

Pogląd w sprawie – dalszy rozwój najnowszej prerogatywy Rzecznika Ubezpieczonych

Niniejsze opracowanie ma na celu przypomnienie podstaw prawnych i organizacyjnych realizacji najnowszej kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych oraz przedstawienie danych statystycznych dotyczących wniosków o przedstawienie sądowi oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2009-2011. Dodatkowo poniżej zostaną omówione dwa wnioski, w których Rzecznik przedstawił pogląd istotny dla sprawy i otrzymał informacje o rozpatrzeniu sprawy przez sąd pozytywnie.

Na wstępie należy przypomnieć podstawowe informacje na temat możliwości przedstawiania przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy.

1. Z dniem 21 grudnia 2007 r. weszła w życie ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. nr 171, poz. 1206), która w art. 19 wprowadziła po stronie Rzecznika nowe uprawnienia poprzez nowelizację i rozszerzenie art. 26 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. nr 124, poz. 1153 z późn. zm.).
2. Na podstawie art. 63 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r., nr 42, poz. 296) – zwanej dalej: k.p.c., Rzecznik może przedstawić sądowi istotny dla sprawy pogląd wyrażony w oświadczeniu.
3. Pogląd istotny dla sprawy Rzecznik Ubezpieczonych może przedstawiać każdemu sądowi prowadzącemu sprawę tj. rejonowemu, okręgowemu, apelacyjnemu a nawet Sądowi Najwyższemu, w każdym stadium postępowania – w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, apelacyjnym, kasacyjnym, a także w postępowaniu prowadzonym na skutek zagadnienia prawnego przedstawionego do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu – art. 390 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93) – zwanej dalej: k.c., art. 14 pkt 4 ustawy o Sądzie Najwyższym (Dz. U. nr 240, poz. 2052).
4. Oświadczenie zawierające pogląd istotny dla sprawy Rzecznik przedstawia bądź z własnej inicjatywy, bądź też na żądanie sądu. Pogląd przedstawiany jest w formie

pisemnej. W razie potrzeby złożenia dodatkowych wyjaśnień, Rzecznik może udzielić ich z własnej inicjatywy, jak również na żądanie sądu. Powinny być one udzielone przez Rzecznika również w formie pisemnej lub na żądanie sądu ustnie na posiedzeniu przez osobę upoważnioną do działania w imieniu Rzecznika Ubezpieczonych.

5. W celu otrzymania oświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych zawierającego istotny pogląd dla sprawy osoba skarżąca może postąpić w dwojaki sposób:
 - w żądaniach pozwu należy powołując się na art. 26 ust. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych w związku z art. 63 k.p.c. zgłosić sądowi wniosek o wezwanie Rzecznika Ubezpieczonych do przedstawienia pisemnego poglądu istotnego dla sprawy. Prawdopodobnie sąd przychylając się do takiego wniosku wystąpi bezpośrednio do Rzecznika o przedstawienie poglądu w sprawie. Z takim wnioskiem może powód wystąpić także w kolejnym piśmie procesowym lub zgłosić taki wniosek podczas rozprawy ustnie do protokołu;
 - wystąpić z wnioskiem bezpośrednio do Rzecznika Ubezpieczonych o przedstawienie sądowi poglądu w sprawie, gdyż skierowano pozew do sądu wobec zakładu ubezpieczeń. Do wniosku kierowanego do Rzecznika należy dołączyć kopię pozwu i jeżeli jest to możliwe kopię odpowiedzi ubezpieczyciela na pozew. W tym przypadku Rzecznik przekaze przygotowany przez siebie pogląd na piśmie kierując go do sądu rozpatrującego sprawę i do wiadomości powoda, ale tylko w sytuacji, gdy uzna, że jego treść mogłaby okazać się dla niego korzystna.
6. Przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy wyrażonego w oświadczeniu, jest uprawnieniem Rzecznika Ubezpieczonych, a zatem ma charakter fakultatywny.

Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy otrzymane w latach 2009-2011

Poniżej przedstawiono dane statystyczne na temat otrzymanych przez Rzecznika Ubezpieczonych wniosków o przedstawienie oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011.

W omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 60 wniosków o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na podstawie art. 63 k.p.c. (Tabela nr 1 i Wykres do tab. nr 1). W odniesieniu do 40 spraw wnioski wpłynęły bezpośrednio od powodów, a w 12 przypadkach został przekazany za pośrednictwem

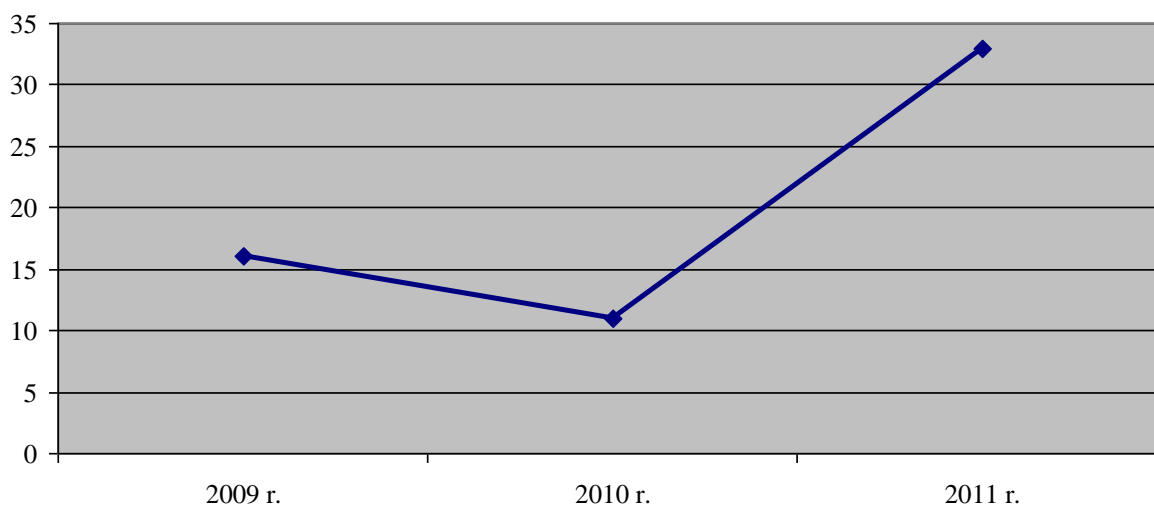
pełnomocników. W 8 sprawach o przedstawienie poglądu zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych bezpośrednio sąd rozpatrujący daną sprawę.

