubezpieczonych w tej sprawie otrzymał już odpowiedź UOKiK, w której zawarte jest potwierdzenie zasadności wnoszonych zarzutów wraz z informacją o podjęciu działań wobec wskazanych w zawiadomieniu przedsiębiorców. Ponadto odbieramy z rynku pozytywne informacje, iż większość z podmiotów po interwencji UOKiK nie chcąc narazić się na sankcję dopracowało stosowane wzorce umowne dostosowując je do wymogów stawianych w przepisach prawa. Niektóre z nich, co należy ocenić pozytywnie, konsultowały stosowane wzorce z własnej inicjatywy.

Na koniec pragniemy jednoznacznie podkreślić, że działania Rzecznika w tym przedmiocie nie dowodzą negowania potrzeby funkcjonowania na rynku ubezpieczeniowym tych podmiotów, ani też wrogiego do nich stosunku. Jesteśmy bowiem zdania, że podmioty te wypełniają przestrzeń między konsumentem a ubezpieczycielem stanowią uzupełnienie istniejących dotychczas usług kancelarii prawnych. Fakt, iż podmioty te znajdują chętnych na swoje usługi świadczy przede wszystkim o negatywnym postrzeganiu działalności zakładów ubezpieczeń, do których poszkodowani obawiają się zgłosić ze swoimi roszczeniami samodzielnie. Poszkodowani mając bowiem do dyspozycji usługi wyspecjalizowanych podmiotów, będąc wyjątkowo nieufnym w stosunku do branży ubezpiecze-

niowej są przekonani, iż ich roszczenia zostaną zaspokojone w pełniejszy sposób, niż zrobiłby to bezpośrednio zakład ubezpieczeń. Takie postrzeganie zakładów ubezpieczeń oraz korzystanie z usług omawianych podmiotów niedobrze świadczy o jakości postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń operujące w Polsce. Wydaje się, że branża ubezpieczeniowa powinna sobie uświadomić, że jeśli likwidacja szkody następowałaby w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa i linią orzecznictwa przyjmowaną w sposób profesjonalny, miejsca na konflikty z dziesiątkami tysięcy klientów zakładów ubezpieczeń byłoby znacznie mniej. Nie było by także setek podmiotów zawodowo trudniących się pośrednictwem w uzyskiwaniu od zakładów ubezpieczeń roszczeń z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, gdyż nie znajdowałyby dla siebie pola do jakże dochodowej działalności, z którą związanych jest szereg wyżej sygnalizowanych problemów.

Stąd też zasadna wydaje się propozycja Rzecznika by wprowadzić ład w działalność tych podmiotów poprzez ujęcie jej w ramy prawne, tak by profesjonalnie i bezpieczniej niż dotychczas służyły pomocą konsumentom usług ubezpieczeniowych. W naszej ocenie te podmioty, które z poszanowaniem prawa, profesjonalnie oraz etycznie świadczą tego typu usługi nie mają jakichkolwiek podstaw aby obawiać się regulacji reglamentacyjnej ze strony Państwa. Inne, które prowadzą działalność nadużywając prawa, z pominięciem wymogów etycznych będą z czasem z rynku usunięte, co w ocenie Rzecznika stanowi pożądane dla poszkodowanych rozwiązanie. ■

Krystyna Krawczyk
Dyrektor Biura Rzecznika
Ubezpieczonych
Aleksander Daszewski
radca prawny koordynator
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Zmiany w systemie emerytalnym

5 grudnia 2008 roku Sejm uchwalił ustawę o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Wprowadzona w 1999 roku reforma emerytalna zakłada istnienie III filarów, w ramach których osoby oszczędzające na nowe emerytury gromadziłyby swoje środki. Pierwszy filar, to środki zgromadzone w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, drugi to środki zgromadzone na rachunkach otwartych funduszy emerytalnych. Z kolei w trzecim filarze mają być indywidualnie odkładane dodatkowe środki, które powiększą emeryturę każdego emeryta. Dwa pierwsze filary (ZUS i OFE), są obowiązkowe dla osób urodzonych po dniu 31 grudnia 1968 roku. Wraz z wprowadzeniem reformy emerytalnej osoby urodzone w latach 1949 – 1968, miały możliwość dokonania wyboru – mogły bowiem pozostać w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, bądź też mogły przystąpić do otwartego funduszu emerytalnego. Wówczas, co do zasady, osobie urodzonej po 31 grudnia 1948 roku, która przystąpiła do OFE, emerytura ustalana jest w całości na nowych zasadach i wypłacana jest jedna emerytura kapitałowa. Składa się ona z sumy emerytury ustalonej na nowych zasadach przez ZUS i emerytury okresowej ustalonej w ramach OFE. Nowe zasady obliczania emerytury polegają na tym, iż podstawa obliczenia emerytury (zwaloryzowany kapitał początkowy oraz składki wpłacone do ZUS po 1999 roku z uwzględnieniem ich waloryzacji) zostaje podzielona przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego, wg. tablic ogłoszonych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Do tak obliczonej przez ZUS emerytury dodaje się emeryturę okresową wyliczoną w ramach OFE (kapitał zgromadzony w OFE zosta-

je podzielony przez średnie dalsze trwanie życia, wg. tablic ogłoszonych przez Prezesa GUS). W sytuacji kiedy kwota środków zgromadzona na koncie w OFE jest mniejsza niż dwudziestokrotność dodatku pielęgnacyjnego (obecnie 3 263 zł), wówczas emerytura okresowa w ramach OFE nie jest wyliczana, zaś zgromadzone środki są przekazywane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w celu zwiększenia podstawy obliczenia emerytury w ramach I filaru.

Z dniem 5 lutego 2009 roku weszły w życie przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009 roku, nr 8, poz. 38). Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w art. 183 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Przepis ten, określa sposób wypłaty tzw. emerytury mieszanej, czyli częściowo obliczanej według starych zasad (z uwzględnieniem podstawy wymiaru świadczenia, liczby okresów składkowych i nieskładkowych oraz kwoty bazowej), częściowo według nowych zasad kapitałowych. Do dnia 5 lutego 2009 roku, aby uzyskać prawo do otrzymywania emerytury mieszanej, nie można było być członkiem otwartego funduszu emerytalnego. Po nowelizacji przepis art. 183 ust. 1 brzmi następująco: „Emerytura przyznana na wniosek osoby ubezpieczonej urodzonej po dniu 31 grudnia 1948 r., z wyjątkiem ubezpieczonych, którzy pobrali emeryturę na podstawie przepisów art. 46 lub 50, o ile osoba ta nie była członkiem otwartego funduszu emerytalnego albo złożyła wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu

emerytalnym, za pośrednictwem Zakładu, na dochody budżetu państwa, która osiągnęła wiek uprawniający do emerytury w roku kalendarzowym 2009, wynosi:

- 1) 80% emerytury obliczonej na podstawie art. 53 oraz
- 2) 20% emerytury obliczonej na podstawie art. 26”.

Powyższa zmiana w praktyce oznacza, iż emerytura mieszana (część emerytury obliczona według starych a część według nowych zasad) może być również przyznana kobietom, które wiek emerytalny osiągną w latach 2009-2013 i przystąpiły do otwartych funduszy emerytalnych. Należy wówczas wraz z wnioskiem o emeryturę złożyć wniosek, aby środki zgromadzone na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym zostały przekazane na dochody budżetu państwa (część II pkt 3 wniosku o emeryturę – druk ZUS Rp-1E).

W przypadku podjęcia takiej decyzji, tzn. złożenia wniosku o przekazanie środków zgromadzonych w OFE do budżetu państwa w 2009 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustali emeryturę w 80% według starych zasad (z uwzględnieniem okresów składkowych i nieskładkowych oraz podstawy wymiaru ustalonej z dziesięciu kolejnych lat kalendarzowych wybranych z ostatnich 20 lat), zaś w 20% według nowych zasad (z uwzględnieniem zwaloryzowanego kapitału początkowego i kwoty wpłaconych składek na ubezpieczenie emerytalne). Dla osób, które osiągną wiek emerytalny w 2010 roku, te proporcje będą następujące: 70% emerytury będzie wyliczona wg. starych zasad, 30 % emerytury będzie wyliczona według nowych zasad. W 2011 roku będzie to odpowiednio 55% i 45%, w 2012 roku – 35% i 65%, zaś w 2013 – 20% i 80%.

Jak podkreślali projektodawcy, celem nowelizacji wskazanego art. 183 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, było umożliwienie dokonania wyboru osobom przechodzącym w najbliższych latach na emeryturę

i jednoczesna rekompensata tym osobom skutków kryzysu finansowego, który spowodował uszczuplenie środków zgromadzonych na rachunkach członków OFE, bowiem nie zostały wprowadzone bezpieczne formy oszczędzania.

Osoby, które będą podejmowały decyzję czy pozostać członkiem OFE i otrzymywać emeryturę kapitałową (suma emerytury ustalonej na nowych zasadach przez ZUS i emerytury okresowej z OFE), czy też złożyć

wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w OFE na dochody budżetu państwa i nabyć prawo do tzw. emerytury mieszanej (część emerytury liczona wg. starych a część wg. nowych zasad) zostaną postawione przed dylematem, którą możliwość wybrać. Wybór ten może skutkować, iż wielu przypadkach emerytura mieszana będzie większa od emerytury obliczonej wg. nowych zasad. Dokonanie samodzielnych obliczeń w praktyce może okazać się

trudne (szczególnie w odniesieniu do wyliczenia wysokości emerytury mieszanej), stąd też coraz częściej pojawiają się słuszne propozycje, aby wprowadzić przepisy, które zobowiązałyby Zakład Ubezpieczeń Społecznych do przedstawienia kalkulacji obu wariantów świadczeń przyszłemu emerytowi przed podjęciem decyzji o wyborze świadczenia. ■

Bartłomiej Chmielowiec
Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Konstrukcja przestępstwa asekuracyjnego

Z dynamicznym rozwojem gospodarczym kraju związane są nieodłącznie zjawiska negatywne, które często wykraczając poza sferę naruszeń zobowiązań umownych wchodzą w sferę prawa karnego. Różnorodne formy, instytucje i narzędzia działalności gospodarczej są przedmiotem zainteresowań zarówno przestępców indywidualnych, jak i zorganizowanych grup przestępczych.

Stopień kapitalizacji rynku ubezpieczeniowego, dynamiczny rozwój tego sektora gospodarki, a także wzrost znaczenia ubezpieczeń gospodarczych w obrocie prawnym powodują, iż działalność ubezpieczycieli jest szczególnie narażona na działania przestępcze. W obowiązującym systemie prawa unormowane są jednak regulacje, które przewidują karnoprawną ochronę rynku ubezpieczeniowego oraz działalności asekuracyjnej. Taką instytucją jest między innymi odpowiedzialność karna za popełnienie przestępstwa oszustwa ubezpieczeniowego (asekuracyjnego).

Przedmiotem niniejszego artykułu jest przybliżenie przedmiotu ochrony tego typu przestępstwa, jego strony przedmiotowej i podmiotowej, a także wskazanie rodzaju sankcji za popełnienie tego czynu zabronionego. W zarysie zostanie również omówiona problematyka klauzuli bezkarności występująca na gruncie art. 298 § 2 k.k.

Przestępstwo oszustwa asekuracyjnego (ubezpieczeniowego) uregulowane jest w art. 298 § 1 k.k. Zgodnie z tym przepisem – Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Przestępstwo oszustwa asekuracyjnego stanowi jeden z istotnych elementów składających się na system karnoprawnej ochrony rynku ubezpieczeniowego oraz działalności asekuracyjnej. Obok przepisu art. 298 k.k. podstawą odpowiedzialności karnej za zamachy na rynek ubezpieczeniowy oraz prawidłowość prowadzenia tej działalności są przepisy ustawy art. 224-232 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisy art. 47-48 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Przestępstwo oszustwa ubezpieczeniowego należy do najstarszych

typów oszustw gospodarczych znanych europejskim kodeksom karnym. Już w czasie prac nad polskim kodeksem karnym z 1932 roku rozważano możliwość wprowadzenia do kodyfikacji przepisu kryminalizującego tzw. oszustwo asekuracyjne. Podobne próby podejmowano także podczas prac legislacyjnych nad kodeksem karnym z 1969 roku. Ostatecznie zrezygnowano z unormowania tego typu czynu zabronionego, uznając, iż prowadziłoby to do nadmiernej kazuistyki kodeksu karnego. Dodatkowo podkreślano, że istnieje możliwość kryminalizowania wyłudzenia odszkodowania od zakładów ubezpieczeń na podstawie konstrukcji przepisu oszustwa klasycznego.

Zmiany społeczno-gospodarcze w Polsce z początku lat 90-tych XX wieku, fala patologicznych zjawisk w gospodarce, w tym zachowań wymierzonych przeciwko podstawom funkcjonowania instytucji ubezpieczeniowych, sprawiły, że ustawodawca w 1994 roku wprowadził do polskiego systemu prawa karnego przestępstwo oszustwa asekuracyjnego – w art. 4 ustawy z dnia 12 października 1994 roku o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego (Dz.U. z 1994 r., nr 126, poz. 615)¹. Następnie ten typ czynu zabronionego został wprowadzony w art. 298 do Kodeksu karnego z 1997 roku, z tą

jednak zmianą, że wprowadzono dolne ustawowe zagrożenie sankcją w postaci kary pozbawienia wolności od 3 miesięcy.

Nazwa tego przestępstwa sugerować może jego bliskie pokrewieństwo z przestępstwem oszustwa klasycznego (art. 286 k.k.). Zrodzić się może zasadne pytanie, jaka jest właściwie różnica pomiędzy przestępstwem klasycznym a oszustwem asekuracyjnym.

Zasadnicza różnica polega na tym, że w znamionach czynu zabronionego, o którym mowa w art. 298 § 1 k.k., brak jest znamion skutku w postaci rozporządzenia mienia oraz znamienia korzyści majątkowej jako celu działania sprawcy. Konstrukcja znamion przestępstwa oszustwa asekuracyjnego odpowiada w zasadzie karalnej czynności przygotowawczej, która nie może być jeszcze traktowana jako usiłowanie wyłudzenia kwoty odpowiadającej sumie ubezpieczenia lub wysokości szkody. Przepis art. 298 § 1 k.k. stanowi przejaw techniki legislacyjnej polegającej na redukcji warunków penalizacji, poprzez przesunięcie podstawy odpowiedzialności na etap przygotowania oszustwa klasycznego.

Przestępstwo oszustwa asekuracyjnego oraz klasycznego mają także różne przedmioty ochrony. Szkodliwość zachowań w art. 298 § 1 k.k. nie polega na wyrządzeniu szkody w mieniu, lecz wyraża się w stworzeniu zagrożenia wynikającego z zachowania się sprawcy dla instytucji ubezpieczeniowej, w tym, że w przypadku podjęcia przez sprawcę odszkodowania zniweczone zostaną cele, jakim ma służyć ochrona ubezpieczeniowa. W pewnym też sensie przestępstwo oszustwa klasycznego jest uzupełnieniem kryminalizacji wynikającej z przepisu art. 298 k.k. Oszustwo klasyczne chroni bowiem instytucje ubezpieczeniowe przed zamachami na mienie, polegającymi na wprowadzeniu w błąd co do okoliczności istotnej z punktu widzenia podstaw wypłaty odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i doprowadzenia w ten sposób do niekorzystnego rozporządzenia mieniem

przez ubezpieczyciela. Jeżeli po spowodowaniu zdarzenia będącego podstawą wypłaty odszkodowania sprawca rozpocznie czynności zmierzające do uzyskania odszkodowania, przedstawiając ubezpieczycielowi informacje dotyczące tego zdarzenia i uzyska odszkodowanie, wówczas jego zachowanie wypełniać będzie znamiona przestępstwa oszustwa klasycznego (art. 286 § 1 k.k.).

Przyjmuje się, że rodzajowym przedmiotem ochrony przestępstwa asekuracyjnego jest prawidłowość funkcjonowania obrotu gospodarczego oraz związane z nią indywidualne interesy uczestników tego obrotu, a także ponadindywidualne interesy gospodarcze. W szerokim zakresie przepis art. 298 § 1 k.k. chroni instytucję ubezpieczenia tj. umowy ubezpieczeń gospodarczych, zarówno o charakterze obowiązkowym i dobrowolnym, zawierane przez podmioty prawa cywilnego. Przydaje ochronę zasadom obowiązującym w działalności ubezpieczeniowej, w szczególności zasadom uczciwości i rzetelności w obrocie. Służy on zatem ochronie pozycji i zapewnieniu wypłacalności ubezpieczycieli, zwiększając przez to poczucie bezpieczeństwa wśród ubezpieczonych w przypadkach wystąpienia zdarzeń losowych lub wypadków, od których zaistnienia uzależnione jest otrzymanie należnego odszkodowania. Chroni także interes majątkowy ubezpieczycieli.

Przestępstwo oszustwa asekuracyjnego należy do grupy przestępstw powszechnych. Jego sprawcą może być każdy zdalny podmiot odpowiedzialności karnej, który powoduje zdarzenie stanowiące podstawę do wypłaty odszkodowania.

Znamiona tego przestępstwa może zrealizować zarówno osoba, która będąc stroną umowy ubezpieczenia powoduje zdarzenie stanowiące podstawę do wypłacenia jej odszkodowania, jak również osoba, która nie jest stroną umowy, lecz powoduje zdarzenie, za którego powstanie ponosi odpowiedzialność ubezpieczyciel na rzecz ubezpieczonego. Ustawodawca nie wymaga przy tym, aby sprawca

przestępstwa oszustwa asekuracyjnego był w jakikolwiek sposób związany z zakładem ubezpieczeń, w szczególności jako strona umowy ubezpieczenia. Dla bytu przestępstwa nie jest także istotne, kto ma uzyskać korzyść majątkową związaną z realizacją znamion tego typu przestępstwa.² Ponieważ ustawodawca nie zawarł w omawianym przepisie znamienia uzyskania podstawy do wypłaty odszkodowania „dla siebie”, przeto sprawcą tego przestępstwa może być zarówno ten, kto dąży do uzyskania odszkodowania dla siebie, jak i ten, kto podejmuje działania prowadzące do powstania zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia dla innego podmiotu.

Typ tego czynu zabronionego opisuje tylko jedną postać zrealizowania znamion, polegającą na spowodowaniu zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia. W doktrynie prawa karnego przez pojęcie „powodowanie zdarzenia” rozumie się wszelkie działania lub zaniechania prowadzące do powstania takiej zmiany w świecie zewnętrznym (wypadku), od której uzależniona jest wypłata odszkodowania. W szczególności może ono polegać na porzuceniu ubezpieczonego pojazdu, zniszczeniu pojazdu, zniszczeniu lub uszkodzeniu ubezpieczonego mienia, porzuceniu przedmiotów wchodzących w skład ubezpieczonego mienia, spowodowaniu pożaru, eksplozji, obsunięcia się ziemi lub uruchomienia innych żywiołów, w wyniku których dojdzie do powstania szkody w przedmiocie ubezpieczenia.

Czynność sprawcza ujęta jako powodowanie zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania opisana została przy wykorzystaniu czasownika wyrażającego przyczynowość. Oznacza to, że karalne jest nie tyle podjęcie czynności „powodowania”, co wywołanie określonej zmiany w świecie zewnętrznym jako zdarzenie będące podstawą wypłaty odszkodowania. Dla dokonania przestępstwa asekuracyjnego konieczne

jest zatem wystąpienie rezultatu w postaci zdarzenia stanowiącego podstawę wypłaty odszkodowania.

Znamię czynnościowe określone jako powodowanie wypełnić można zarówno przez działanie, jak i zaniechanie, bez których nie nastąpiłoby zdarzenie wskazane w tym przepisie jako podstawa do wypłaty odszkodowania. W przypadku, gdy sprawca zrealizował znamię czynnościowe przez działanie, między jego zachowaniem a zdarzeniem stanowiącym podstawę do wypłaty odszkodowania konieczne jest ustalenie związku przyczynowego. W sytuacji zaniechania – ustalenie, że na sprawcy ciążył szczególnie obowiązek zapobieżenia powstaniu takiego zdarzenia³.

W doktrynie prawa karnego powszechnie przyjmuje się, że za „spowodowanie zdarzenia” nie można uznać zachowania polegającego na „pozorowaniu zdarzenia”. Sprawca zachowania polegającego na upozorowaniu, lecz nie spowodowaniu zdarzenia, może ewentualnie ponieść odpowiedzialność za oszustwo, pod warunkiem, że dojdzie do wypłaty przez ubezpieczyciela z tytułu umowy w oparciu o informację dotyczącą upozorowanego zdarzenia. Można spotkać się również z poglądem, że art. 298 § 1 zakresem swojej kryminalizacji obejmuje również „upozorowanie zdarzenia”. W świetle tego poglądu nie zawsze jest możliwe wytyczenie granicy pomiędzy zdarzeniem spowodowanym a upozorowanym. Upozorowanie bowiem określonego stanu rzeczy jest zdarzeniem realnym, rzeczywiście przez człowieka spowodowanym. Stąd też racjonalniej jest przyjąć, że zakresem kryminalizacji wyznaczonym brzmieniem przepisu art. 298 § 1 k.k. objęte są także zdarzenia pozorowane⁴.

Nie stanowi powodowania zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania zachowanie polegające na nieprawdziwym przedstawieniu okoliczności rzeczywistego wypadku, na przykład poprzez podanie w zawiadomieniu o powstaniu szkody nie prawdziwej, zawyżonej jej wy-

sokości. Taka sytuacja odnosi się bowiem do rzeczywistego wystąpienia zdarzenia w postaci wypadku, w sposób niezależny od woli i zachowania sprawcy, stanowiąc podstawę do odpowiedzialności za wprowadzenie w błąd zakładu ubezpieczeń co do elementów istotnych z punktu widzenia wypłaty odszkodowania. Jeżeli skutkiem takiego działania będzie wypłata odszkodowania w wyższej wysokości to zachowanie sprawcy kwalifikować należy jako dokonane oszustwo z art. 286 § 1 k.k.

Podobnie, gdy sprawca bezpodstawnie, błędnie przypuszcza, że spowodowany przez niego stan faktyczny odpowiada charakterystyce zdarzenia opisanego w umowie ubezpieczenia, stanowiącego podstawę wypłaty odszkodowania, w rzeczywistości natomiast nie spełnia warunków tam opisanych, zachowanie sprawcy nie może być uznane jako „powodowanie zdarzenia będącego podstawą wypłaty odszkodowania” i nie stanowi realizacji znamion przedmiotowych przestępstwa oszustwa ubezpieczeniowego. Ewentualną podstawą odpowiedzialności może być w takim przypadku konstrukcja usiłowania nieudolnego.

Sprawca odpowiadać może jedynie za spowodowanie takiego zdarzenia, które zgodnie z umową ubezpieczenia lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia stanowi podstawę dla ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania. Spowodowanie innego zdarzenia, które w świadomości sprawcy stanowi podstawę do wypłaty odszkodowania, lecz w świetle umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia nie ma takiego charakteru, nie może być uznane za realizację znamion czynu z art. 298 § 1 k.k.

Art. 298 § 1 k.k. nie odnosi się do umów reasekuracyjnych. Przez zawarcie umowy reasekuracyjnej reasekurator zobowiązuje się do pokrycia określonej części świadczeń ubezpieczeniowych, obciążających ubezpieczyciela, w zamian za odpowiednią część uprzednio pobranej przez ubezpieczyciela składki. Celem umowy reasekuracyjnej jest podział

ryzyka wynikającego z zawarcia umowy ubezpieczenia. Fakt wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń na rzecz ubezpieczającego lub ubezpieczonego nie jest uzależniony od świadczenia reasekuratora albo towarzystwa reasekuracyjnego na rzecz ubezpieczyciela. Przesądza to zatem, że przepis art. 298 k.k. nie odnosi się do stosunków reasekuracyjnych.

Podstawą odpowiedzialności za przestępstwo oszustwa ubezpieczeniowego nie może być także, co do zasady, spowodowanie zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty z tytułu świadczenia z ubezpieczenia osobowego⁵. Sposób ujęcia tego przepisu przesądza o tym, że penalizacji podlega tylko spowodowanie zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty odszkodowania. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia osobowego, nie ma, co do zasady, charakteru odszkodowania za doznaną szkodę, lecz ma postać zapłaty umówionej sumy pieniędzy, renty lub innego świadczenia⁶. Jedynie w pewnych wypadkach może ono przybrać charakter odszkodowawczy, w zakresie, w jakim świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia stanowi zwrot wydatków poniesionych przez osobę uprawnioną (koszty leczenia, zakup protez, koszty przeszkolenia zawodowego itp.). Spowodowanie zdarzenia będącego podstawą do wypłaty określonej sumy pieniężnej z tytułu umowy ubezpieczenia osobowego może być więc uznane za realizację znamion czynu zabronionego określonego w art. 298 § 1 k.k. tylko w tych przypadkach, gdy powstałe zdarzenie stanowić będzie podstawę do uzyskania świadczenia o charakterze odszkodowawczym. W pozostałych wypadkach spowodowanie zdarzenia będącego podstawą do uzyskania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia osobowego nie może być uznane za zdarzenie stanowiące podstawę do wypłaty odszkodowania. Nie stanowi ono zatem realizacji znamion czynu zabronionego określonego w art. 298 § 1 k.k. Nie oznacza to jednak braku karalności takiego zachowania po

złożeniu przez jego sprawcę wniosku o uzyskanie nienależnego świadczenia. Takie zachowanie sprawcy można kwalifikować jako usiłowanie oszustwa z art. 286 k.k.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że brzmienie przepisu art. 298 § 1 k.k. przesądza również o bezkarności osoby, która powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Zadaniem UFG jest wypłacanie odszkodowań z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego, tj. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, w przypadku powstania szkody na osobie, gdy sprawca nie mógł być zidentyfikowany oraz w przypadkach powstania szkody na mieniu i osobie, gdy sprawca szkody nie posiadał obowiązkowego ubezpieczenia OC. W tych sytuacjach podstawą do wypłaty odszkodowania nie jest tytuł wynikający z umowy ubezpieczenia (będący znamieniem czynu zabronionego określonego w art. 298 § 1), lecz przepis ustawy.

Przestępstwo oszustwa asekuracyjnego ma charakter materialny, znamionem skutkiem w postaci spowodowania przez sprawcę określonej zmiany w świecie zewnętrznym, określanej w znamionach przestępstwa przewidzianego w art. 298 § 1 „jako zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania”. W sytuacji, gdy sprawca podejmuje jedynie czynności zmierzające do spowodowania zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania, lecz do zaistnienia tego zdarzenia nie dochodzi, nie można przyjąć, że zostały zrealizowane znamiona przestępstwa asekuracyjnego. W takim przypadku sprawca może odpowiadać za usiłowanie zwykle lub usiłowanie nieudolne⁷.

Z punktu widzenia interesów ubezpieczyciela oraz instytucji ubezpieczenia, przestępstwo określone w art.

298 § 1 k.k. jest przestępstwem abstrakcyjnym zagrożenia. Do realizacji znamion tego typu czynu zabronionego wystarczające jest samo spowodowanie zdarzenia, od którego uzależniona jest wypłata odszkodowania. Już wówczas mamy do czynienia z dokonaniem przestępstwa. Konstrukcja przestępstwa oszustwa ubezpieczeniowego odpowiada – jak to zostało powyżej wskazane – karalnej czynności przygotowawczej, która nie może być traktowana jako usiłowanie wyłudzenia kwoty odpowiadającej sumie odszkodowania lub wysokości spowodowanej szkody. Usiłowanie wymaga bowiem, aby zachowanie się sprawcy było czynem bezpośrednio prowadzącym do dokonania, a za takie można uznać dopiero zawiadomienie o powstaniu szkody. Do zaistnienia przestępstwa asekuracyjnego nie jest więc konieczne ani podjęcie działań zmierzających bezpośrednio do uzyskania sumy ubezpieczeniowej, ani tym bardziej uzyskanie od ubezpieczyciela wypłaty odszkodowania.

Z uwagi na brak w treści art. 298 k.k. wariantu nieumyślnego zachowania sprawcy, należy stwierdzić, iż oszustwo ubezpieczeniowe można popełnić jedynie umyślnie. Zastrzec tutaj należy, iż w przypadku oszustwa ubezpieczeniowego strona podmiotowa sprowadza się wyłącznie do zamiaru bezpośredniego. Przyczyną ograniczenia strony podmiotowej jedynie do zamiaru bezpośredniego jest wskazana przez ustawodawcę poprzez konieczność działania w celu uzyskania odszkodowania. Zatem przestępstwo oszustwa ubezpieczeniowego należy uznać jako przestępstwo kierunkowe, tzn. znamienne celem, a zamiar sprawcy przybierze tutaj szczególną postać zamiaru bezpośredniego kierunkowego. Skonkretyzowanym zaś celem sprawcy tegoż przestępstwa jest uzyskanie odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia.

Działanie w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia – jako znamię przestępstwa określonego w art. 298 § 1 k.k. należy interpretować analogicznie,

jak działanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, co jest znamieniem klasycznego oszustwa z art. 286 § 1 k.k. W przypadku oszustwa ubezpieczeniowego korzyścią majątkową – pozostając w zgodzie z rozumieniem tego określenia ujętym w art. 115 § 4 k.k. – jest konkretna suma pieniężna składająca się na odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia majątkowego.

Osoba, która wywołuje przez nieostrożność (a więc nieumyślnie) zdarzenie, o którym mowa w art. 298 § 1 k.k. nie podlega odpowiedzialności karnej ze względu na brak znamion strony podmiotowej tego przestępstwa. Podobnie dekompletacja strony podmiotowej zachodzi wówczas, gdy osoba, która umyślnie powoduje, zdarzenie, o którym mowa w art. 298 k.k., nie czyni tego działając w celu uzyskania odszkodowania na podstawie umowy ubezpieczenia.