Tabela nr 1. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011

Lp.	Rok	Liczba wniosków
1.	2009	16
2.	2010	11
3.	2011	33
4.	Ogółem	60

Źródło: sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za 2011 r.;
http://www.rzu.gov.pl/files/20735_5267_Sprawozdanie_Rzecznika_Ubezpieczonych_za_rok_2011.pdf

Wykres do tab. nr 1
Liczba wniosków o przedstawienie przez
Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego
pogląd istotny dla sprawy w latach 2009 - 2011



Źródło: sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za 2011 r.;
http://www.rzu.gov.pl/files/20735_5267_Sprawozdanie_Rzecznika_Ubezpieczonych_za_rok_2011.pdf

Otrzymaane wnioski o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy w 28 przypadkach były kontynuacją postępowań skargowych prowadzonych przez Wydział Skarg i Interwencji Biura Rzecznika Ubezpieczonych. W sprawach gdzie istnieje duże prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego dla konsumenta rozstrzygnięcia w sprawie, Rzecznik Ubezpieczonych kończąc postępowanie skargowe wskazuje na możliwość przedstawiania sądowi profesjonalnego i bezpłatnego dla zainteresowanego konsumenta oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogląd. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych przedstawiany istotny pogląd w sprawie na podstawie art. 63 k.p.c., może w części spraw stanowić naturalny a zarazem dalszy etap postępowania skargowego z tym, że już na płaszczyźnie procesowej. Nadto stanowi zredagowane w odpowiedniej procesowej formie stanowisko Rzecznika odnoszące się do stanu faktycznego danej sprawy i zawierające ocenę prawnoubezpieczeniową powstałego pomiędzy stronami sporu.

Jak już wspomniano wcześniej w latach 2009-2011 wpłynęło łącznie 60 wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy. W 12 przypadkach otrzymane wnioski dotyczyły ubezpieczeń na życie, a w 44 – pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych. Z ogólnej liczby wniosków otrzymanych w omawianym okresie w 4 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych.

Jak przedstawiono w Tabeli nr 2 i na Wykresie do tab. nr 2 otrzymane w latach 2009-2011 wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy dotyczyły:

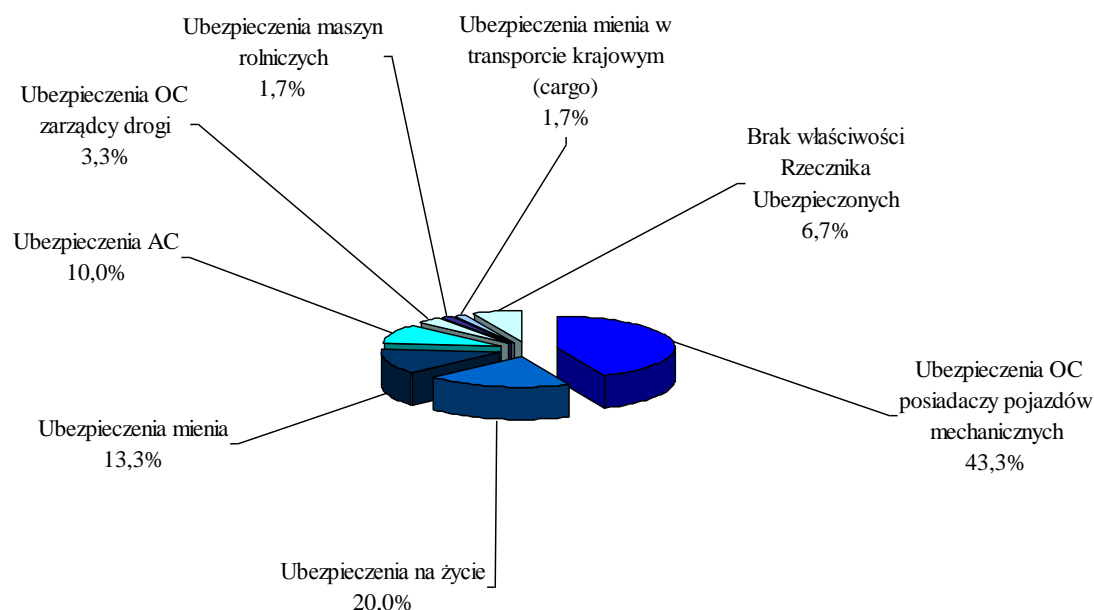
- obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 26 wniosków, co stanowiło 43,3% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczeń na życie – 12 wniosków, co stanowiło 20,0% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczenia mienia, w tym m.in. mieszkania, domu, domku letniskowego – 8 wniosków, co stanowiło 13,3% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczenia AC – 6 wniosków, co stanowiło 10,0% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczenia OC zarządcy drogi – 2 wnioski, co stanowiło 3,3% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczenia maszyn rolniczych – 1 wniosek, co stanowiło 1,7% ogółu otrzymanych wniosków;
- ubezpieczenia mienia w transporcie krajowym (cargo) – 1 wniosek, co stanowiło 1,7% ogółu otrzymanych wniosków;
- braku właściwości Rzecznika Ubezpieczonych – 4 wnioski, co stanowiło 6,7% ogółu otrzymanych wniosków.

Tabela nr 2. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011 z uwzględnieniem rodzaju ubezpieczenia

Lp	Rodzaj ubezpieczenia	2009 r.	2010 r.	2011 r.	Ogółem lata 2009-2011
1.	Ubezpieczenia na życie	2	4	6	12
2.	Ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	9	3	14	26
3.	Ubezpieczenia mienia (w tym m.in. mieszkania, domu, domku letniskowego)	3	1	4	8
4.	Ubezpieczenia AC	1	2	3	6
5.	Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zarządcy drogi	-	1	1	2
6.	Ubezpieczenia maszyn rolniczych	1	-	-	1
7.	Ubezpieczenia mienia w transporcie krajowym (cargo)	-	-	1	1
8.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	-	-	4	4
9.	Ogółem	16	11	33	60

Źródło: opracowanie własne.