Jeżeli chodzi o zagrożenie karą i środkami karnymi to przestępstwo określone w art. 298 § 1 k.k. jest występkiem zagrożonym karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W przypadku działania sprawcy w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub w razie braku działania w takim celu, lecz osiągnięcia przez sprawcę korzyści majątkowej, sąd skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności może orzec obok tej kary grzywnę na podstawie art. 33 § 2 k.k. Możliwe jest również wymierzenia kary ograniczenia wolności albo grzywny, jeśli są spełnione przesłanki przewidziane w art. 58 § 3 k.k. Dopuszczalna jest także możliwość zastosowania instytucji warunkowego umorzenia karnego, jeśli spełnione są przesłanki określone w art. 66 § 1 i 3 k.k.

Zachowanie się sprawcy przestępstwa oszustwa asekuracyjnego może niekiedy powodować realizację znamion innych typów czynów zabronionych. Najczęściej będziemy mieli do czynienia z tzw. kumulatywnym zbiegiem przestępstw⁸. Przykładem będzie tu np. spowodowanie zniszczenia budynku przez spowodowanie pożaru jako spowodowanie zdarzenia będącego podstawą do wypłaty

odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia mienia. Kumulatywny zbieg może także zachodzić pomiędzy przepisem art. 298 § 1 a art. 164 k.k., między art. 298 § 1 i art. 165 k.k. W praktyce możliwy jest kumulatywny zbieg przepisu art. 298 § 1 i art. 173 k.k., a także art. 298 § 1, art. 174 i art. 288 k.k.

W doktrynie prawa karnego istnieją natomiast zasadnicze różnice co do tego z jakim rodzajem zbiegu przestępstw mamy do czynienia w przypadku, gdy sprawca, działając w z góry powziętym zamiarze wyłudzenia odszkodowania z instytucji ubezpieczeniowej, spowoduje zdarzenie dające podstawę do takiego odszkodowania, następnie wystąpi do ubezpieczyciela z wnioskiem o jego wypłatę a ubezpieczyciel spełni świadczenie odszkodowawcze. Według pierwszego poglądu⁹ w takim przypadku uzasadniona jest kumulatywna kwalifikacja przepisów art. 298 § 1 i art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. Takie rozwiązanie oddaje bowiem całą jego kryminalną zawartość, uwzględniając nie tylko znamiona oszustwa, ale także szczególne znamiona zachowań opisanych w art. 298 § 1 k.k. Za przyjęciem takiego rozwiązania przemawia również to, że poszczególne zachowania stanowią realizację tego samego, z góry powziętego zamiaru przestępnego. Przeciwny pogląd¹⁰ zakłada, że w takiej sytuacji mamy do czynienia z konstrukcją współukaranego przestępstwa uprzedniego. Właściwa więc kwalifikacja prawna zachowania się sprawcy powinna być oparta wyłącznie o przepis art. 286 § 1 k.k.

W § 2 art. 298 k.k. wprowadzona jest klauzula uchylająca karalność wobec sprawcy, który przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wypłacie odszkodowania. Przepis ten stanowi realizację przyjętej w kodeksie karnym z 1997 roku zasady możliwie szerokiego rozwiązywania powstałego w wyniku popełnienia przestępstwa konfliktu społecznego poprzez zapobieżenie przez sprawcę powstaniu szkody, a więc naruszeniu chronionego dobra prawnego.

Przewidziana klauzula niekaralności stanowi jedną z odmian czynnego żalu. Przez zapobieżenie wypłacie odszkodowania należy rozumieć wszelkie zachowania sprawcy (działania lub zaniechania), który spowodował zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania, w konsekwencji których odszkodowanie nie zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela. Kodeks karny nie wymaga przy tym, aby zapobieżenie wypłacie odszkodowania była wyłącznie rezultatem zachowania się sprawcy. Sprawca może zatem posłużyć się w tym celu inną osobą, zwłaszcza w sytuacji, gdy do zapobieżenia wypłacie odszkodowania konieczne są szczególne umiejętności lub kompetencje, których sprawca nie posiada¹¹.

Pojęcie „zapobieżenie wypłacie odszkodowania” obejmuje w szczególności sytuacje, w których sprawca nie zgłosił ubezpieczycielowi powstania zdarzenia i nie doprowadził do oszacowania rozmiarów szkody, nie złożył wniosków o wypłatę odszkodowania, w sposób wyraźny zrezygnował z jego pobrania, rozwiązał umowę ubezpieczenia lub nie podjął odszkodowania od ubezpieczyciela.

W pojęciu „zapobieżenie wypłacie odszkodowania” mieszczą się także działania sprawcy polegające na nakłonieniu podmiotu, na rzecz którego sprawca spowodował zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania, aby nie zgłaszał szkody ubezpieczycielowi, nie składał do niego wniosków o wypłatę odszkodowania lub w sposób wyraźny zrezygnował z pobierania odszkodowania.

Sposób redakcji przepisu art. 298 § 2 k.k., przesądza o tym, iż nie ma on zastosowania do sytuacji, w których bez wiedzy i aktywności sprawcy przestępstwa określonego w art. 298 § 1 k.k., zmierzającej do zapobieżenia wypłacie odszkodowania, nie dojdzie do jego wypłacenia przez ubezpieczyciela. Dla spełnienia warunków przewidzianych w klauzuli niekaralności konieczne jest bowiem podjęcie przez sprawcę określonego zachowania zmierzającego do zapobieżenia wy-

płacie odszkodowania. W szczególności art. 298 § 2 k.k. nie ma zastosowania do tych wypadków, w których ubezpieczyciel sam powstrzyma wypłatę odszkodowania, do wypłaty nie dojdzie z przyczyn niezależnych od sprawcy przestępstwa określonego w art. 298 § 1 k.k. lub gdy podmiot, na rzecz którego sprawca spowodował zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania, sam, bez wiedzy i woli sprawcy, przedsięwzięje czynności zapobiegające wypłacie odszkodowania.

Klauzula niekaralności nie ma również zastosowania do sytuacji, w której sprawca lub podmiot ubezpieczony pobierze odszkodowanie, a następnie zwróci je ubezpieczycielowi w wyniku działań podjętych przez sprawcę. W takim wypadku bowiem dochodzi do wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela, klauzula niekaralności zaś dotyczy tylko takich sytuacji, gdy sprawca zapobiegnie wypłacie odszkodowania, a więc swoim zachowaniem spowoduje, że do wypłaty w ogóle nie dojdzie. Zwrot pobranego odszkodowania może natomiast stanowić przesłankę do nadzwyczajnego złagodzenia kary na podstawie art. 60 § 2 pkt 1, zwłaszcza jeśli wraz ze zwrotem odszkodowania sprawca pojedna się z pokrzywdzonym.

Nie stanowi podstawy do zastosowania klauzuli niekaralności zawartej w art. 298 § 2 samo podjęcie przez sprawcę przestępstwa określonego w art. 298 § 1 k.k. działań zmierzających do zapobieżenia wypłacie odszkodowania wtedy, gdy okażą się one nieskuteczne i dojdzie do jego wypłaty. Takie zachowanie sprawcy może stanowić podstawę do nadzwyczajnego złagodzenia kary (art. 60 § 2 pkt 3 k.k.). Dla zastosowania klauzuli z art. 298 § 2 nie jest również konieczne, aby sprawca przestępstwa określonego w art. 298 § 1 ujawnił swój czyn przestępny oraz okoliczności jego popełnienia ubezpieczycielowi lub organom ścigania.

Przesłanką tego rodzaju czynnego żalu jest „dobrowolność” w zapobieżeniu wypłacie odszkodowania, które dodatkowo musi nastąpić przed

wszczęciem postępowania karnego. Pojęcie „dobrowolności” należy interpretować zgodnie ze znaczeniem, jakie nadaje się mu w związku z instytucją czynnego żalu (art. 15 §1, art. 17 § 1, art. 131 § 1 i 2 k.k.) ze względu na podobne funkcje spełniane przez te przepisy. Przesłanka dobrowolności jest spełniona, gdy sprawca decyduje się na naprawienie szkody w wyniku dokonania swobodnego wyboru, wolnego od toczącego się postępowania karnego. Innymi słowy, dobrowolne naprawienie szkody to działanie sprawcy, który nie jest zmuszony do dokonania tej czynności.

Nie wyklucza dobrowolności podjęcie przez sprawcę decyzji o naprawieniu w całości wyrządzonej szkody pod wpływem obawy przed odpowiedzialnością karną, jeżeli decyzja ta stanowi akt swobodnej, nieprzymuszonej woli sprawcy. Dobrowolność nie musi oznaczać kierowania się przez sprawcę moralnie pozytywnymi motywami lub pobudkami. Przez dobrowolne zachowanie należy rozumieć takie, które nie wynikało z konieczności, lecz było wynikiem decyzji sprawcy wolnej od nacisku zewnętrznego. O dobrowolności zapobiegnięcia wypłacie odszkodowania decyduje więc wyłącznie nieskrępowana wola sprawcy, bez względu na motywację, którą kieruje się on przy podejmowaniu tej decyzji.

Drugim znamieniem klauzuli bezkarności „przed wszczęciem postępowania”. Wszczęcie postępowania karnego reguluje art. 303 k.p.k., w myśl którego, jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, wydaje się z urzędu na skutek zawiadomienia o przestępstwie postanowienie o wszczęciu śledztwa, w którym określa się czyn będący przedmiotem postępowania oraz jego kwalifikację prawną. Moment ten temporalnie określa kiedy dobrowolne zapobieżenie wypłacie odszkodowania korzysta z dobrodziejstwa klauzuli bezkarności. Należy przy tym wyraźnie podkreślić, że wszczęcie postępowania karnego musi dotyczyć działania sprawcy spowodowania zdarzenia będącego podstawą do wypłaty odszkodowania

z tytułu umowy ubezpieczenia majątkowego, tj. popełnienia przestępstwa z art. 298 § 1 k.k. Wszczęcie postępowania karnego o przestępstwo inne niż oszustwo ubezpieczeniowe, np. sprowadzenie zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu wielu osób albo mieniu w wielkich rozmiarach, mające postać pożaru (art. 163 § 1 pkt 1 k.k.), czy też uszkodzenie mienia (art. 288 § 1 k.k.) – nie jest postępowaniem karnym, którego wszczęcie zamyka drogę sprawcy przestępstwa z art. 298 § 1 k.k. do skorzystania z dobrodziejstwa instytucji czynnego żalu z art. 298 § 2 k.k.

Paweł Wawszczak

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Literatura:

- A. Zoll (red.), Kodeks karny, Część szczególna. TOM III. Komentarz do art. 278-363 k. c., Zakamycze, 2006, Wyd. 2.
- A. Marek., Kodeks karny. Komentarz, LEX, 2007.
- M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz., Wyd. LexisNexis, Warszawa 2008.
- Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz praktyczny, Oficyna, 2007, II wyd.
- Z. Niezgodna „Niektóre aspekty prawnokarnej ochrony ubezpieczycieli (instytucji ubezpieczeniowych) na gruncie unormowań art. 286 i 298 k. k.” Prok. i Pr. Nr 4/2006, s. 131.
- M. Malinowski „Przestępstwo oszustwa ubezpieczeniowego” Prok. i Pr. Nr 10/2007 s. 65.
- Ł. Pohl, „Przestępstwo tzw. oszustwa ubezpieczeniowego” Prok. i Pr. Nr 1/2008, s. 65.

¹ Treść tego przepisu brzmiała „Art.4. § 1. Kto w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.”

² Do przestępstwa oszustwa asekuracyjnego nie znajduje także zastosowanie art. 308 k.k., który stanowi, że za przestępstwa określone w rozdziale XXXVI (...) odpowiada jak dłużnik lub wierzyciel, kto na podstawie przepisu prawnego, decyzji właściwego organu, umowy lub faktycznego wykonywania, zajmuje

się sprawami majątkowymi innej osoby prawnej, fizycznej, grupy osób lub podmiotu nie mającego osobowości prawnej. Art. 308 może odnosić się bowiem tylko do przestępstw, które dla określenia sprawcy posługuje się znamieniem „dłużnik” lub „wierzyciel”. Art. 298 k.k. ma charakter przestępstwa powszechnego co powoduje, iż nie ma potrzeby odwoływania się do art. 308 k.k. w celu określenia rodzajowego katalogu sprawców.

³ W odniesieniu od obowiązku podejmowania przez ubezpieczonego czynności mających na celu zapobieżenie wypadku stanowiącego podstawę odszkodowania istotne znaczenie mają przepisy art. 816 i art. 826 k.c.

⁴ Tak. Ł. Pohl w Przestępstwo tzw. oszustwa ubezpieczeniowego. Prokuratura i Prawo Nr 1/2008, s. 65.

⁵ Takie stanowisko zostało już uprzednio sformułowane na gruncie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 12 października 1994 roku o ochronie obrotu gospodarczego i zmianie niektórych przepisów prawa karnego – tak np. SA w Gdańsku w wyroku z dnia 21 marca 2002 roku w sprawie sygn. Akt II Ala 523/01.

⁶ W. Czachórski, Zobowiązania..., s. 380; J. Łopuski (w:) Z. Gordon. J. Łopuski, M. Nestorowicz, K. Piasecki, A. Rembieliński, L. Stecki, J. Winiarz, Kodeks cywilny z komentarzem, t. I, Warszawa 1989, teza 7 do art. 805 k. c., s. 725

⁷ Istnieje również stanowisko, że w takiej sytuacji będziemy mieli do czynienia z usiłowaniem nieudolnym bezkarnym, bowiem występuje nieudolność sposobu działania – zob. szerzej. Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny pod. red. M. Mozgawa, Oficyna, 2007, II wyd.

⁸ Ogólnie rzecz ujmując zbieg kumulatywny przestępstw powoduje, że uznaje się, że sprawca popełnia jeden czyn, ale wypełniające znamiona tyłu przepisów ustawy karnej, ile naruszył swym zachowaniem. Karę wymierza się w zakresie przewidzianym przez przepis najsurowszy, co nie stoi na przeszkodzie orzeczeniu środka karnego przewidzianego przez którykolwiek ze zbiegających się przepisów. Szerz. zob. art. 11 k.k.

⁹ Tak A. Marek. w Kodeks karny. Komentarz, LEX, 2007, wyd. IV.

¹⁰ Tak. P. Kardas, w: A. Zoll (red.), Kodeks karny, Część szczególna. TOM III. Komentarz do art. 278-363 k.c., Zakamycze, 2006, Wyd. 2, s. 706.

¹¹ por. SN w wyroku z dnia 19 sierpnia 1974 r., I KR 35/74, OSNKW 1974, nr 12, poz. 225.

„Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych” – co dalej?

Sprzedż ubezpieceń poprzez kanał bankowy z roku na rok stanowi coraz większą część przychodu firm ubezpieczeniowych oraz instytucji finansowych. Za pośrednictwem banków, klienci zawierają zarówno umowy ubezpieczenia mienia, jak i ubezpieczenia osobowe. Współpraca bankowo-ubezpieczeniowa stanowi jednak również coraz większe zagrożenie dla konsumentów.