Wykres do tab. nr 2
Wnioski o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009 - 2011 z uwzględnieniem rodzaju ubezpieczenia



Źródło: opracowanie własne.

W omawianym okresie największa grupa wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy dotyczyła szkód likwidowanych z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Rzecznik Ubezpieczonych przedstawiając pogląd istotny dla sprawy poruszał najczęściej kwestie związane z:

- zasadnością stosowania przez ubezpieczycieli amortyzacji części;
- ograniczaniem możliwości wyboru części stosowanych do naprawy pojazdu (części oryginalne a części alternatywne – zamienniki);
- obniżaniem przez zakłady ubezpieczeń stawek za roboczogodziny;
- odmową zwrotu kosztów opinii rzeczoznawcy powołanego przez poszkodowanego;
- wypłatą odszkodowania z tytułu wynajęcia pojazdu zastępczego;
- uzyskaniem odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu;
- likwidacją szkody w przypadku szkody całkowitej;
- żądaniem przez ubezpieczycieli przedstawienia faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło nabycia części zamiennych stosowanych przy naprawie pojazdu;
- zaniżaniem wartości rynkowej pojazdu;
- wypłatą odsetek za zwłokę.

Kolejne miejsce pod względem liczby otrzymanych wniosków zajmowały sprawy z zakresu ubezpieczeń na życie. W jednej ze spraw, w której Rzecznik przedstawił pogląd istotny dla sprawy, zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia, stwierdzając, iż do obrażeń fizycznych w postaci złamania kompresyjnego trzonu L1 powoda doszło na skutek rozpoznanej choroby nowotworowej, a nie wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wśród wniosków kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych odnotowano także sprawy, w których ubezpieczeni kwestionowali definicję zawału serca zawartą w o.w.u., na podstawie których zakład ubezpieczeń odmawiał wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego uzasadniając swoje stanowisko brakiem łącznego spełnienia wszystkich przesłanek definicji zawału serca określonych w o.w.u., w szczególności niewystąpienia patologicznego załamka Q lub braku zaburzeń kurczliwości. W kolejnej sprawie pozwany tworząc ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego posługiwał się w nich definicją szpitala, która nie odpowiadała zarówno przepisom prawa, jak i dobrym obyczajom i rażąco naruszała interes ubezpieczonych. Rzecznik przedstawiał również pogląd istotny dla sprawy w przypadku wyłączenia odpowiedzialności za zajście wypadku ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć była bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo związana z następstwami i konsekwencjami wypadków oraz chorób ubezpieczonego rozpoznanych przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela.

W odniesieniu do spraw likwidowanych z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia m.in. mieszkania, domu, domku letniskowego, kamienicy, mienia będącego własnością firmy, Rzecznik Ubezpieczonych przedstawiając pogląd istotny dla sprawy najczęściej odnosił się do zbyt rygorystycznych ograniczeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wynikających z treści o.w.u., skutkujących całkowitą odmową odszkodowania. Wskazywał również na wypłatę odszkodowania nieadekwatnego do rozmiaru poniesionej szkody wynikającego w niektórych przypadkach z zastosowanej, zdaniem Rzecznika bezzasadnie zasady proporcji.

W sprawach dotyczących dobrowolnego ubezpieczenia autocasco, w których Rzecznik otrzymał wniosek zawierający prośbę o przedstawienie sądowi oświadczenia zawierające pogląd istotny dla sprawy poruszane były kwestie związane z odmową wypłaty odszkodowania ze wskazaniem przez ubezpieczycieli na:

- zatajenie przez powoda danych mających wpływ na ocenę ryzyka i ustalenie wysokości składki;

- fakt, że powodowie nie są właścicielami ubezpieczonego pojazdu, ponieważ wskazany w umowie sprzedaży pojazdu jego zbywca nie był właścicielem pojazdu i nie mógł przenieść na powodów tego prawa, a odszkodowanie przysługuje tylko właścicielowi pojazdu;
- wyłączenie z ochrony ubezpieczeniowej szkód zaistniałych wskutek niewłaściwego załadowania i przewożenia ładunku lub bagażu;
- zapis o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczeniem nie są objęte szkody powstałe podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nie posiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonania okresowych badań technicznych.

Rzecznik przedstawił również pogląd w kwestii zaniżenia odszkodowania wypłacanego z ubezpieczenia autocasco. W jednej ze spraw Rzecznik wskazał, że jeżeli strony zastosowały przy określeniu wartości ubezpieczeniowej pojazdu mechanicznego dla ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia, program Eurotax bez tzw. korekt ujemnych, których istnienie lub ustalenie było możliwe przez ubezpieczyciela to do wyceny wartości ubezpieczeniowej z dnia szkody powinien być zastosowany program Eurotax bez uwzględnienia tych korekt ujemnych, a jedynie ubytek merkantylny rzeczy wynikający z upływu czasu od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. W kolejnej sprawie Ubezpieczyciel obniżył należne odszkodowanie poprzez zastosowanie potrącenia z kwoty odszkodowania proporcji stosunku składki zapłaconej do składki należnej z uwagi na brak przedłożenia oświadczenia od poprzedniego ubezpieczyciela o bezszkodowym przebiegu ubezpieczenia AC.

W Tabeli nr 3 i na Wykresie do tab. nr 3 przedstawiono wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy z uwzględnieniem przyczyny jego złożenia. Wnioski te dotyczyły:

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania/świadczenia – 28 wniosków, co stanowiło 46,6% wszystkich otrzymanych wniosków;
- oddalenia w całości zgłoszonego roszczenia – 22 wnioski, co stanowiło 36,6% wszystkich otrzymanych wniosków;

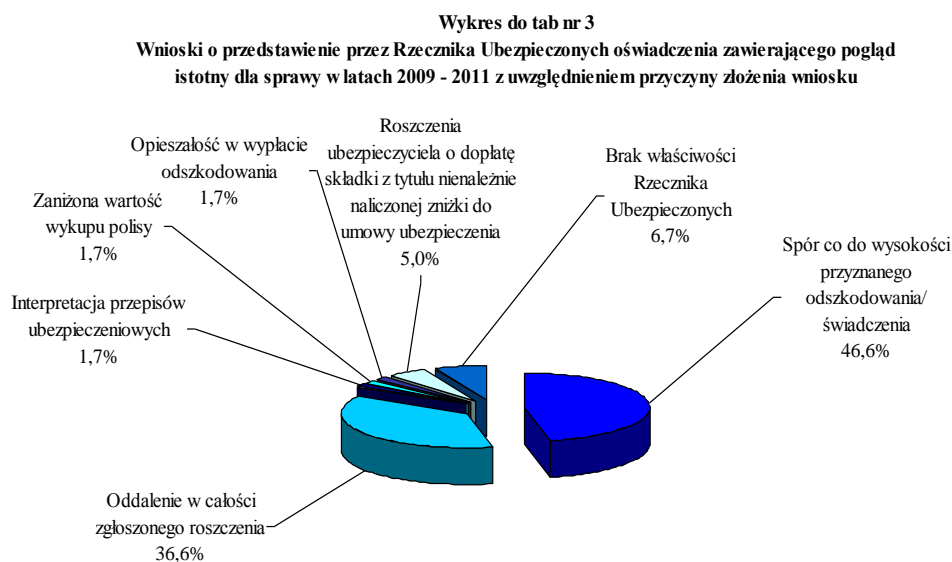
- roszczenia ubezpieczyciela o dopłatę składki z tytułu nienależnie naliczonej zniżki do umowy ubezpieczenia – 3 wnioski, co stanowiło 5,0% wszystkich otrzymanych wniosków;
- interpretacji przepisów ubezpieczeniowych – 1 wniosek, o stanowiło 1,7% wszystkich otrzymanych wniosków;
- zaniżonej wartości wykupu polisy – 1 wniosek, co stanowiło 1,7% wszystkich otrzymanych wniosków;
- opieszałości w wypłacie odszkodowania – 1 wniosek, co stanowiło 1,7% wszystkich otrzymanych wniosków;
- braku właściwości Rzecznika Ubezpieczonych – 4 wnioski, co stanowiło 6,7% wszystkich otrzymanych wniosków.

Tabela nr 3. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011 z uwzględnieniem przyczyny złożenia wniosku

Lp.	Przyczyna złożenia wniosku	2009 r.	2010 r.	2011 r.	Ogółem lata 2009-2011
1.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania/świadczenia	8	6	14	28
2.	Oddalenie w całości zgłoszonego roszczenia	7	3	12	22
3.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	1	-	-	1
4.	Zaniżona wartość wykupu polisy	-	1	-	1
5.	Opieszałość w wypłacie odszkodowania	-	1	-	1
6.	Roszczenia ubezpieczyciela o dopłatę składki z tytułu nienależnie naliczonej zniżki do umowy ubezpieczenia	-	-	3	3
7.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	-	-	4	4

8.	Ogółem	16	11	33	60
-----------	---------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Źródło: opracowanie własne.



Źródło: opracowanie własne.

W latach 2009-2011 do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 12 wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z toczącym się postępowaniem sądowym w odniesieniu do działalności zakładów ubezpieczeń działu I. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko: PZU Życie S.A. – 5 wniosków, PAPTUnŻiR Amplico Life S.A. – 3 wnioski, TU na Życie Europa S.A. – 2 wnioski, TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group i STU na Życie Ergo Hestia S.A. – po 1 wniosku (Tabela nr 4).

Tabela nr 4. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011 w odniesieniu do działalności zakładów ubezpieczeń działu I

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	2009 r.	2010 r.	2011 r.	Ogółem lata 2009-2011
1.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	1	-	2	3

2.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	-	1	-	1
3.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	1	-	-	1
4.	TU na Życie Europa S.A.	-	1	1	2
5.	PZU Życie S.A.	-	2	3	5
6.	Ogółem	2	4	6	12

Źródło: opracowanie własne.

W omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęły 43 wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z toczącym się postępowaniem sądowym w odniesieniu do działalności zakładów ubezpieczeń działu II. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko: PZU S.A. i TUiR WARTA S.A. – po 11 wniosków, HDI Asekuracja TU S.A. i PTU S.A. – po 4 wnioski, STU Ergo Hestia S.A. i TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group – po 3 wnioski, TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group – 2 wnioski, po 1 wniosku wpłynęło na: TUiR Allianz Polska S.A., BRE Ubezpieczenia TUiR S.A., TU INTER Polska S.A., MTU Moje TU S.A. i UNIQA TU S.A. (Tabela nr 5).

Tabela nr 5. Liczba wniosków o przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy w latach 2009-2011 w odniesieniu do działalności zakładów ubezpieczeń działu II

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	2009 r.	2010 r.	2011 r.	Ogółem lata 2009-2011
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	-	-	1	1
2.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	-	-	1	1
3.	STU Ergo Hestia S.A.	-	2	1	3
4.	HDI Asekuracja TU S.A.	1	-	3	4
5.	TU INTER Polska S.A.	-	-	1	1
6.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	2	-	1	3
7.	MTU Moje TU S.A	-	1	-	1
8.	PTU S.A.	3	-	1	4

9.	TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group	-	-	2	2
10.	PZU S.A.	4	1	6	11
11.	UNIQA TU S.A.	1	-	-	1
12.	TUiR WARTA S.A.	3	3	5	11
13.	Ogółem	14	7	22	43

Źródło: opracowanie własne.

W 2011 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynął jeden wniosek o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy dotyczący roszczeń zaspokajanych przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny oraz 4 sprawy, w których brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych.