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 przekazywania wystarczających informacji o ochronie ubezpieczeniowej, z której korzysta konsument, 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. Dotychczas jedynym efektem Raportu są będące już niemal na ukończeniu prace Związku Banków Polskich nad Rekomendacją dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi. Rekomendacja ta obejmować będzie znaczną część ryn-

ku bancassurance, a mianowicie segment ubezpieczeń grupowych. Poza regulacją pozostaną jednak inne ubezpieczenia związane z usługami bankowymi. Problemy w zakresie ubezpieczeń oferowanych przez banki niestety narastają. Rośnie również liczba umów ubezpieczenia zawieranych w związku z usługami świadczonymi przez banki. Ubezpieczyciele na bieżąco informują o wzroście przychodów z tego źródła.

Wiele z omówionych w Raporcie problemów wynika z nienależytego informowania klienta o warunkach proponowanego ubezpieczenia. Wpływ na to ma dodatkowo fakt, iż pracownicy banku, jako osoby specjalizujące się w usługach bankowych, a nie ubezpieczeniowych, często sami nie posiadają odpowiedniej wiedzy na temat oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Pracownicy banku nie analizują ponadto czy dany konsument może być ubezpieczony, co często skutkuje zgłaszaniem do ubezpieczenia osób, które nie będą objęte ochroną ubezpieczeniową. W konsekwencji klient może zostać wprowadzony w błąd i zawrzeć ubezpieczenie nie odpowiadające jego potrzebom. Również w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pracownicy banku nie są zazwyczaj w stanie udzielić konsumentowi rzetelnych informacji na temat trybu zgłaszania roszczeń oraz procedury likwidacji szkody.

W ostatnich miesiącach prasa rozpisывała się na temat odmów wypłaty odszkodowania z tzw. ubezpieczeń

kredytów, jak również opisywała przypadki, w których kredytobiorcom odmówiono udzielenia kredytu, gdyż nie mogli oni zostać objęci wymaganym ubezpieczeniem² z powodu przebytej choroby nowotworowej bądź wieku. Informacje takie pojawiły się na pierwszych stronach najpopularniejszych ogólnopolskich gazet. Rzecznik Ubezpieczonych w ramach prowadzonych postępowań niestety również obserwuje wzrost skarg z tego zakresu. Ani banki ani ubezpieczyciele nie podejmują odpowiednich do potrzeb działań na rzecz stworzenia produktów specjalnie dla tych właśnie osób, ani też nie próbują przedstawiać takim osobom innych, dostosowanych do ich potrzeb ofert. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, nie zawsze przebyta w przeszłości i wyleczona choroba (nawet nowotworowa) oznacza, iż dotknięta nią osoba zachoruje ponownie. Podobnie jest z wiekiem kredytobiorców – nie we wszystkich przypadkach przekroczenie określonego wieku jest jednoznaczne z pewnością wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w krótkim czasie. W większości przypadków ryzyko zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego faktycznie wzrasta, czasem jednak można je niejako zrównoważyć poprzez odpowiednie podwyższenie składki. Czynniki takie jak choroba czy wiek nie powinny więc w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wykluczać możliwości ubezpieczenia konsumentów z grup podwyższonego ryzyka. Stanowi to bowiem dyskryminację osób starszych i chorych, co rodzi poważne przesłanki naruszenia konstytucyjnych praw obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

Z drugiej strony, odmowa objęcia ubezpieczeniem osoby po przebytej chorobie bądź też osoby w starszym wieku może czasem okazać się tzw. „mniejszym złem”. Do Rzecznika trafiają bowiem skargi, w których konsumenci podnoszą, że umowę

ubezpieczenia zaproponowano i zawarto w momencie udzielania kredytu, jednak już wtedy konsument nie spełniał wymogów do objęcia ubezpieczeniem (najczęściej ze względu właśnie na wiek kredytobiorcy). W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, kredytobiorca otrzymuje pisemną informację, iż świadczenie nie może być wypłacone, gdyż w momencie zawierania umowy ubezpieczenia konsument nie spełniał wymogów do jego przystąpienia. Powstaje wtedy problem zwrotu nienależnie pobranej składki oraz problem, który trudno rozwiązać przepisami prawnymi – odczucia konsumenta, iż został oszukany. Nie ma precyzyjnych regulacji prawnych, które wskazywałyby na odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, pośrednika ubezpieczeniowego czy pracownika banku w takich sytuacjach. Konsument zazwyczaj nie otrzyma więc żadnej rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody powstałej na skutek błędu w akwizycji tego typu produktów. W bardzo wielu przypadkach konsument (ubezpieczony) nigdy nie dowie się, iż pobrano od niego składkę, choć od początku nie kwalifikował się do objęcia ubezpieczeniem, a samo ubezpieczenie niczego mu nie gwarantowało.

Kolejnym z problemów, jest rosnąca liczba przypadków, w których odmowa wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela jest uzasadniana faktem, iż zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem wcześniej przebytych chorób, co zgodnie z warunkami ubezpieczenia wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Należy podkreślić, iż zawarcie (przystąpienie do) umowy ubezpieczenia nie jest poprzedzone przeprowadzeniem badań kredytobiorcy. Ubezpieczyciel opiera się jedynie na krótkim oświadczeniu, zawartym w umowie kredytu lub innym dokumencie, iż kredytobiorca w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie był hospitalizowany i nie pozostaje pod stałym nadzorem lekarskim. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych taka działalność ubezpieczycieli jest nieprawidłowa i w konsekwencji prowadzi do obejmowania ochroną ubez-

pieczeniową osób, które w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w żadnym przypadku nie będą mogły otrzymać świadczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia na życie powinno być poprzedzone oceną ryzyka przez ubezpieczyciela, dokonywaną m.in. poprzez uzyskanie przynajmniej podstawowych informacji na temat stanu zdrowia kredytobiorcy np. poprzez wypełnianie przez samego klienta szczegółowego formularza. Należy pamiętać, iż ustawa o działalności ubezpieczeniowej³ przewiduje szerokie możliwości oceny ryzyka przez ubezpieczyciela, łącznie z przeprowadzeniem badań lekarskich przed zawarciem umowy. Ubezpieczyciele uzasadniają brak starannego wywiadu o stanie zdrowia kredytobiorcy faktem, iż osoba przystępuje do ubezpieczenia grupowego, a więc procedury w takim przypadku są uproszczone. Fakt ten, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, nie powinien jednak wyłączać obowiązku dołożenia należytej staranności w wypełnieniu odpowiedniej ankiety o stanie zdrowia kredytobiorcy (w formie podobnej do wniosku ubezpieczeniowego). Jest to bowiem sposób na eliminację osób, które nie powinny być objęte ubezpieczeniem, gdyż nigdy nie otrzymają świadczenia. Wypełnianie przez konsumenta ankiety dotyczącej stanu zdrowia jest jednocześnie zwróceniem mu uwagi, iż przebyte choroby mogą mieć wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela. Kredytobiorca powinien ponadto, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, zostać wyraźnie poinformowany, iż w przypadku, gdy zdarzenie będzie skutkiem chorób stwierdzonych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, świadczenie nie zostanie wypłacone. Dobrze byłoby, aby w takiej sytuacji klientowi przedstawiona była oferta dostosowana do jego potrzeb. Choroby stwierdzone przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinny być szczegółowo określone aby ograniczyć i uniemożliwić „sprawdzanie” czy klient mógł być objęty ochroną ubezpieczeniową dopiero w momencie zaistnienia zdarzenia. Jeżeli natomiast

zakład ubezpieczeń nie zapytuje o takie informacje przed zawarciem umowy ubezpieczenia, powinny one zostać uznane za nieistotne, a więc nie mogące stanowić podstawy odmowy wypłaty świadczenia.

Powyższe problemy wynikają w dużej mierze, o czym Rzecznik Ubezpieczonych informował w swoim Raporcie, z faktu, iż pracownicy banków nie spełniają wymogów ustawowych dotyczących świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, wobec czego ich przeszkolenie w zakresie sprzedaży ubezpieczeń jest niezadowalające, jak również utrudnione jest udowodnienie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za błąd takiego pracownika.

W chwili obecnej, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, wiele tzw. ubezpieczeń kredytu to ubezpieczenia puste, które nie gwarantują ochrony kredytobiorcom ani nie stanowią skutecznego zabezpieczenia kredytów dla banków, zarówno w związku z nieprawidłowościami przy zawieraniu takich umów, jak i przez niedostateczne zróżnicowanie oferty, która aktualnie w większości przypadków dotyczy wąskiego zakresu ochronnego. Rzecznik Ubezpieczonych zwraca uwagę, iż w obliczu obecnej sytuacji na rynkach finansowych, banki działające w Polsce powinny wyjątkowo dokładnie przeanalizować system zabezpieczeń udzielanych kredytów. Skoro w Polsce coraz częściej podstawowym, a czasami jedynym zabezpieczeniem drobnych kredytów jest ubezpieczenie, to w interesie zarówno konsumentów jak i banków powinno być, aby ubezpieczenie nie było iluzoryczne i aby zapewniało realną ochronę i możliwość spłaty udzielonego kredytu. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych można by zastanowić się nad wprowadzeniem standardowego produktu specjalnie przygotowanego pod kątem ochrony spłaty kredytu. Produktu, który byłby jednolity, zrozumiały dla wszystkich konsumentów, który zapewniałby im równą ochronę bez względu na podmiot, który takie ubezpieczenie oferuje. Wzorem dla przyjęcia takich rozwiązań mogłoby być stworzone w Anglii

ubezpieczenia PPI (Payment Protection Insurance), które w swoim zarysie wyważają interesy banków i kredytobiorców. Im szybciej takie działania zostaną podjęte, tym rzadziej będziemy otrzymywać informacje oraz odbierać skargi od klientów, którzy czują się oszukani. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych opisaną kwestią należy zająć się jak najszybciej.

Dużo wątpliwości wyrażonych zostało w odniesieniu do tzw. ubezpieczeń pomostowych. Rzecznik Ubezpieczonych zbadał również tę kwestię przygotowując swój raport. Głos w tej sprawie zabrał także Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który podjął działania w zakresie kontroli wzorców umów kredytów hipotecznych, z uwzględnieniem zagadnień ubezpieczenia kredytu. Efektem podjętych przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów działań jest Raport z kontroli wzorców umownych kredytów hipotecznych⁴.

Ubezpieczenie pomostowe jest ubezpieczeniem, które ma zapewnić ochronę wiarygodności banku do momentu uzyskania zabezpieczenia w postaci wpisu hipoteki do księgi wieczystej nieruchomości. Ubezpieczenie to zapewnia bankowi zwrot kredytu w przypadku jego niespłacenia przez kredytobiorcę w okresie między zawarciem umowy ubezpieczenia a wpisem hipoteki w księdze wieczystej.

Podstawową nieprawidłowością jaką zaobserwował Rzecznik Ubezpieczonych jest przyjmowanie przez banki rozwiązań praktycznych, które w opinii Rzecznika, są przede wszystkim sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia, rażąco naruszają interesy konsumentów, a ponadto mogą stanowić praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów określoną w art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów⁵, jak również nieuczciwą praktykę rynkową określoną w art. 5.1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym⁶. W praktyce bowiem bank zawiera umowę ubezpieczenia pomostowego z zakładem ubezpieczeń, a więc jest ubezpieczają-

cym i to ryzyko banku jest ubezpieczane, a ponadto bank jest uprawniony do otrzymania świadczenia. Z samego stosunku ubezpieczenia wyłączony jest więc kredytobiorca – nie jest on stroną umowy, nie jest ubezpieczonym ani uprawnionym. Jednak umową kredytu kredytobiorca zostaje zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej. Ten właśnie fakt obciążenia klienta kosztami składki ubezpieczeniowej powoduje, że ubezpieczenie pomostowe narusza istotę umowy ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z art. 805 § 1 kodeksu cywilnego „przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”. Jeżeli więc to kredytobiorca opłaca składkę ubezpieczeniową, to on powinien otrzymać świadczenie w postaci ochrony ubezpieczeniowej. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych nie ma znaczenia fakt, iż formalnie składka jest płaconą przez bank, a kredytobiorca jest zobowiązany do jej „finansowania” umową kredytu, a nie umową ubezpieczenia. Skutkiem przyjęcia takiego rozwiązania jest bowiem ostatecznie obciążenie finansowe kredytobiorcy składką ubezpieczeniową, gdyż kredytobiorca spłaca nie tylko zobowiązanie wynikające z udzielonego kredytu, ale również obciążenie z tytułu ubezpieczenia. „Rozbicie” tego stosunku na dwie odrębne umowy cywilnoprawne może zostać ocenione jako obejście prawa.

Zagrożenia związane z przyjęciem takich rozwiązań praktycznych są ogromne, gdyż klient nie otrzymuje szczegółowych informacji nt. zakresu ubezpieczenia zazwyczaj jednak jest informowany o tym, że będzie „finansował” składkę na ubezpieczenie kredytu. O ile w odniesieniu do innych ubezpieczeń zawieranych w związku z umową kredytu (np. ubezpieczenia na życie) banki bądź umieszczają w samej umowie kredytu informacje nt. tego ubezpieczenia bądź doręczają kredytobiorcy wyciąg z ogólnych warunków ubezpieczenia, o tyle w odniesieniu do ubezpie-

czeń pomostowych klient nie otrzymuje żadnych, nawet minimalnych informacji nt. tego ubezpieczenia. Należy pamiętać, iż usługi ubezpieczeniowe są usługami skomplikowanymi i przeciętny konsument nie jest w stanie zrozumieć konstrukcji ubezpieczenia pomostowego. Nazwa produktu – ubezpieczenie kredytu – sugeruje mu jednak, iż ubezpieczenie takie w każdym przypadku niespłacenia przez kredytobiorcę kredytu, będzie skutkowało uwolnieniem go od odpowiedzialności finansowej wobec banku. Jest to nieprawdą, gdyż zgodnie z art. 828 § 1 k.c. jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego (tu: banku) przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę (kredytobiorcy) przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Z kolei jeżeli ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ubezpieczyciela.

Sama konstrukcja ubezpieczenia pomostowego, jak również przysługujący ubezpieczycielowi w tej sytuacji regres, jest oparta na podstawowej zasadzie ubezpieczeń majątkowych, jaką jest możliwość dochodzenia zwrotu odszkodowania od sprawcy szkody. Zasada ta jest stosowana powszechnie w odniesieniu do innych ubezpieczeń majątkowych, jak również została usankcjonowana przepisami kodeksu cywilnego. W każdym innym ubezpieczeniu majątkowym ubezpieczyciel, na podstawie art. 828 § 1 k.c., będzie miał prawo regresu do osoby odpowiedzialnej za powstałą szkodę. Będzie tak zarówno w ubezpieczeniach powszechnie zawieranych (np. ubezpieczenie pojazdu od kradzieży, ubezpieczenia mienia ruchomego od kradzieży), jak i w ubezpieczeniach finansowych. Regres jest również konsekwencją zasady, iż ubezpieczenie ma zapewnić naprawienie szkody, ale nie może prowadzić do wzbogacenia się poszkodowanego. Gdyby pozostawić możliwość dochodzenia naprawienia szkody

przez samego poszkodowanego, mogłoby to w wielu przypadkach prowadzić do jego bezpodstawnego wzbogacenia. Kolejnym argumentem jest funkcja prewencyjna regresu – nie ma bowiem uzasadnienia dla zwolnienia sprawcy szkody z obowiązku jej naprawienia tylko dlatego, że poszkodowany otrzymał odszkodowanie od ubezpieczyciela. Również w odniesieniu do umowy kredytu – skoro kredytobiorca nie spłaca kwoty kredytu, jego odpowiedzialność kształtuje art. 471 k.c. Poprzez stosowanie zasady regresu, ubezpieczyciele zabezpieczają się przed zjawiskiem hazardu motywacyjnego po stronie kredytobiorcy – nie zaciąga on kredytu w sytuacji, gdy ma wątpliwości co do swojej zdolności do jego zwrotu. Niezależnie więc od tego, czy bank będzie posiadał ubezpieczenie czy też takiego ubezpieczenia nie zawrze, obowiązek spłaty kredytu będzie w większości przypadków ciążył na kredytobiorcy. Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, regres w ubezpieczeniach finansowych jest zasadą⁷. Standardem jest dochodzenie i egzekwowanie przez zakład ubezpieczeń swoich roszczeń. Stopień regresowania wypłaconych odszkodowań w przypadku ubezpieczeń finansowych jest kilka, a nawet kilkunastokrotnie wyższy niż w przypadku pozostałych ubezpieczeń majątkowych. Odzyskiwanie należności regresowych ma dla końcowego wyniku tej działalności tak duże znaczenie, iż bez efektywnych struktur windykacyjnych, trudno oczekiwać pozytywnych rezultatów ekonomicznych.

W literaturze można jednak spotkać opinie, iż kredyt finansowy (bankowy, instytucji finansowej) nie powinien być ubezpieczany, gdyż prowadzi niejako do zamiany roli zakładu ubezpieczeń z bankiem⁸. Zakład ubezpieczeń w takim przypadku bierze bowiem na siebie ciężar niespłacenia kredytu przez osobę trzecią lub też ewentualnie działa jako firma windykująca należność od kredytobiorcy. Z drugiej strony, bank poprzez ubezpieczenie wyzbywa się całego ryzyka związanego z niespłaceniem kredytu, choć ryzyko takie

powinien oceniać i przejmować na siebie poprzez samodzielną weryfikację osób chętnych do zaciągnięcia kredytu. Ocena bowiem ryzyka przez bank i przez zakład ubezpieczeń może być dokonywana na podstawie różnych przesłanek. Bank nie powinien ograniczać się w swojej działalności wyłącznie do zgłaszania do ubezpieczenia osób, które chcą wziąć kredyt, a skupić się na prawidłowej ocenie ryzyka kredytowego. Jest to kwestia niezwykle ważna, szczególnie obecnie, mając na uwadze doświadczenia Stanów Zjednoczonych, gdzie nieprawidłowa ocena zdolności kredytowej kredytobiorców doprowadziła do krachu na rynkach finansowych. Argument powoływany przez ubezpieczycieli, iż ubezpieczenia pomostowe oraz inne ubezpieczenia związane z umową kredytu prowadzą do ułatwienia dostępu do kredytu osobom, które nie są w stanie przedstawić należytego zabezpieczenia spłaty kredytu w postaci np. mienia odpowiedniej wartości czy poręczenia osoby trzeciej, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, nie powinien przeważać szali w niniejszej dyskusji.

Ponadto, należy wskazać, iż jeżeli bank podejmuje decyzję o objęciu pewnych umów kredytowych ubezpieczeniem, to bank powinien sam dokonywać wszelkich rozliczeń finansowych z zakładem ubezpieczeń, jak również sam powinien ponosić ciężar opłaty składki z tytułu takiego ubezpieczenia. To bowiem bank otrzymuje w takim przypadku świadczenie w postaci ochrony ubezpieczeniowej i nie ma żadnych podstaw, aby pośrednio czy też bezpośrednio, obciążać kredytobiorcę składką, którą jest zobowiązany zapłacić z tego tytułu. To przede wszystkim takie rozwiązanie powoduje absolutny sprzeciw Rzecznika Ubezpieczonych i jest przyczyną szczegółowej analizy stosunków pomiędzy bankiem-ubezpieczycielem-kredytobiorcą. Rzecznik nie jest przeciwnikiem ubezpieczeń pomostowych jako takich, nie można jednak w tych transakcjach przeoczyć obojętnie obok praw osoby,

która ponosi koszt ubezpieczenia. Nikt z nas nie chce płacić za iluzję ochrony, ponosić kosztów nie otrzymując w zamian ekwiwalentu. W przypadku ubezpieczeń pomostowych może również istnieć praktyka polegająca na przekazywaniu bankom prowizji z tytułu składki pobranej de facto od kredytobiorcy. Podobne praktyki są powszechne w ubezpieczeniach opartych na konstrukcji art. 808 k.c., gdzie sam bank jest stroną umowy – ubezpieczającym.

W odniesieniu do ubezpieczeń kredytu warto powołać kilka podstawowych zasad, które powinny stanowić podstawę tego typu konstrukcji. W literaturze wskazuje się, iż ubezpieczenia takie:

1. powinno dotyczyć ryzyka kredytowego związanego ze sprzedażą i dostarczaniem towarów przez producentów i kupców;
2. pokrywane powinny być straty wynikłe z niewypłacalności nabywcy, a korelatem długu nabywcy powinno być powstanie roszczenia kredytodawcy w stosunku do majątku dłużnika;
3. nie powinno gwarantować zapłaty należności kredytobiorcy w umownym terminie spłaty ani obejmować należności spornych, w tym utraconych korzyści;
4. ubezpieczane powinny być transakcje krótko- i średnioterminowe (maksymalnie 2-3 letni kredyt dla dóbr inwestycyjnych);
5. nie powinno pokrywać więcej niż 75% ryzyka, pozostała część ryzyka obowiązkowo musi być ponoszona przez kredytodawcę na własny rachunek; ważnym stwierdzeniem w odniesieniu do tej zasady jest, iż umowy ubezpieczenia skonstruowane w ten sposób, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń dotyczy całej należności kredytodawcy, wraz z należnościami ubocznymi, budzą wiele wątpliwości, gdyż powodują one w efekcie, iż kredytodawca uzyskuje lepsze efekty gospodarcze z operacji nie zakończonych spłatą długu przez dłużnika⁹.

Obecnie pojawiają się głosy, iż nieporozumienia związane z ubezpieczeniami pomostowymi są jedynie wynikiem braku należytej informacji przekazywanej klientowi¹⁰. Z doświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż próba przekazania klientowi należytej informacji o takim ubezpieczeniu (a więc wyjaśnienie mu kto z ubezpieczenia korzysta oraz faktu, iż regres jest dopuszczalny i wszystko jest zgodne z prawem) jest iluzją jeszcze większą, niż iluzja ochrony klienta w ubezpieczeniach pomostowych. Konstrukcje prawne ubezpieczeń pomostowych mogą być i owszem zrozumiałe dla prawników specjalizujących się w ubezpieczeniach, nie jest jednak możliwe zrozumienie takiej konstrukcji przez osobę spoza tzw. branży. Klient poinformowany o szczegółach ubezpieczenia pomostowego nie jest już tak chętny do

ponoszenia jego kosztów, a często czuje się po prostu oszukany. Biorąc pod uwagę fakt, iż zarówno banki, jak i ubezpieczyciele zarabiają tylko i wyłącznie dzięki swoim klientom, należyty szacunek praw tych osób jest niewątpliwie wskazany. ■

Małgorzata Więcko

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Raport dostępny na stronie internetowej: www.rzu.gov.pl

² S. Śmigiel, M. Bojanowski: Raka nie ubezpieczamy, Gazeta Wyborcza z dnia 26 sierpnia 2008 r.

³ Art. 21 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

⁴ Warszawa, maj 2008, Raport dostępny na stronie: www.uokik.gov.pl

⁵ ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. nr 50, poz. 331 z późn. zm.).

⁶ ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. nr 171, poz. 1206).

⁷ J. Kukielka, D. Poniewierka – Ubezpieczenia finansowe Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2003, s. 42; tak również: R. Holly – Ubezpieczenia finansowe i gwarancje ubezpieczeniowe? Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2004, s. 61.

⁸ J. Kukielka, D. Poniewierka – Ubezpieczenia finansowe- Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2003, s. 264.

⁹ J. Kukielka, D. Poniewierka – Ubezpieczenia finansowe- Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2003, s. 258 i n.

¹⁰ Tak J. Nawracała, Aktualne problemy ubezpieczeń bancassurance, Prawo Asekuracyjne 4/2008, s. 53.

Do kogo po odszkodowanie za złamaną rękę?

W okresie zimowym, który charakteryzuje się częstą zmiennością pogody, dochodzi do wielu wypadków na skutek panujących warunków atmosferycznych. Opady śniegu, niska temperatura, oblodzenia, nieuprzątnięte błoto pośniegowe – wszystko to sprawia, że w okresie od grudnia do marca wielu z nas doznaje nieprzyjemnych urazów w skutek upadku czy poślizgnięcia.

Wiele z tych urazów to poważne złamania, które pozostawia trwale zmiany w funkcjach organizmu a czasem w naszej psychice. W niektórych przypadkach możemy mówić, że przyczyną nieszczęśliwego wypadku był nasz pośpiech, nieuwaga czy rozkojarzenie, ale w wielu są one następstwem zawnionego zaniedbania – braku należytej dbałości o bezpieczeństwo poruszających się osób. Poniżej postaram się w przystępny sposób wyjaśnić jak kształtuje się odpowie-

dzialność odszkodowawcza podmiotów, które powinny utrzymywać w należyłym stanie ciągi komunikacyjne, na których jak pokazuje doświadczenie, najczęściej dochodzi do wypadków.

Odpowiedzialność odszkodowawczą, jej zasady i zakres regulują przepisy prawa cywilnego.

Zgodnie z art. 415 kodeksu cywilnego „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawienia”. Tym samym aby dochodzić odszkodowania od

sprawcy szkody, musimy przede wszystkim wykazać trzy przesłanki warunkujące odpowiedzialność tj.:

- szkodę (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia skutkujący zaburzeniem funkcji organizmu),
- czyn sprawcy z którym ustawa wiąże odpowiedzialność – czynem sprawcy może być także zaniechanie działania (nieuprzątnięcie lodu, śniegu z chodnika, schodów itp.),
- związek przyczynowy między takim zaniechaniem i powstałą szkodą (wskutek zalegającego na chodniku lodu, śniegu doszło do upadku i złamania ręki, nogi).

Odpowiedzialność za tego typu zdarzenie należy precyzyjnie udowodnić, tzn. wskazać za pomocą środków dowodowych, że do szkody doszło, w jakich okolicznościach to miało miejsce i kto ponosi za wypadek odpowiedzialność.

Zgodnie z ogólną zasadą dowodową określoną w art. 6 kodeksu cywilnego, ciężar udowodnienia powyższych przesłanek, spoczywa na poszkodowanym. Od strony praktycznej mogą to być dowody w postaci notatki po-

licyjnej z miejsca zdarzenia, oświadczenia świadków zdarzenia, oświadczenia osób zamieszkujących w pobliżu. Doskonałym środkiem dowodowym będą również zdjęcia z miejsca zdarzenia, dyspozycja wysłania karetki, wypis ze szpitala oraz dokumentacja medyczna z powypadkowego leczenia i rehabilitacji.

Prócz tego wyjątkowo istotną kwestią podczas dochodzenia roszczeń po wypadku jest ustalenie osoby – podmiotu odpowiedzialnego za właściwą dbałość o bezpieczeństwo w miejscu gdzie doszło do wypadku. Zgodnie z wymogami prawa, drogi, jak również chodniki i przystanki, powinny być utrzymywane w należytym stanie. Utrzymanie drogi w stanie właściwym należy do jej zarządcy. I tak:

- w odniesieniu do drogi krajowej – generalnego dyrektora dróg krajowych i autostrad,
- drogi wojewódzkiej – zarządu województwa,
- drogi powiatowej – zarządu powiatu,
- drogi gminnej – wójta (burmistrza, prezydenta miasta),
- autostrady płatnej – jeżeli nie określono inaczej w umowie koncesyjnej – podmiotu będącego koncesjonariuszem,
- drogi wewnętrznej – podmiotu zarządzającego nieruchomością – może to być np. wspólnota, spółdzielnia czy też osoba (firma) będąca właścicielem danego terenu,
- chodników bezpośrednio przy granicy posesji – właściciela posesji,
- chodników będących otoczeniem drogi publicznej – zarządcy drogi publicznej (należy ustalić, do której z wyżej wskazanych kategorii należy droga, przy której znajduje się chodnik),
- przystanków, wydzielonych torowisk tramwajowych – zakłady komunikacji, które użytkują przystanek bądź torowisko.

W związku z nienależytym utrzymaniem miejsca gdzie powstała szkoda, należy w pierwszej kolejności

ustalić, do której z powyższych kategorii miejsce takie należy. Pozwoli to bowiem jednoznacznie wskazać podmiot, który będzie ewentualnie zobowiązany wypłacić poszkodowanemu świadczenie. Zarządcy drogi oraz właściciele nieruchomości posiadają coraz częściej ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – OC (choć nie ma w tym przypadku obowiązku zawarcia takiego ubezpieczenia). Świadczenie wypłaci w takiej sytuacji odpowiedni zakład ubezpieczeń, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządcy drogi – posiadacza nieruchomości.

Oczywiście w praktyce może wystąpić sytuacja, w której podmioty odpowiedzialne za utrzymywanie w należytym stanie dróg, chodników, przystanków mogą powierzyć wykonywanie takich czynności innym osobom-podmiotom. W takiej sytuacji zastosowanie będzie miał art. 429 k.c., który stanowi, że kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonych czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności. Dla potrzeb naszego opracowania przepis ten oznacza tyle, że podmiot odpowiedzialny za usunięcie np. śniegu może powierzyć wykonywanie tej czynności firmie, która zajmuje się takim rodzajem działalności i wtedy taka firma będzie ponosić odpowiedzialność. Wyjątkiem jest sytuacja gdy zlecający popełni błąd w doborze podwykonawcy. Jeżeli podmiot powierzający czynności nieprawidłowo wybierze podwykonawcę – odśnieżanie chodnika zleci firmie, która zajmuje się np. montażem oświetlenia przy drogach – wtedy odpowiedzialność ponosi podmiot, który zlecał wykonywanie takich czynności.

Dla stwierdzenia odpowiedzialności istotnym jest wskazanie naruszenia obowiązków w zakresie dbałości o bezpieczeństwo poruszających się

osób. Katalog obowiązków osób odpowiedzialnych za utrzymanie ciągów komunikacyjnych jest szeroki i polega kolejno na:

- utrzymywaniu nawierzchni, chodników, obiektów inżynierskich, urządzeń zabezpieczających ruch i innych urządzeń związanych z drogą w stanie wykluczającym narażenie użytkowników na wypadek pozostający w bezpośrednim związku z wykorzystaniem drogi,
- wykonywaniu prac remontowych i zabezpieczających przywracających pierwotny stan nawierzchni oraz bieżących robót konserwacyjnych, porządkowych i innych, których celem jest poprawa i zwiększenie bezpieczeństwa ruchu,
- koordynacji robót w pasie drogowym,
- przeprowadzaniu okresowych kontroli stanu dróg i obiektów mostowych,
- przeciwdziałaniu niszczeniu dróg przez ich użytkowników,
- zaznaczaniu remontowanych lub zniszczonych odcinków drogi poprzez odpowiednie oznakowanie przy użyciu znaków drogowych a w sytuacji wyłączenia drogi z użytku – innych zabezpieczeń, uniemożliwiających korzystanie z drogi,
- pozbywaniu się błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń uprzątniętych z chodników przyległych do drogi publicznej,
- sprzątnięciu i pozbywaniu się błota, śniegu, lodu i innych zanieczyszczeń z chodników, jeżeli zarząd drogi pobiera opłaty z tytułu postoju lub parkowania pojazdów samochodowych na takim chodniku.

Właściciele nieruchomości ponadto zapewniają utrzymanie czystości i porządku m.in. przez:

- uprzątnięcie błota, śniegu, lodu 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; właściciel nieruchomości nie jest obowiązany do uprzątnięcia chodnika, na którym jest dopuszczony płatny postój lub parkowanie pojazdów samochodowych.

Zaniechanie lub wadliwe wypełnienie powyższych obowiązków skutkujące szkodą prowadzi do powstania zobowiązania odszkodowawczego – konieczności spełnienia świadczenia (wypłaty odszkodowania).

Prawidłowe utrzymanie stanu dróg i chodników szczególnego znaczenia nabiera w okresie zimowym, przy czym należy podkreślić, że utrzymanie ciągów komunikacyjnych w tym okresie jest często tech-

nicznie niemożliwe do wykonania. Wystąpienie szkody na osobie czy uszkodzenie pojazdu na skutek śliskości drogi czy chodnika nie daje automatycznie podstawy do przyjęcia odpowiedzialności po stronie zarządcy i twierdzenia, że nie dopełnił on ciężących na nim obowiązków polegających na usunięciu lodu, śniegu czy gołoledzi. W porze zimowej wymagana jest od kierujących pojazdami i pieszych szczególna ostrożność. Trzeba więc pamiętać, że utrzymanie dróg publicznych i chodników w należyтым stanie w szczególności w okresie zimowym musi być oceniane w rozsądnych granicach, w świetle zasad doświadczenia życiowego, bowiem nie można wymagać aby osoby odpowiedzialne za utrzymanie

dróg w ciągu bardzo krótkiego czasu były w stanie skontrolować wszystkie podległe im drogi oraz ciągi komunikacyjne i zapobiec powstaniu ewentualnych szkód.

Podsumowując należy stwierdzić, iż najważniejszą kwestią, w razie zajścia wypadku w skutek zaniechań po stronie podmiotu odpowiedzialnego za utrzymanie we właściwym stanie ciągów komunikacyjnych, jest ustalenie osoby, podmiotu odpowiedzialnego za ten stan rzeczy oraz zebranie jak największej liczby dowodów, które pomogą nam w dochodzeniu należnego świadczenia odszkodowawczego. ■

Piotr Budzianowski

Biurowiczek Rzecznika Ubezpieczonych

Odpowiedzialność cywilna

– szkoda trudna czy dająca się wyliczyć?

Odpowiedzialność cywilna to jedna z podstawowych instytucji, na której opiera się system prawa cywilnego.

Nie ma jednak wypracowanej definicji OC, dla tego też na potrzeby niniejszego artykułu przyjmijmy interpretację, że OC to sytuacja prawna, w której powstaje zobowiązanie podmiotu do wypłaty odszkodowania za wyrządzoną szkodę w skutek naruszenia norm kodeksowych. Zatem jest to odpowiedzialność majątkowa sprawcy wobec osoby poszkodowanej, której celem jest kompensacja szkody.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się odpowiedzialność sprawczą i gwarancyjną. Pierwszy typ odpowiedzialności polega na przyjęciu odpowiedzialności przez sprawcę. Z drugim typem odpowiedzialności spotykamy się w sytuacji wypadku komunikacyjnego, gdzie odpowiedzialność na mocy ustawy jest przeniesiona na zakład ubezpieczeń. Niezbędnym warunkiem powstania odpowiedzialności cywilnej jest łączne spełnienie trzech przesłanek:

- powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek majątkowy lub niemajątkowy;
- ludzkie działanie, niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania – fakt powodujący uszczerbek;
- związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem, z którym prawo łączy obowiązek odszkodowawczy – kodeks cywilny stoi na gruncie tzw. adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.).

Prawo polskie przewiduje odpowiedzialność na zasadzie winy, ryzyka i zasad współzycia społecznego.

Dominującą zasadą jest odpowiedzialność na zasadzie winy inaczej zwana odpowiedzialnością na zasadach ogólnych jako najczęściej spotykaną formę w stosunkach zobowiązaniowych. Podstawowa norma prawna zawarta jest w art. 415 k.c., który brzmi: „kto z winy swojej wyrządzi drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawiania”.

I. Wina

Pojęcie winy na gruncie kodeksu cywilnego nie różni się od pojęcia winy w prawie karnym. Określając winę bierze się pod uwagę nie tylko zachowanie sprawcy oraz jego psychiczne nastawienia, ale także sprzeczność jego działania lub zaniechania z obowiązującymi normami prawnymi lub zasadami współzycia społecznego. Subiektywna wadliwość postępowania jest uzależniona od stanu poczytalności sprawcy. Zgodnie z polskim prawem osoba, która z jakichkolwiek powodów znajduje się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne wyłączenie podjęcia decyzji i wyrażenia woli, nie ponosi odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę, chyba że zakłócenie czynności psychicznych było skutkiem świadomego użycia środków odurzających. Istnieje także grupa osób, którym nie można przypisać winy, np. małoletnim do 13 lat, chorym psychicznie, niedorozwiniętym i ułomnym.

Wina (*dolus*, *culpa*) to czyn sprawcy mogący być zarówno działaniem i zaniechaniem. Wyróżnia się stopnie winy: umyślność (*dolus*) i niedbalstwo (*culpa*). Umyślność to zamierzone podjęcie działania sprzecznego z regułami postępowania lub powstrzymanie się od działania, mimo obowiązku czynne-

go zachowania się. Natomiast niedbalstwo to nieumyślny rodzaj winy, który polega na nie dołożeniu przez sprawców należytej staranności podczas wykonywania zobowiązania.

II. Odszkodowanie z tytułu OC kierującego pojazdem

Odszkodowanie wypłaca się po ustaleniu odpowiedzialności cywilnej kierującego pojazdem, która może opierać się na 2 zasadach prawnych:

a) zasada ryzyka: nakłada z góry na kierującego pojazdem odpowiedzialność wynikającą z faktu wprowadzenia pojazdu do ruchu. Poszkodowany nie musi wykazać winy sprawcy, musi jedynie udowodnić, że szkoda została wyrządzona w związku z ruchem pojazdu. Sprawca natomiast może zwolnić się z odpowiedzialności przez wykazanie, że szkoda nastąpiła na skutek:

- siły wyższej;
- wyłącznej winy poszkodowanego;
- wyłącznej winy osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności.

b) zasada winy: wskazuje na odpowiedzialnego za skutki, który ponosi winę za powstałe zdarzenie szkodowe. Winę należy udowodnić za pomocą dowodów, iż kierujący ponosi winę w swoim bezprawnym zachowaniu lub działaniu.

Ustalenie odpowiedzialności polega na ustaleniu stosunków prawnych:

- pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym – umowa ubezpieczenia OC pojazdów mechanicznych. Powstaje on przez zawarcie umowy ubezpieczenia uregulowanej w kodeksie cywilnym od art. 805 do 828 k.c., jak także przepisami szczególnymi;
- stosunek prawny pomiędzy sprawcą szkody i poszkodowanym – sprawca pełni rolę ubezpieczającego siebie lub inne osoby, uwalniając się od odpowiedzialności cywilnej wobec ewentualnych poszkodowanych.

Zajście wypadku rodzi po stronie poszkodowanego prawo do docho-

dzenia odszkodowania za doznaną szkodę *sensu largo*, równocześnie rodzi po stronie zobowiązanego obowiązek jej naprawienia.

Ubezpieczyciela nie łączy z poszkodowanym żaden stosunek prawny do czasu powstania szkody u poszkodowanego z winy ubezpieczonego sprawcy. Ważne, że obowiązek ubezpieczyciela powstaje tylko wtedy, jeżeli szkoda mieści się w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Zakres udzielanej ochrony regulują ogólne warunki ubezpieczenia zarówno obowiązkowego jak i dobrowolnego.

III. Szkoda

Podstawową różnicą pomiędzy odszkodowaniem (art. 444 k.c. i art. 446 § 3 k.c.) a zadośćuczynieniem (art. 445 k.c. i art. 446 § 4 k.c.) jest kwalifikacja szkody jako majątkowej lub niemajątkowej. Dla rozgraniczenia tych roszczeń przyjmuje się odpowiednie kryteria.

1. Szkoda niemajątkowa

Definicja szkody niemajątkowej nie jest zaczerpnięta z języka potocznego, została stworzona dla potrzeb prawa cywilnego na oznaczenie wszelkiego rodzaju uszczerbków niemajątkowych. Sposobem wynagrodzenia uszczerbku niemajątkowego jest wypłacenie tzw. zadośćuczynienia pieniężnego. Ta wypłacona pewna suma pieniędzy nie usunie szkody niemajątkowej, ma dać poszkodowanemu pewną rekompensatę, która w części złagodzi doznane cierpienia. Szkody niemajątkowej nie można ujmować z punktu czysto subiektywnego, ponieważ wyrządzenie szkody oznacza naruszenie określonego dobra osobistego i w tym znaczeniu ma ona częściowo charakter obiektywny.

1.1. Charakterystyka szkody niemajątkowej:

- prawo polskie przewiduje przyznanie zadośćuczynienia tylko w dziedzinie czynów niedozwolonych;
- prawo polskie przyznaje poszkodowanemu roszczenie o zadośćuczynienie tylko w wypadkach przewidzianych w ustawie tj. art. 445, 446 § 4, 448 k.c.;

- prawo polskie nie przewiduje zadośćuczynienia w stosunkach rodzinnych;
- nie można domagać się zadośćuczynienia na podstawie przepisów o niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu zobowiązania (art. 471 k.c.);
- zadośćuczynienie z natury jest trudno wymierne;
- zadośćuczynienie pieniężne przyznaje się w formie jednorazowego świadczenia;
- przyznanie zadośćuczynienia nie pozbawia poszkodowanego praw do pozostałych roszczeń należnych z mocy prawa;
- w prawie polskim zadośćuczynienie ma charakter fakultatywny;
- odmowa przyznania zadośćuczynienia musi być oparta na przesłankach obiektywnych, co oznacza niepełną swobodę uznania sędziego przy ocenie roszczenia;
- przyznanie zadośćuczynienia uzależnione jest od całokształtu okoliczności sprawy jak: wiek poszkodowanego, plany na przyszłość itd. Dlatego też uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, a więc naruszenie najcenniejszego dobra człowieka jest szczególną krzywdą, która wymaga wysokiego zadośćuczynienia pieniężnego odpowiednio do danego przypadku.

1.2. Czynniki wpływające na wysokość zadośćuczynienia:

- nasilenie cierpienia;
- długotrwałość choroby;
- rozmiar kalectwa;
- trwałość następstw zdarzeń;
- cierpienia fizyczne i psychiczne;
- konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu prywatnym i społecznym;
- aktualne warunki i przeciętna stopa życiowa społeczeństwa;
- standard życia;
- utrata możliwości zarobkowania lub wykonywania swojego zawodu;
- sytuacja życiowa ofiary wypadku przed jego zaistnieniem i po jego zaistnieniu;

- wiek poszkodowanego;
- wyłączenie poszkodowanego z normalnego życia;
- indywidualne czynniki mające wpływ na sytuację powypadkową u poszkodowanego.

(*vide* orzecznictwo: wyrok SN z dnia 10.06.1999 r., II UKN 681/98, wyrok SA z dnia 03.11.1994 r., III APr 43/94, wyrok SN z dnia 18.01.1984 r., I CR 407/83, wyrok SN z dnia 09.03.1973 r., I CR 55/73, wyrok SN z dnia 20.10.1972 r., I CR 354/72).

1.3. Funkcja zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową:

- wynagrodzenie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym;
- kompensacja doznanej krzywdy.

Przyznanie zadośćuczynienia wiąże się zawsze z naruszeniem określonego dobra osobistego. Przepisy prawa polskiego ochronę dóbr osobistych ujmują bardzo szeroko. Licznie został rozbudowany system sankcji majątkowych w przypadku naruszenia dobra osobistego. Lista dóbr osobistych jest długa i prawu polskiemu nie jest znane jakieś jedno ogólne dobro osobiste. Katalog w k.c. (art. 23, 24 w zw. z art. 448 k.c.) jest otwarty i z istoty zmienności katalogu dóbr osobistych wynika, że wraz ze zmianami stosunków społecznych mogą pojawiać się i znikać pewne dobra osobiste podlegające ochronie prawnej. W związku z tym doktryna i nauka z czasem wypracowały i uznały za podlegające ochronie prawa takie jak m. in. prawo najbliższej rodziny do pochowania osoby zmarłej oraz pamięci do niej, prawo do spokojnego mieszkania i prywatności, płci człowieka i inne. Przepisy k.c. o ochronie dóbr osobistych nie uchylają uprawnień przewidzianym w ustawodawstwie szczególnym, zwłaszcza w prawie autorskim i wynalazczym. Wszystko to przemawia za ujęciem pluralistycznym w dziedzinie ochrony dóbr osobistych.

2. Szkada majątkowa

Szkoda majątkowa oznacza zmniejszenie majątku, które nastąpiło wbrew woli uprawnionego.

W systemie polskim przyjęto teorię różnicy zwaną dyferencyjną, która polega na ujmowaniu szkody jako

różnicy między obecnym stanem majątkowym a stanem hipotetycznym, czyli takim, który by istniał, gdyby nie nastąpiło dane zdarzenie. W piśmiennictwie wyróżnia się szkody na osobie i w mieniu. Następnie rozróżnia się szkodę obecną, szkodę przyszłą i ewentualną. Inne rozróżnienie na szkodę bezpośrednią i pośrednią ma znaczenie dla prawa odszkodowawczego. Zgodnie z naszym systemem zobowiązany do naprawienia szkody odpowiada tylko za szkodę bezpośrednią zgodnie z teorią związku przyczynowo-adekwatnego (art. 361 § 1 k.c.).

2.1. Charakterystyka szkody majątkowej:

- podstawą prawną są przepisy art. 444 i 446 § 1 k.c., które określają krąg roszczeń majątkowych;
- ze szkodą majątkową inaczej zwaną materialną ściśle związane są czynniki społeczne i gospodarcze, które wpływają na ustalenie odszkodowania;
- odszkodowanie obejmuje *damnum emergens* i *lucrum cessans* co pozostaje w ścisłym związku z zasadą pełnego odszkodowania (art. 361 § 2 k.c.);
- przyznane odszkodowanie nie może być wyższe ani niższe od szkody poniesionej przez poszkodowanego;
- ciężar udowodnienia poniesionej szkody spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.);
- ze szkodą majątkową związana jest zasada miarkowania (art. 440 k.c.);
- w prawie polskim zadośćuczynienie ma charakter obligatoryjny jednak pod warunkiem, iż poszkodowany udowodni poniesienie strat i doznanie szkody w majątku;
- przyznanie odszkodowania nie pozbawia poszkodowanego praw do uzyskania zadośćuczynienia;
- w prawie polskim k.c. poszkodowanemu daje prawo wyboru kompensaty szkody bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej bądź przez przywrócenie do stanu poprzedniego;

- odszkodowanie ze swojej natury jest wyliczalne i do oszacowania.

2.2. Funkcja odszkodowania za szkodę majątkową:

- jest to forma wynagrodzenia szkody;
- pozwala na przywrócenie rzeczy do stanu poprzedniego;
- pełni funkcję prewencyjną (czasami wychowawczą) w zakresie odpowiedzialności na zasadzie winy.

Kodeks cywilny i judykatura dopuszczają możliwość zwrotu za poniesione wydatki na koszty leczenia, opiekę, stosowanie specjalnej diety, dojazdu, nabywanie wszelkich środków farmaceutycznych, protez i innych pomocy medycznych jeżeli chodzi o szkodę na osobie. Do odszkodowania zalicza się także wszelkiego rodzaju renty.

W przypadku szkody w mieniu praktyka wskazuje na pierwszym miejscu możliwość przywrócenia do stanu sprzed zdarzenia, dopiero w przypadku niemożliwości wypłacenie odpowiedniej sumy pieniężnej.

III. Reasumując:

Odpowiedzialność cywilna to skomplikowany proces, którego głównym celem jest rekompensata doznanej krzywdy. Istnienie obowiązku przy ubezpieczaniu pojazdów mechanicznych ma zapewnić ofiarom wypadków drogowych otrzymanie takiej rekompensaty niezależnie od statusu materialnego sprawcy szkody.

Szkodą jest wszelki uszczerbek majątkowy lub niemajątkowy. Z natury rzeczy wynika, że granica pomiędzy szkodą majątkową a niemajątkową nie jest ostra, co po części jest też uwarunkowane historycznie.

Często szkody te występują łącznie, ale istnieje obszar, gdzie granice pomiędzy szkodą majątkową a niemajątkową ulegają przesunięciu w miarę zmiany uwarunkowań społecznych i stanowiących ich odbicie poglądów. ■

Edyta Ryś

doktorantka na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu

Pokrycie kosztów powypadkowego badania technicznego w ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów i AC

Omawiając problematykę dotyczącą zwrotu kosztów za powypadkowe badania techniczne konieczne jest odniesienie się do regulacji zawartych w ustawach: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz Prawo o ruchu drogowym.

Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. nr 124, poz. 1151 z późn.zm.) Posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany poinformować zakład ubezpieczeń o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2003 r. nr 58, poz. 515 z późn. zm.). Badanie techniczne uznawane jest jako normalne następstwo szkody i jego koszty pokrywa ubezpieczyciel w ramach polisy AC, jak i OC sprawcy.

W przepisie tym rozróżnia się dwie podstawy zgłaszanych przez poszkodowanych roszczeń:

1. w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC),
2. w ramach dobrowolnego ubezpieczenia auto casco (AC).

W art. 36 a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK (Dz.U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) także znajduje się unormowanie, stanowiące częściowe powtórzenie powyższego przepisu, w myśl którego odszkodowanie z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje również koszt dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

Przywołane regulacje wskazują wyraźnie obowiązek uznania jako normalnego następstwa szkody

i pokrycia kosztów tylko jednego z dodatkowych badań technicznych wymienionych w ustawie Prawo o ruchu drogowym, a mianowicie badania, o którym mowa w art. 81 ust. 8 pkt 4 (badanie pojazdu w którym została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia określonego w grupie 3 i 10 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej na kwotę przekraczającą 2000 zł).

W przypadku uczestniczenia pojazdów wypadkach drogowych, ustawa Prawo o ruchu drogowym przewiduje jeszcze inne przypadki skutkujące obowiązkiem wykonania dodatkowego badania technicznego, np. określone w art. 81 ust. 8 pkt 1 lit. a oraz pkt 1 lit. c ustawy. Mimo braku wyraźnego wskazania obowiązku pokrycia takich badań w ww. przepisach ustaw: o działalności ubezpieczeniowej oraz o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK koszty tych badań, jeżeli pozostają w normalnym związku przyczynowym ze szkodą również powinny podlegać wyrównaniu przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC, w przypadku dobrowolnych umów ubezpieczenia AC już nie.

W razie wystąpienia z żądaniem zwrotu kosztów powypadkowego badania technicznego w ramach polisy OC wskazać należy, że odpowie-

dzialność ubezpieczyciela (zwłaszcza zaś jej zakres) określają także przepisy kodeksu cywilny. Tym samym zastosowanie znajdzie art. 361 § 2 k.c., zgodnie z którym naprawienie szkody obejmuje – w granicach normalnego związku przyczynowego – straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć gdyby mu szkody nie wyrządzono. Koszty, które poszkodowany poniósł z tytułu dodatkowego badania technicznego stanowią modelowy przykład uszczerbku majątkowego, mającego postać straty rzeczywistej (damnum emergens), powodującej zmniejszenie majątku poszkodowanego. Nie powinno, zatem budzić wątpliwości, iż poszkodowanemu przysługuje pełny zwrot kwoty, którą musiał wydać na badania techniczne, w związku zaistniałym wypadkiem komunikacyjnym.

Niestety ze skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych wynika, że praktyka niektórych zakładów ubezpieczeń w tym zakresie nie jest właściwa.

Częstym problemem jest pokrywanie przez niektórych ubezpieczycieli jedynie części poniesionego kosztu badania technicznego. W przypadku samochodów osobowych dodatkowe badanie techniczne, które kosztuje łącznie 192 zł (na kwotę tę składa się opłata obejmująca zakres badania specjalistycznego i okresowego). Część opłaty, której niektórzy ubezpieczycieli nie chcą zwracać to 98 zł, a jeśli jest w nich zainstalowana instalacja gazowa nawet 161 zł.

Zakres dodatkowych badań technicznych określonych w art. 81 ust. 8 ustawy – Prawo o ruchu drogowym określa § 3 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie zakresu

i sposobu przeprowadzania badań technicznych pojazdów oraz wzorów dokumentów stosowanych przy tych badaniach (Dz.U. nr 227, poz. 2250 z późn. zm.).

W przypadku, gdy dodatkowe badanie techniczne dokonywane jest z tego względu, że w pojeździe została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia określonego w grupie 3 i 10 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej na kwotę przekraczającą 2000 zł) zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 11 zakres badania obejmuje:

- sprawdzenie i ocenę spełnienia warunków technicznych związanych z dokonaną naprawą oraz
- zakres, o którym mowa w ww. § 3 ust. 1 pkt 7, w przypadku kiedy dokonana naprawa wymaga specjalistycznego badania, o którym mowa w pkt 11

załącznika nr 1 do rozporządzenia (w zakres tego badania wchodzi również zakres badania okresowego)

Opłaty za dodatkowe badanie techniczne są naliczane zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 29 września 2004 r. w sprawie wysokości opłat związanych z prowadzeniem stacji kontroli pojazdów oraz przeprowadzaniem badań technicznych pojazdów (Dz.U. nr 223, poz. 2261 z późn. zm.). Całkowita opłata za wykonane w pojeździe dodatkowe badanie techniczne z tytułu wykonania wyszczególnionych w tabeli opłat pozycji. W przypadku badań powypadkowych oprócz sprawdzenia prawidłowości naprawy wykonywany jest zakres badania okresowego, za dokonanie którego naliczana kwota przewidziana dla standardowego corocznego badania okresowego. Wykona-

nie w ramach powypadkowego badania dodatkowego zakresu badania okresowego nie skutkuje przesunięciem terminu wpisanego w dowodzie rejestracyjnym obowiązkowego corocznego badania okresowego.

Reasumując zakład ubezpieczeń zobowiązany jest zwrócić koszty powypadkowego badania zarówno w ramach umowy ubezpieczenia OC, jak i AC. Na ubezpieczyciela ciąży pokrycie pełnego kosztu badania powypadkowego, wskazane w art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy Prawo o ruchu drogowym, a w przypadku ubezpieczenia OC – także innych badań powypadkowych określonych w art. 81 ust. 8 ustawy Prawo o ruchu drogowym, pozostających w granicach normalnego związku przyczynowego ze zdarzeniem wywołującym obowiązek odszkodowawczy. ■

Anna Dąbrowska

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych dla niewidomych

Rzecznik Ubezpieczonych od początku swojej działalności przyjmuje zasadę pełnej dostępności swoich usług dla osób, które zainteresowane są problematyką prawno-ubezpieczeniową.

Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych, która jest bogatym źródłem informacji, od momentu jej modernizacji w roku 2007, była dostosowana dla osób z dysfunkcją wzroku, przede wszystkim niedowidzących. Służy temu możliwość zwiększenia czcionki oraz zastosowania wysokiego kontrastu.

Od 16 lutego 2009 roku strona internetowa Rzecznika została przystosowana do obsługi przez IWR – Intelligent Web Reader – pierwsze w Polsce narzędzie do odsłuchiwania stron internetowych.

Rozwiązanie to pozwala na dostęp do treści zawartych na stronach internetowych osobom mającym problemy ze wzrokiem, których w Polsce jest ok. 1,7 mln (dane GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku).

Funkcja ta jest bezpłatna dla użytkowników oraz nie wymaga specjalnego oprogramowania czy sprzętu. Program IWR można pobrać ze strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl i zainstalować na komputerach, których używają osoby z dysfunkcją wzroku, w bibliotekach czy czytelniach.



Rzecznik Ubezpieczonych zachęca wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego do przystosowywania stron internetowych do potrzeb osób niedowidzących i niewidomych. ■

Piotr Budzianowski



Ubezpieczenia polskie w zaborze rosyjskim (cd)

Wzajemne Gubernialne Ubezpieczenia Budowli od Ognia

Proces decentralizacyjny ubezpieczeń publicznych w Królestwie Polskim trwał właściwie do końca 1869 r. W roku 1870 władze powołały Wzajemne Gubernialne Ubezpieczenia Budowli od Ognia, obejmujące swoją działalnością tylko przymusowe ubezpieczenia budowli od ognia w miastach i we wsiach. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegały budowle oszacowane do 5 tysięcy rubli wartości, nadwyżkę tej wartości pozwolono ubezpieczać w jednym z rosyjskich towarzystw ubezpieczeniowych.

Nastąpił okres rządów rosyjskich w dziedzinie wzajemnych ubezpieczeń. Wzajemne Gubernialne Ubezpieczenia Budowli od Ognia były podporządkowane bezpośrednio nadzorowi Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i były z nim ściśle powiązane. Miały więc charakter urzędu typowo administracyjnego, powiązanego z władzami gubernialnymi i powiatowymi.

Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegały w miastach i osadach wszystkie budowle znajdujące się w ich granicach, a na wsiach – budowle mieszkalne, dwór z budynkami folwarcznymi, różne fabryki, zakłady (gorzelnie, browary, młyny, kuźnie), zajazdy itp..

Wzajemne Gubernialne Ubezpieczenia wprowadziły zasadę wynagradzania strat będących wynikiem także gaszenia pożarów oraz spowodowanych uderzeniem pioruna. Natomiast straty poniesione wskutek działań wojennych nie podlegały wynagradzaniu z funduszu ubezpieczeń.

Należy jednak przyznać, że działalność Wzajemnego Gubernialnego Ubezpieczenia cechowały nadużycia i niedbalstwa, jak zresztą całą ówczesną gospodarkę rosyjską.

Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń

Polityka władz carskich na odcinku ubezpieczeń publicznych umożliwiły szeroką działalność prywatnym towarzystwom ubezpieczeniowym,

tak polskim, jak i rosyjskim. Istniała w tym czasie wolna konkurencja na rynku ubezpieczeniowym – nie dotyczyła ona jednak ubezpieczeń budynków od pożarów i ubezpieczeń rolnych.

Największą aktywnością wykazało się Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, jako pierwszy w Królestwie Polskim prywatny polski zakład ubezpieczeniowy. Inicjatorem powołania tego Towarzystwa był Leopold baron Kronenberg, znany wówczas polityk i finansista, założyciel także Banku Handlowego i Szkoły Handlowej w Warszawie. Opracowany został statut nowego Towarzystwa, a dzięki zabiegom i stosunkom Kronenberga w Petersburgu, uzyskano zgodę na jego działalność. Pierwszym prezesem dyrekcji nowego Towarzystwa został ordynat Tomasz hrabia Zamoyski (był nim przez 14 lat), natomiast pierwszym dyrektorem był, współtwórca Towarzystwa Leopold Kronenberg.

Rozpoczynając działalność ubezpieczeniową, Warszawskie Towarzystwo zwróciło szczególną uwagę na reasekurację oraz na ubezpieczenia rolne. Pierwsza współpraca reasekuracyjna nawiązana została z Magdeburgskim Towarzystwem Reasekuracyjnym. Dyrekcja Warszawskiego Towarzystwa, dla uniknięcia zależności od jednego reasekuratora, poszukała przeciwwagi w innych towarzystwach. Zawarto więc dalsze umowy reasekuracyjne z innymi towarzystwami: Rosyjskim Towarzystwem Reasekuracyjnym w Petersburgu; towarzystwami „Salus”, „Kosmos”, „Continental” i „Allianz” w Wiedniu oraz „Arienda” w Trieście. Nawiązano także rokowania z Pierwszym Węgierskim Towarzystwem Reasekuracyjnym oraz z angielskim North British (z tym ostatnim współpraca dotrwała do okresu po I wojnie światowej).

Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń nawiązywało dalsze stosunki reasekuracyjne z szeregiem towa-

rzystw ubezpieczeniowych zagranicznych, m. in. w Anglii, Austrii, Stanach Zjednoczonych i Włoszech. Szczególnie ważne było jednak zawarcie w roku 1876 układu reasekuracyjnego z krakowską Florianką, a więc najstarszym polskim towarzystwem ubezpieczeniowym w zaborze austriackim.