W latach 2009-2011 działając na podstawie art. 63 k.p.c. w odniesieniu do 37 spraw, co stanowiło 61,7% wszystkich otrzymanych wniosków, Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu. Do chwili obecnej Rzecznik otrzymał informację o 7 sprawach rozpatrzonych przez sąd pozytywnie, z uwzględnieniem oświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych zawierającego istotny dla sprawy pogląd. W dalszej części artykułu omówione zostaną 2 wnioski, w których Rzecznik w 2010 r. przedstawił sądowi oświadczenie zawierające istotny dla sprawy pogląd i otrzymał informację o zakończeniu sprawy wynikiem pozytywnym. Należy przypomnieć, że w „Monitorze Ubezpieczeniowym” nr 43 (wrzesień 2010) omówiono szczegółowo 5 wniosków, w których sąd przychylił się do oświadczenia Rzecznika zawierającego istotny dla sprawy pogląd i uznał w całości lub w części złożone roszczenia. Do chwili obecnej brak jest informacji o zakończeniu prowadzonego postępowania sądowego w odniesieniu do pozostałych 30 spraw, w których Rzecznik przedstawiał pogląd istotny dla sprawy.

Rzecznik Ubezpieczonych odmówił przedstawienia poglądu istotnego dla sprawy w odniesieniu do 19 spraw, co stanowiło 31,7% ogółu otrzymanych wniosków. W części spraw zgłoszony wniosek nie był ściśle związany z dyspozycją art. 63 k.p.c., bowiem nie był przedstawiany na potrzeby toczącego się postępowania sądowego. W pozostałych sprawach z uwagi na fakt, iż pogląd Rzecznika Ubezpieczonych mógłby okazać się dla powodów niekorzystny, odmówiono jego wyrażenia, przekazując jednocześnie stanowisko Rzecznika w danej sprawie. W 4 sprawach odmówiono przedstawienia sądowi istotnego poglądu dla sprawy z uwagi na brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych. Jednocześnie należy podkreślić, iż Rzecznik, który nie uczestniczy w sprawie, może przedstawić sądowi istotny

dla sprawy pogląd wyrażony w oświadczeniu, jednak wydanie takiej opinii jest uprawnieniem Rzecznika Ubezpieczonych, a zatem ma charakter fakultatywny. Przedstawiony pogląd potwierdza orzecznictwo sądowe, np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1980 r. (sygn. akt: I PR 62/80), zgodnie z którym: *„Wypowiedzenie poglądu istotnego dla sprawy przez organizację społeczną jest pośrednią formą udziału organizacji w postępowaniu sądowym. Przedstawienie przez organizację poglądu nie wywołuje bezpośredniego udziału organizacji w postępowaniu rozpoznawczym. Brak jest więc podstaw prawnych do wezwania w takiej sytuacji organizacji społecznej na rozprawę, a tym bardziej brak jest podstaw do wezwania na rozprawę, gdy organizacja nie przekaze sądowi poglądu. Przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy jest prawem organizacji, a nie obowiązkiem. Jeżeli organizacja społeczna chce bezpośrednio uczestniczyć w postępowaniu rozpoznawczym z samodzielną legitymacją - art. 61 § 2 k.p.c. daje ku temu podstawę prawną”*.

W 2011 r. w odniesieniu do 4 wniosków (tj. 6,6% ogółu otrzymanych spraw) o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na potrzeby toczącego się postępowania sądowego Rzecznik Ubezpieczonych nie zajął stanowiska z uwagi na fakt, iż wpłynęły one pod koniec ubiegłego roku i do końca okresu sprawozdawczego rozpatrywane były przez ekspertów Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Dokonując analizy liczby kierowanych wniosków należy zaznaczyć, iż w 2011 r. nastąpiło znaczne zwiększenie liczby otrzymanych wniosków o przedstawienie sądowi oświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych zawierającego pogląd istotny dla sprawy przedstawiany na podstawie art. 63 k.p.c. Wzrost otrzymanych wniosków o przedstawienie poglądu kształtuje się na poziomie 200% w stosunku do 2010 r., co wskazuje na zwiększające się zainteresowanie konsumentów tą formą pomocy świadczoną przez Rzecznika Ubezpieczonych (Tabela nr 6 i Wykres do tab. nr 6).

W omawianym okresie Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę pogląd wyrażony w oświadczeniu w odniesieniu do 37 spraw, co stanowiło 61,7% otrzymanych wniosków. W tym miejscu należy podkreślić, iż Rzecznik przekazuje przygotowany przez siebie pogląd do sądu rozpatrującego sprawę, ale tylko w sytuacji, gdy uzna, że jego treść mogłaby okazać się dla konsumenta korzystna, a w zgłaszanej sprawie istnieje duże prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego rozstrzygnięcia. Jednocześnie należy zaznaczyć, że sposób i zakres działania Rzecznika Ubezpieczonych pozwala na analizę powstałego sporu przez pryzmat zgodności z porządkiem prawnym, zapatrywaniem doktryny i utrwalonej linii orzecznictwa sądowego. W związku z powyższym Rzecznik przedstawia

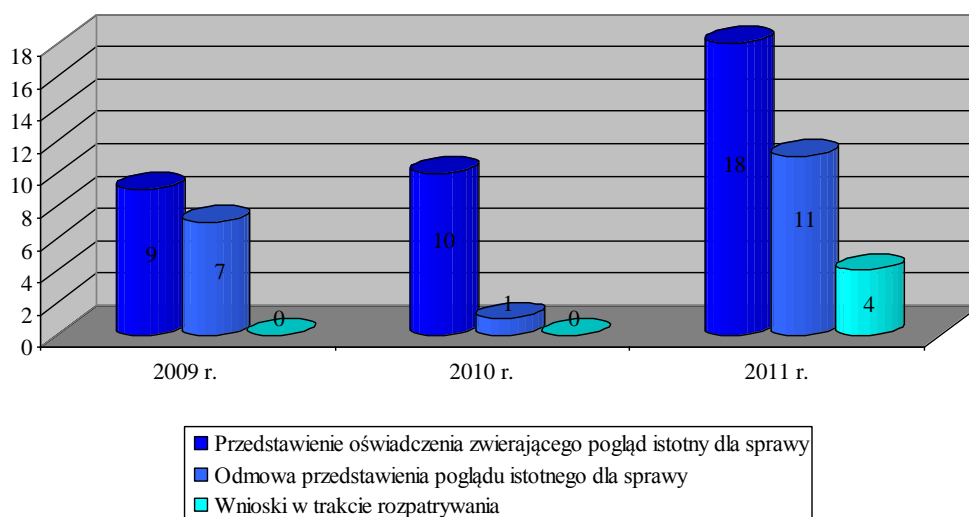
oświadczenie zawierające pogląd istotny dla sprawy jedynie w sytuacji, gdy pozwany ubezpieczyciel w rozpatrywanym w danej sprawie stanie faktycznym, zajął stanowisko niezgodne z przepisami prawa, a w konkretnej indywidualnej sprawie są poważne szansa na sukces sądowy.

Tabela nr 6. Tryb rozpatrywania wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy otrzymanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2009-2011

Lp.	Tryb rozpatrywania wniosków	2009 r.	2010 r.	2011 r.	Ogółem lata 2009-2011
1.	Przedstawienie oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy	9	10	18	37
2.	Odmowa przedstawienia poglądu istotnego dla sprawy	7	1	11	19
3.	Wnioski w trakcie rozpatrywania	-	-	4	4
4.	Ogółem	16	11	33	60

Źródło: opracowanie własne.

Wykres do tab. nr 6
Tryb rozpatrywania wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy
otrzymanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2009 - 2011



Źródło: opracowanie własne.

Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy zakończone pozytywnym wyrokiem sądu

Jak wskazano powyżej w latach 2009-2011 Rzecznik Ubezpieczonych w 7 sprawach otrzymał informację o rozpatrzeniu sprawy przez sąd pozytywnie z uwzględnieniem oświadczenia Rzecznika zawierającego istotny dla sprawy pogląd. Poniżej zostaną omówione 2 wnioski o przedstawienie sądowi poglądu Rzecznika, które wpłynęły do Biura w 2010 r., a Rzecznik otrzymał informacje o pozytywnym zakończeniu sprawy.

I. Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło pismo zawierające wniosek o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy likwidowanej z polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego zawartej w MTU Moim Towarzystwie Ubezpieczeń S.A. Ze sprawy wynikało, że pozwany zakład ubezpieczeń przyjął odpowiedzialność gwarancyjną za powstałą szkodę i w wyniku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego przyznał odszkodowanie w wysokości 2 800 zł. Wysokość odszkodowania była wynikiem przyjęcia przez MTU S.A. nieopłacalności naprawy i ustalono je w drodze pomniejszenia wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym o wartość pojazdu uszkodzonego. Powód odwołał się od powyższego stanowiska, przedstawiając jednocześnie wycenę sporządzoną w systemie Info-Ekspert oraz kosztorys naprawy. Kosztorys ten opiewał na kwotę 9 765 zł, która nie przekroczyła przyjętej przez pozwanego wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym, tj. 10 200 zł. W związku z powyższym nie było podstaw do uznania nieopłacalności naprawy, tj. przyjęcia szkody całkowitej. W wyniku złożonego przez powoda odwołania pozwany uznał kwotę 8 004,09 zł jednak z zastrzeżeniem, iż dopłata zostanie zrealizowana pod warunkiem dostarczenia faktur stwierdzających fakt dokonania naprawy oraz będących w posiadaniu warsztatu naprawczego faktur za zakup części wykorzystywanych przez warsztat przy wykonywaniu napraw (tzw. faktury źródłowe).

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych w razie zaistnienia szkody zobowiązany do jej naprawienia ponosi odpowiedzialność za wszelkie koszty z tego powodu wynikłe, a więc nie tylko straty realnie poniesione (rzeczywiste koszty naprawy), ale także inny poniesiony przez poszkodowanego uszczerbek. Podstawowa dla prawa odszkodowawczego zasada pełnego odszkodowania oznacza zatem obowiązek naprawienia pełnej i pozostającej w związku przyczynowym ze zdarzeniem szkody poniesionej w majątku poszkodowanego. Zgodnie z tym założeniem zakład ubezpieczeń powinien ponieść koszty naprawy wszelkich, uzasadnionych wydatków w celu przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed szkody, nawet gdyby były to wydatki hipotetyczne. Przywrócenie do takiego stanu polega na

doprowadzeniu pojazdu do używalności i jakości w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych uzależnianie przez pozwanego dopłaty odszkodowania od okazania faktur stwierdzających fakt dokonania naprawy jest działaniem nieuprawnionym. Odszkodowanie nie może być warunkowane niczym innym, jak tylko zaistnieniem szkody, z którą wiąże się czyjaś odpowiedzialność. Wymóg udokumentowania faktu dokonania naprawy fakturą w celu uzyskania odszkodowania, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, nie ma oparcia w przepisach prawa.

W przedstawianej sprawie powód słusznie zakwestionował żądanie przez pozwanego faktur za zakup części wykorzystywanych przez zakład naprawczy przy wykonywaniu napraw (tzw. faktur źródłowych). Zdaniem pozwanego ma to potwierdzić zasadność dochodzenia przez powoda odszkodowania we wskazanej wysokości. Pozwany zastrzegł sobie również prawo wykonania oględzin ponaprawczych. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, żądanie przez pozwanego faktur źródłowych i uzależnianie dopłaty odszkodowania od ich dostarczenia wraz z fakturą stwierdzającą fakt dokonania naprawy należy zakwestionować. W omawianej sprawie powód wykazał prawdopodobne koszty naprawy, przedstawiając wycenę dokonaną przez wybrany przez siebie warsztat naprawczy.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych potwierdzonej bogatym orzecnictwem, odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń, a więc obowiązek świadczenia wynikający z zawartej przez ubezpieczyciela umowy, powstaje w momencie zajścia przewidzianego w umowie wypadku i nie jest uzależniony od dokonania naprawy, a zgodnie z zasadą pełnego odszkodowania odszkodowanie winno równać się poniesionej szkodzie. Żądanie od poszkodowanego faktur źródłowych za zakup części przez zakład naprawczy wykonujący naprawę, stwierdzających rodzaj i źródło pochodzenia części jest pozbawionym podstaw prawnych ingerowaniem w obszar działalności gospodarczej przedsiębiorcy i związanej z tą działalnością tajemnicy handlowej, takiej jak np. wysokość marży nakładanej przez przedsiębiorcę na cenę oferowanej usługi w celu wypracowania zysku. W przedstawianej sprawie Rzecznik zaznaczył również, że właściciele zakładów naprawczych niezwiązanych z ubezpieczycielem umową o dokonywanie napraw bezgotówkowych, nie wiąże z zakładem ubezpieczeń żaden stosunek prawny. W związku z powyższym po stronie warsztatu naprawczego nie istnieje obowiązek okazywania ubezpieczycielowi faktur źródłowych za zakup części. Warsztat nie ma również obowiązku okazywać tych faktur właścicielowi pojazdu – nie istnieje bowiem stosunek prawny, na podstawie którego