Ważnym kierunkiem działalności Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń były ubezpieczenia rolne. Wprowadzono wiele możliwych ulg i udogodnień przy zawieraniu ubezpieczeń rolnych, m. in. dopuszczono do dzielenia opłaty rocznej na dwie raty, w powiatach powołano przedstawicieli ziemian z zadaniem czuwania nad prawidłowością postępowania agentów i ubezpieczonych, taryfy zmieniano po uzgodnieniu z przedstawicielstwem ziemian, pomagano w organizowaniu i wyposażaniu wiejskich straży ogniowych.

W roku 1872 kierowanie Warszawskim Towarzystwem Ubezpieczeń przejął Konstanty Górski. Ponieważ był on z pochodzenia ziemianinem z kielecczyny, nic więc dziwnego, że szczególnie zajął się ubezpieczeniami rolnymi.

W roku 1874 powstała na obszarach cesarstwa rosyjskiego tzw. „Konwencja Towarzystw Ogniowych” (pierwszym prezesem został A. Amburger), do której przystąpiło (bo musiało) Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń. Celem „Konwencji” było ujednoczenie taryf i warunków ubezpieczeń na terenie całego państwa rosyjskiego. Dzięki K. Górskiemu w porozumieniu tym uwzględniono specyfikę Królestwa Kongresowego, Litwy i Rusi – przyjęto także odmienne, korzystniejsze, taryfy dla Warszawskiego Towarzystwa.

Ze względu na fakt, iż dyrektorzy zarządzający wszystkich rosyjskich towarzystw ubezpieczeniowych byli obcokrajowcami (w większości Niemcami), protokoły posiedzeń i wszelkie uchwały sporządzane były w języku niemieckim, który obowiązywał również na obradach Konwencji.

Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń nie ograniczyło działalności

do Królestwa Polskiego, praktycznie funkcjonowało na terenie całego imperium rosyjskiego. Przedstawicielstwa Warszawskiego Towarzystwa znajdowały się m. in. w Petersburgu, Moskwie, Charkowie, Kijowie, Odessie, Rydze ponadto w Łodzi i Wilnie. Władze carskie nie traktowały jednak Warszawskiego Towarzystwa życzliwie, szykanowały je na wiele sposobów (np. żądaniem, by wszelkie sprawozdania i protokoły były sporządzane w języku rosyjskim, nie zgodzono się na wprowadzenie działu ubezpieczeń życiowych, na powołanie kasy przezorności dla urzędników).

Ważna dla interesów narodowych była działalność pozaekonomiczna Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń. W ciężkich warunkach ucisku politycznego zaborcy, Towarzystwo odegrało dużą rolę w umacnianiu patriotyzmu.

Poważnym konkurentem Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń – głównie w zakresie ubezpieczeń rolnych – było rosyjskie Towarzystwo Akcyjne „Jakor” w Moskwie. Z czasem oba towarzystwa doszły do porozumienia i zawarły umowę typu kartelowego.

Interesujące były stosunki reasekuracyjne Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń ze Stanami Zjednoczonymi Ameryki Północnej, które zaczęły się w roku 1911. Dyrekcja Warszawskiego Towarzystwa przekonała się, że amerykańskie towarzystwa ubezpieczeniowe (mimo krótkotrwałych strat) znacznie podniosły taryfę i zaczęły wprowadzać poważne ulepszenia w organizacji i działaniach operacyjnych. Dyrekcja uważała za stosowne wykorzystanie pomyślnej koniunktury. Obowiązujące w USA ustawy wymagały złożenia odpowiedniej kaucji, która w tym przypadku wynosiła 500 tysięcy dolarów. Aby zdobyć tak poważną kwotę, za zgodą wszystkich akcjonariuszy ruszono kapitały rezerwowe i sprzedano część papierów wartościowych. Kaucję wpłacono urzędowym depozytariuszom i finansowym plenipotentom, którymi stały się nowojorskie firmy „Fester Douglas i Folsom” oraz „Mercantile Trust Company”. Po dokonaniu

wpłaty i podpisaniu odpowiednich umów, Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeń zostało zalegalizowane w Stanach Zjednoczonych. Zawierane w następstwie tego kontrakty obejmowały, oprócz Stanów Zjednoczonych, także Kanadę. Należy tu dodać, że Warszawskie Towarzystwo, niezależnie od złożonej kaucji, zobowiązane było do pozostawiania w Stanach Zjednoczonych całej rezerwy premii oraz pokrywania szkód popożarowych z otrzymanych składek reasekuracyjnych. Trzeba przyznać, że współpraca z USA była ogólnie korzystna.

Nawrót do centralizacji

Po trzydziestu czterech latach władze carskie przekonały się, że decentralizacja systemu ubezpieczeniowego spowodowała tak dużo negatywnych następstw (spadek portfeli ubezpieczeń w gubernialnych instytucjach, brak fachowego personelu, przerost biurokracji, przekupstwo gubernialnych, powiatowych i gminnych urzędników itd.), że zdecydowano się na ponowną centralizację. W związku z tym kompetencje ubezpieczeń gubernialnych, przejęły ustawą z dnia 10 czerwca 1900 r. Ubezpieczenia Wzajemne Budowli od Ognia w Królestwie Polskim. Była to centralna instytucja ubezpieczeniowa z siedzibą w Warszawie, która doprowadziła do uporządkowania spraw ubezpieczeń budynków i przyczyniło się do poważnego postępu w zakresie technicznym, likwidacji szkód, w sprawach taryfowych itp.

Wprowadzając zmiany w 1900 r. władze zadbały jednak głównie o udoskonalenia natury techniczno-zawodowej, nie były uwzględniane interesy ogółu społeczeństwa – obywatele Kraju Nadwiślańskiego nie mieli nic do powiedzenia. Kierowanie sprawami Ubezpieczeń Wzajemnych należało do Generał Gubernatora Warszawskiego. Prezes Ubezpieczeń Wzajemnych mianowany był przez cara, a pracownicy zatwierdzanymi w Petersburgu przez Ministra Spraw Wewnętrznych urzędnikami państwowymi, korzystającymi z praw i przywilejów służby państwowej. W zdecydowanej większości byli to Rosjanie.

Powstają nowe zakłady

Dążeniem patriotycznie nastawionych działaczy ubezpieczeniowych było stworzenie polskiej organizacji ubezpieczeniowej. Impas przerwany został dopiero w roku 1901. Powstała nowa instytucja ubezpieczeniowa – Wzajemne Towarzystwo Gradowe „Cerez”. Dużej pomocy, zwłaszcza organizacyjnej, udzieliła dyrekcja Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń, ponieważ zatwierdzenie Towarzystwa „Cerez” przez rząd rosyjski wymagało pokonania wielu trudności i przeszkód.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenia życiowe, to były one ciągle niedoceniane. Co prawda istniały na ziemiach polskich oddziały rosyjskich towarzystw akcyjnych, ale działania te były bardzo nieudolne. Były więc próby aktywizowania się przyjezdnych akwizytorów zagranicznych towarzystw ubezpieczeń życiowych. Zmiana nastąpiła w roku 1881, kiedy utworzone w Petersburgu Towarzystwo Ubezpieczeń Rosyja rozpoczęło działalność w Kraju Nadwiślańskim w dziale ogniowym i życiowym. Sprzyjał temu fakt, że reprezentantem na Królestwo został Polak, Henryk Barylski.

Rzeczą charakterystyczną jest, że powstające nowe zakłady ubezpieczeniowe wykorzystywały doświadczenia i kadre już istniejących. Przykładem może tu być właśnie Towarzystwo Ubezpieczeniowe Przezorność, które rozpoczęło swoją działalność 15 lipca 1892 r. w Warszawie. Założycielami tego Towarzystwa byli znani i bogaci właściciele ziemscy, m. in. Konstanty Górski, ordynat Tomasz hr. Zamoyski, Ludwik hr. Krasieński oraz bankierzy warszawscy: Hipolit Wawelberg, Juliusz Werthem, Leopold Kronenberg, Kazimierz Natanson, a także przemysłowcy warszawscy i łódzcy. Przy układaniu warunków polisowych i taryf pomocy udzielali specjaliści w dziedzinie ubezpieczeń z posiadającego 20-letnie doświadczenie Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń.

Przyjęte warunki ubezpieczeń życiowych były bardzo korzystne dla ubezpieczonych. Wprowadzono tzw.

zwroty, czyli obniżki premii po trzech latach trwania ubezpieczenia (8% w ubezpieczeniach pośmiertnych, mieszanych i z terminem stałym oraz 4% w ubezpieczeniach na dożycie).

Pierwszym prezesem dyrekcji Towarzystwa Ubezpieczeń Przeworność został Konstanty Górski. Okres, w którym rozpoczęło działalność Towarzystwo Ubezpieczeń Przeworność był szczególnie. Na wiosnę 1892 r. na wschodnich terenach Królestwa Polskiego szerzyła się epidemia cholery, która nie ominęła także Warszawy. W związku z tym Dyrekcja Przeworności opracowała i wydała specjalne taryfy ubezpieczeń czasowych na wypadki zgonów spowodowanych cholera.

Wiosną 1893 r., Towarzystwo Przeworność przystąpiło do organizowania swoich oddziałów w Wilnie i w Kijowie. Dyrekcja Towarzystwa wychodziła bowiem z patriotycznego założenia, że dawne ziemie Rzeczypospolitej powinny być naturalnym terenem działania każdej polskiej instytucji. Powstały także przedstawicielstwa m.in. w Petersburgu, Moskwie, Odessie i Charkowie. Z czasem Towarzystwo Ubezpieczeń Przeworność stało się największym prywatnym zakładem ubezpieczeniowym na życie w Królestwie Polskim. (Po odzyskaniu niepodległości, Towarzystwo Ubezpieczeń Przeworność zostało zreorganizowane, połączyło się z Towarzystwem Wzajemnych Ubezpieczeń Snop i przejęło nazwę Snop).

Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Snop zorganizowano jeszcze w roku 1903. Jednym z jego założycieli był Feliks Zakrzewski z Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń. W działalności swojej Towarzystwo Snop ograniczyło się początkowo do ryzyk rolnych, z wyłączeniem budowl. Szczególne powodzenie miało w środowisku ziemiańskim. Powstanie Towarzystwa Snop wpłynęło na dalsze ukształtowanie się ubezpieczeń rolnych w Królestwie. Rosyjskie Towarzystwo Jakor, jedyne, które przyjmowało ryzyka rolne, powoli z nich się wycofało, a jego klienci przenieśli swoje ubezpieczenia częściowo do Towarzystwa

Snop, a częściowo do Warszawskiego Towarzystwa Ubezpieczeń.

Pewne zakłócenia w działalności towarzystw ubezpieczeniowych w Królestwie Polskim spowodowały rozruchy w latach 1904-1907, które ujawniały się przede wszystkim w Rosji. Również w obrębie Królestwa zdarzały się zaburzenia o charakterze politycznym oraz strajki na tle ekonomicznym. Ogniskiem tych rozruchów była Warszawa, Łódź, Częstochowa i większe zakłady przemysłowe w całym kraju. Na ogólną sytuację społeczno-gospodarczą wpływała także prowadzona przez Rosję wojna japońska.

W okresie tym poczta nie działała sprawnie, komunikacja kolejowa była bardzo utrudniona, źle pracowały działy przekazowe w Banku Państwa, gromadziły się zaległości biurowe, zdarzały się pogromy w Rosji, istniały trudności w szybkim likwidowaniu strat popożarowych – wszystko to powodowało poważne utrudnienia w działalności towarzystw ubezpieczeniowych. Następstwem takiej sytuacji było również zmniejszenie zbioru składek, jako wynik ogólnej biedy. Dodatkowe straty poniosło społeczeństwo wskutek deprecjacji papierów publicznych (wartościowych).

Po wojnie japońskiej, na rynku ubezpieczeniowym w Rosji pojawiła się nowa instytucja – Wzajemny Związek Asekuracyjny Moskiewskich Fabrykantów, znany pod popularną nazwą Sojuz. Stało się to przyczyną groźnej konkurencji w Królestwie Polskim. Sojuz zaczął wprowadzać obniżone stawki taryfowe (opłaty asekuracyjne). Obowiązujące stawki taryfy fabrycznej były znacznie wyższe, niż powszechnie stosowane w państwach Europy Zachodniej. Powodowało to niezadowolenie Niemców i Francuzów, posiadających zakłady przemysłowe w Królestwie Polskim.

Wśród działających w Królestwie Polskim prywatnych zakładów ubezpieczeń można jeszcze wymienić założone w roku 1904 Warszawskie Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń od Nieszczęśliwych Wypadków, a także formalnie powstałe 18 lipca 1906 roku – Wisła Wzajemne Towarzystwo Ogniove w Warszawie. Towarzystwo

Wisła rozpoczęło działanie dopiero w czasie wojny, oparte było na zasadach wzajemności, a jego kapitał zakładowy wynosił 100 tysięcy rubli. W 1907 r. rozpoczęło działalność Warszawskie Towarzystwo Wzajemne Ubezpieczeń Szyb, a w roku 1911 – Warszawskie Towarzystwo Wzajemnego Ubezpieczenia od Ognia Właścicieli Aptek.

W roku 1901, z inicjatywy Mińskiego Towarzystwa Rolniczego powstaje Mińskie Towarzystwo Rolne Wzajemnych Ubezpieczeń. Wkrótce rozszerza ono swoją działalność na całą Litwę. Do roku 1911 towarzystwo zebrało przeszło 0,5 mln rubli funduszu rezerwowego. W roku 1910 zebrano rocznej premii 525 tysięcy rubli, a w roku 1913 suma tych premii przekroczyła 600 tys. rubli.

W roku 1903 rolnicy guberni kowieńskiej zakładają oddzielne Towarzystwo Rolne Wzajemnych Ubezpieczeń od Ognia. W ślad za Litwą, w roku 1909, dzięki poparciu ziemiaństwa, powstało Towarzystwo Kijowskie Wzajemnego Ubezpieczenia od Ognia Mienia Właścicieli Ziemskich Guberni Kijowskiej, Podolskiej i Wołyńskiej. Wcześniej, bo w roku 1872, powstało w Kijowie Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń Cukrowni. Swoją działalnością objęło ono całą ówczesną Rosję (w Warszawie istniała filia tego towarzystwa).

Zakłady te nie odegrały jednak poważniejszej roli na polskim rynku ubezpieczeniowym przed pierwszą wojną światową. Poważne zmiany w systemach ubezpieczeniowych nastąpiły dopiero po roku 1914, powodowane działaniami wojennymi przesuwającymi się liniami frontów oraz polityką zmieniających się okupantów.

Ubezpieczenia w takiej formie przetrwały w Królestwie Polskim aż do wycofania się Rosjan w czasie I wojny światowej. Ustupujące przed wkraczającymi do Warszawy wojskami kajzerowskich Niemiec władze rosyjskie wywiozły w roku 1914 cały kapitał zapasowy, tj. 13 412 377 rubli. Pieniądze te, mimo starań władz Niepodległej Polski, nie zostały przez władze sowieckie zwrócone. ■

Marian Szczęśniak