poszkodowany byłby uprawniony żądać takich dokumentów, a zakład naprawczy zobowiązany do ich okazania.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, pozwany, uzależniając wypłatę odszkodowania od dokonania przez powoda naprawy uszkodzonego pojazdu, przy jednoczesnym żądaniu dostarczenia przez powoda faktur źródłowych za zakup części przez zakład naprawczy pozbawił powoda prawa do dokonania wyboru sposobu naprawienia szkody. W przedmiotowej sprawie, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, pozwany naruszył:

- przepis art. 363 § 1 k.c. stanowiący, iż naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej;
- przepis art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 z późn. zm.), który nakłada na zakład ubezpieczeń obowiązek ustalenia wysokości odszkodowania, z dołożeniem należytych starań, samodzielnie i aktywnie, bez przerzucania tego obowiązku na inne podmioty, w szczególności poszkodowanego, co potwierdza judykatura; przerzuceniem tego obowiązku było żądanie od powoda okazania faktur źródłowych za zakup przez warsztat części wykorzystywanych w wykonywanych przez ten warsztat naprawach;
- przepis art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.), który nakłada na ubezpieczyciela obowiązek wskazania na piśmie podstaw prawnych i okoliczności faktycznych, uzasadniających – zdaniem ubezpieczyciela – uznanie jedynie części roszczenia poszkodowanego; powyższy przepis został naruszony także w części nakładającej na pozwanego obowiązek wskazania przyczyn, dla których pozwany odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym przedstawionym przez powoda – powód bowiem przedstawił kosztorys naprawy sporządzony przez wybrany przez siebie warsztat;
- generalną zasadę pełnego odszkodowania zawartą w art. 361 § 2 k.c. - niewątpliwie bowiem odszkodowanie przyznane powodowi przez pozwanego nie kompensuje strat poniesionych przez powoda;

- przepis art. 355 k.c. zobowiązujący dłużnika do wykonania zobowiązania z należytą starannością – w odniesieniu do umowy ubezpieczenia OC jest to ustalenie odszkodowania na poziomie odzwierciedlającym faktycznie poniesioną szkodę w terminie wskazanym przez ustawodawcę, jak również wykonanie wszelkich działań przewidzianych ustawą, mających na celu wywiązanie się z podjętego przez zakład ubezpieczeń zobowiązania.

W omawianej sprawie po zakończeniu prowadzonego postępowania sądowego Rzecznik Ubezpieczonych został poinformowany przez powoda o zasądzeniu przez Sąd Rejonowy w Końskich kwoty 7 465 zł wraz z ustawowymi odsetkami oraz kwoty 755 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

II. Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił również pogląd istotny dla sprawy w związku z otrzymanym wystąpieniem od powódki, która została objęta ochroną ubezpieczeniową w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowniczego typu „P”, uzupełnionej ochroną ubezpieczeniową z szeregu umów grupowego ubezpieczenia dodatkowego, w tym z umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym oraz z umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Przedmiotowa umowa została zawarta z PZU Życie S.A. W swoim wystąpieniu powódka zakwestionowała zasadność odmowy uznania przez pozwanego swojej odpowiedzialności i wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawału serca. W ocenie powódki, świadczenie ubezpieczeniowe powinno zostać jej wypłacone, gdyż zgodnie z kartą informacyjną przebywała ona w szpitalu z rozpoznaniem „*zawał mięśnia sercowego ściany bocznej (STEMI)*”. W pozwie powódka podniosła trzy zasadnicze argumenty:

- 1) przed złożeniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego nie zostały jej doręczone ogólne warunki ubezpieczenia, a jedynie oferta specjalna dla pracowników;
- 2) nie posiada fachowej wiedzy medycznej, która pozwoliłaby jej ocenić, czy definicja zawału serca zawarta w ogólnych warunkach ubezpieczenia jest dla niej korzystna, czy też niekorzystna; niemożność dokonania takiej oceny nie mogła mieć jednak wpływu na podjęcie przez nią decyzji o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia grupowego;
- 3) ubezpieczyciel nie ma prawa nadawać pojęciom występującym w ogólnych warunkach ubezpieczenia innego znaczenia niż powszechnie znane, a już na pewno innej treści niż wynikałoby to z wiedzy właściwej dla danej jej dziedziny (np. wiedzy medycznej).

W kontekście zakresu ochrony ubezpieczeniowej powódki, ryzyko zawału serca pojawia się w dwóch umowach ubezpieczenia: umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym oraz umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do każdej z tych umów ubezpieczenia dodatkowego definiują zawał serca w taki sam sposób. Zgodnie z o.w.u. „zawał serca” oznacza „*martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego*”, przy czym „*rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie*:

- a) *wystąpieniem znamienego wzrostu poziomu troponiny,*
- b) *pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem),*
- c) *pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych”.*

Ze względu na zawarcie przez strony umowy ubezpieczenia grupowego, umowy modyfikującej jej treść (aneks do umowy ubezpieczenia), definicja zawału serca występująca w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym uległa zmianie na taką, w której przez zawał serca uważa się „*niedokrwienną martwicę mięśnia sercowego, będącą następstwem nagłego zmniejszenia dopływu krwi do określonej części mięśnia sercowego*”. W stosunku do definicji zawału serca zamieszczonej w umowie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, definicja zawału serca zawarta w ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zawiera dodatkowo trzy warunki, których łączne wystąpienie warunkuje powstanie odpowiedzialności pozwanego. Powyższe prowadzi do sytuacji, w której zawał serca jest definiowany w różny sposób, przy czym jedna z definicji ze względu na węższy zakres treściowy wydaje się być bardziej korzystna dla ubezpieczonych, a druga ze względu na szerszy zakres treściowy wydaje się być mniej korzystna dla ubezpieczonych.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych argumenty podniesione przez powódkę w pozwie były zasadne i zasługiwały na uwzględnienie. Stan prawny w sprawie, w której powódka zwróciła się do Rzecznika Ubezpieczonych o zajęcie poglądu istotnego dla jej rozstrzygnięcia, wskazuje na wieloznaczność pojęcia zawału serca. Już sam fakt, posługiwania się przez pozwanego na gruncie umowy ubezpieczenia grupowego dwiema

definicjami zawału serca jest postępowaniem sprzecznym z dobrymi obyczajami. Analiza treści definicji zawału serca zawarta w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby prowadzi do wniosku, że zawiera ona dodatkowo trzy warunki, które nie występują w definicji zawału serca przyjętej na użytek umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym; dla powstania odpowiedzialności pozwanego warunki te muszą wystąpić łącznie.

Definicja zawału serca zawierająca trzy dodatkowe warunki jest postrzegana przez Rzecznika Ubezpieczonych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz lekarzy specjalistów z zakresu kardiologii jako nieadekwatna do współczesnej wiedzy medycznej, zgodnie z którą w przypadkach wystąpienia tzw. świeżego zawału serca – który, jak się wydaje miał miejsce w przypadku powódki – wystarczy wystąpienie jednego z czterech objawów klinicznych, w tym typowych objawów niedokrwienia. Zatem brak zaburzeń kurczliwości, jak i brak patologicznego załamka Q w zapisie EKG nie stanowi koniecznej przesłanki negatywnej wystąpienia zawału serca.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych już sam fakt zdefiniowania przez pozwanego zawału serca jest postępowaniem sprzecznym z dobrymi obyczajami. Należy zauważyć, że w dziedzinach wiedzy, w których postęp technologiczny jest przeogromny – a do takiej z pewnością zalicza się wiedza medyczna – definicja określonego stanu rzeczy jest tak naprawdę aktualna na chwilę, w której jest ona formułowana (zakładając, że odpowiada ona wysokim standardom tej wiedzy). Stąd też zmiany związane z diagnostyką i leczeniem szybko prowadzą do nieaktualności pojmowania zjawisk biochemicznych, skuteczności środków farmakologicznych, czy zasadności stosowanych procedur medycznych. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych zachowanie interesów osób ubezpieczonych może mieć miejsce wyłącznie wtedy, gdy przyjmowane na użytek umowy ubezpieczenia definicje pojęć nie odbiegają od ich ogólnego, uniwersalnego znaczenia. W ocenie Rzecznika odwołanie się do obiektywnych kryteriów, jakimi są wyznaczniki autorytatywnych gremiów medycznych daje gwarancję, że przyjęte definicje będą korzystne dla ubezpieczonych, korzystne, tzn. adekwatne do obiektywnych, uniwersalnych dokonań wiedzy medycznej. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych pozwany posługiwał się w ogólnych warunkach ubezpieczenia definicją zawału serca, która nie odpowiadała standardom wiedzy medycznej. Okoliczność ta uzasadnia zarzut sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów ubezpieczonych. Zmiana definicji zawału serca dokonana w aneksie do umowy ubezpieczenia dotyczyła tylko jednej z umów ubezpieczenia dodatkowego. W konsekwencji, na gruncie

umowy ubezpieczenia grupowego współwystępowały dwie definicje zawału serca, z czego jedna była korzystniejsza, gdyż pomijała konieczność łącznego wystąpienia trzech warunków dodatkowych, których istnienia wymagała definicja druga.

W przedmiotowej sprawie powódka poinformowała Rzecznika Ubezpieczonych, iż Sąd Okręgowy w Lublinie utrzymał w mocy decyzję Sądu Rejonowego, zasądzającą od PZU Życie S.A. odszkodowanie w kwocie 4 000 zł z tytułu ciężkiej choroby (zawał serca) oraz zasądził zwrot kosztów sądowych w wysokości 120 zł.

Na zakończenie należy dodać, iż działania realizowane przez Rzecznika Ubezpieczonych polegające na przedstawianiu oświadczenia zawierającego pogląd istotny dla sprawy stanowią efektywne podjęcie części uprawnień wprowadzonych ustawą o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Należy bowiem zaznaczyć, iż rzetelnie i profesjonalnie przygotowany pogląd może być dla sądu rozpatrującego daną sprawę cennym materiałem pomocnym przy rozstrzyganiu i uzasadnianiu przyjmowanego orzeczenia. Z analizy zakończonych wyrokiem spraw sądowych wynika, że przedstawiony przez Rzecznika Ubezpieczonych pogląd w sprawie w ramach toczącego się procesu stanowi dla sądu liczący się materiał opiniodawczy o charakterze pomocniczym. Wyrażony pogląd nie jest jednak dla sądu wiążący, ale prawidłowo, profesjonalnie i odpowiednio szeroko przygotowany pogląd w sprawie jest wykorzystywany szczególnie przez sądy niższej instancji w przyjmowanych rozstrzygnięciach.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż Rzecznik Ubezpieczonych korzystając z tej prerogatywy zapewnia sobie szerszy dostęp do orzecznictwa sądów powszechnych w zakresie ubezpieczeń gospodarczych. Pozyskane tą drogą informacje o zapadających orzeczeniach w sprawach, w których Rzecznik przedstawiał pogląd stanowią dodatkowy element prowadzonej przez Biuro kwerendy orzecznictwa pod kątem występujących w nim rozbieżności. Następnie mogą one posłużyć do formułowania przez Rzecznika wniosków do Sądu Najwyższego na podstawie art. 60 § 1 w zw. z art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym.