

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 50
WRZESIEŃ 2012

SPIS TREŚCI

Praktyki odszkodowawcze zakładów ubezpieczeń a rozwój kancelarii i doradców odszkodowawczych	3
Kalendarium	4
Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego – podsumowanie	8
Amortyzacja wartości części koniecznych do naprawy pojazdu w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r.	12
Wybrane wątpliwości na tle przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK	18
Dopuszczalność stosowania zasady proporcji w sytuacji niedoubezpieczenia	22
Ugoda jako jedna z podstaw wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	28
Dziedziczenie w ubezpieczeniach	34
Ubezpieczenia posagowe	38
Dyskryminacja płciowa w ubezpieczeniach – wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/KE w zakresie ubezpieczeń majątkowych i osobowych w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości – sprawa C-236/09 (Test–Achats)	41
Warunkowanie wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych od przeniesienia prawa własności do ruchomości należących do poszkodowanego	44
Jakie stawki za roboczogodziny zobowiązany jest zwrócić poszkodowanemu zakład ubezpieczeń? – tendencje w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych	49
Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 6	52
Zwrot środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym	64
Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych – co nowego?	67
Ubezpieczenia w latach II wojny światowej	69

Praktyki odszkodowawcze zakładów ubezpieczeń a rozwój kancelarii i doradców odszkodowawczych

Początki współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych

Pod koniec lat 90. ubiegłego wieku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych zaczęły napływać listy od osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą w zakresie udzielania pomocy, głównie ofiarom wypadków komunikacyjnych, w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od ubezpieczycieli jak również Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Z upływem lat aktywność tych podmiotów, obecnie określających się mianem kancelarii lub doradców odszkodowawczych, systematycznie rosła, czemu towarzyszył wewnętrzny proces przekształceń organizacyjnych i właścicielskich, co również przełożyło się na dynamikę kontaktów z Biurem Rzecznika Ubezpieczonych. Nie powtarzając znanych i szeroko opisywanych informacji o podstawach prawnych, na których podmioty te opierają swoją działalność, ani o trwającej samoregulacji organizacyjnej tego środowiska (np. tworzeniu organizacji samorządowych – przy jednoczesnym braku odrębnej ich regulacji prawnej w prawie ubezpieczeń gospodarczych) chciałabym podjąć próbę wskazania przyczyn powstania tych podmiotów oraz źródeł niewątpliwego sukcesu zawodowego jaki odnotował ten nowy segment rynku ubezpieczeń gospodarczych¹. W tym miejscu, na marginesie, warto wskazać, iż projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (COM (2012) 360) opiniowany aktualnie przez stronę polską, być może spowoduje, że w prawie krajowym wprowadzona zostanie zrębowa regulacja odnosząca się do działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych.

Źródła sukcesu kancelarii i doradców odszkodowawczych

Wydaje się, iż w początkowym okresie środowisko ubezpieczeniowe z pewnym lekceważeniem przyglądało się działaniom (czasem nieprofesjonalnym, niekompetentnym) tych podmiotów, traktując je jak przejściowe, niegroźne zjawisko, które w relacjach z profesjonalistą, tj. ubezpieczycielem, nie stanowi odpowiedniej przeciwwagi. Również początkowo media były zdecydowanie nieprzychylnie do działalności tego typu podmiotów, głównie koncentrując się przy tym na prezentowaniu medialnie chwytliwych przykładów nieetycznych sposobów pozyskiwania klientów, czy też stosowania wyzysku. W krytyce tych podmiotów wtórowały zgodnie mediom zakłady ubezpieczeń wskazując na negatywne aspekty ich działalności, plasując się w tej dyskusji rzekomo po stronie interesów poszkodowanych konsumentów usług ubezpieczeniowych, akcentując fakt pobierania przez tych pełnomocników wygórowanych prowizji za świadczone usługi, która to zdaniem ubezpieczycieli czynność pozbawia poszkodowanych należnej części odszkodowania. Był to, szczególnie w okresie początkowym, często trafny zarzut, jednakże dla równowagi należy wskazać, iż podmioty te poprzez uzyskanie od ubezpieczyciela znacząco wyższych świadczeń od pierwotnie oferowanych, uzyskanymi nadwyżkami niejako dzieliły się ze swymi klientami, z korzyścią dla obu stron. Mimo uprzednich wielu krytycznych uwag odnoszących się do działalności tych podmiotów – w tym również formułowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych – zapotrzebowanie na ten rodzaj usług znajduje coraz liczniejsze grono chętnych odbiorców. Wynika to z wielu przyczyn, do których należy zaliczyć:

- powszechny brak zaufania społecznego wobec działalności ubezpieczycieli;
- brak krajowego systemu bezpłatnej pomocy prawnej na etapie przedsądowym;
- przekonanie o wysokich kosztach pomocy prawnej świadczonej przez profesjonalnych prawników, tj. adwokatów i radców prawnych;
- niewielkie zainteresowanie obywateli ubezpieczeniami ochrony prawnej.

Dlatego dla wielu, szczególnie niezbyt zamożnych obywateli, ten rodzaj usług jawi się jako profesjonalny, tani i łatwo dostępny sposób pozyskania skutecznej pomocy, bez której nie powinno się kontaktować z ubezpieczycielem. Jednakże nie tylko w mojej ocenie, podstawowym czynnikiem, który legł u podstaw rozpoczęcia działalności oraz niewątpliwego sukcesu komercyjnego tych podmiotów jest negatywny odbiór społeczny, jakiego w znacznej części społeczeństwa przez lata dopracowali się ubezpieczyciele. Nie zawsze postawa roszczeniowa przypisywana obywatelom przez ubezpieczycieli jest źródłem negatywnej oceny działań zakładów ubezpieczeń. Sami ubezpieczyciele swoją nieprzemysłaną do końca polityką wobec klientów budują swój zły wizerunek, czego przykładem może być ostatnio często obserwowane „sprzedawanie” firmom windykacyjnym przedawnionych długów swoich klientów – najczęściej są to ich nieuregulowane w terminie składki za umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów. Działania te dlatego nazywam nieprzemysłanymi,



Krystyna Krawczyk
dyrektor Biura Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ P. Wawszczak, B. Chmielowiec, *Jeszcze raz o działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2011, nr 44, s. 5.

Kalendarium

30.05.2012 – Przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w konferencji „Równość płci a usługi ubezpieczeniowe”, którą zorganizowała Polska Izba Ubezpieczeń wraz z wiodącymi europejskimi reasekuratorami.

11.06.2012 – Wzrosły sumy gwarancyjne w obowiązkowych ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Suma gwarancyjna wynosiła przed 11 czerwca w Polsce 2,5 mln euro za szkody na osobie w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych oraz 500 tys. euro za szkody w mieniu w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

W umowach ubezpieczenia zawartych od 11 czerwca 2012 r. limity te wzrosły odpowiednio do 5 mln euro za szkody na osobie w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych i 1 mln euro za szkody w mieniu w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

25.06.2012 – Przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w uroczystości wręczenia nagród w 7 edycji konkursu organizowanego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów LIBERTAS et AUXILIUM za najlepsze w 2011 roku artykuły i audycje poświęcone ochronie konkurencji i ochronie konsumentów.

25.06.2012 – do Biura Rzecznika Ubezpieczonych zostało doręczono uzasadnienie uchwały sądu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie o sygn. akt III CZP 80/11. Podjęta na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych uchwała miała na celu rozstrzygnięcie

gdyż są publicznym przyznaniem się ubezpieczyciela do pewnej nieudolności, przejawiającej się nie zebraniem należnych składek w odpowiednim terminie, co mogą skutecznie wyegzekwować wyspecjalizowane podmioty. Firmy windykacyjne skupujące od ubezpieczycieli przedawnione roszczenia posuwają się z kolei w swych praktykach często do nieetycznych działań np. nachodzenia klientów w ich domach, groźby poinformowania pracodawcy dłużnika, a także – co jest najpoważniejszą sankcją – wpisaniem na listę w Krajowym Rejestrze Długów. Ma to daleko idące konsekwencje np. może zepsuć reputację dłużnika w środowisku oraz utrudnić szereg czynności np. uzyskanie kredytu. Tej grupy dłużników nie satysfakcjonuje możliwość żądania zamieszczenia w rejestrze informacji, iż dług był przedawniony, gdyż i tak są przekonani o swej krzywdzie, której źródło leży w działaniu samego ubezpieczyciela. Panuje również dość powszechne przekonanie, iż naturalną cechą każdego przedsiębiorcy jest dążenie do uzyskania jak najlepszego wyniku finansowego (zysku), jednak zdaniem znacznej części społeczeństwa w przypadku ubezpieczycieli odbywa się to kosztem wypłacanych zobowiązań wobec poszkodowanych i ubezpieczonych. Z tym nieprzychylnym ubezpieczycielom poglądem koresponduje również powtarzane przez ubezpieczonych spostrzeżenie, iż są traktowani życzliwie wyłącznie na etapie zawierania umowy ubezpieczenia (opłacania składki ubezpieczeniowej), czego przeciwieństwem jest reakcja pracowników pionów likwidacyjnych ubezpieczycieli na zgłaszane roszczenia odszkodowawcze.

Siedem grzechów głównych ubezpieczycieli

Prowadzone w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych zarówno postępowania skargowe, jak i poradnictwo realizowane drogą elektroniczną, czy też w ramach eksperckich dyżurów telefonicznych, pozwalają zdiagnozować najczęściej zgłaszane zastrzeżenia adresowane do ubezpieczycieli przez poszkodowanych, ubezpieczonych, ubezpieczających oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Można powiedzieć, że przy nieco innym rozłożeniu akcentów, widoczna jest jednak zbieżność problemów będących przedmiotem interwencji prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych, jak i czynności podejmowanych przez kancelarie i doradców odszkodowawczych.

By przybliżyć zakres problemów, będących przyczyną postępowań zleczanych kancelariom i doradcom odszkodowawczym przez klientów zakładów ubezpieczeń przedstawiam skróconą listę praktyk ubezpieczycieli, których stosowanie wywołuje poczucie pokrzywdzenia i w konsekwencji włączenie się do sporów kancelarii lub doradców odszkodowawczych:

1. Ustalanie na zbyt niskim poziomie świadczeń odszkodowawczych dochodzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody, za szkody na osobie. Badania przeprowadzone przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości wykazały, iż kwoty tych świadczeń, po zweryfikowaniu ich na drodze sądowej, wzrastały średnio czterokrotnie w stosunku do pierwotnie ustalonych przez ubezpieczycieli. Podobnie, co do zasady odmawianie przez ubezpieczycieli prawa do zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej, jeśli doszło do niej przez dniem 3 sierpnia 2008 r. – mimo ugruntowanej w tej chwili linii orzecniczej Sądu Najwyższego².

2. Zaniżanie wysokości odszkodowań należnych z tytułu doznanej szkody na mieniu, dochodzonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Wiele z tych nieuprawnionych prawem praktyk trwa nadal, mimo kolejnych rozstrzygnięć Sądu Najwyższego z wnio-

² „Najbliższemu członkowi rodziny zmarłego przysługuje na podstawie art. 448 k.c. w związku z art. 24 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, gdy śmierć nastąpiła na skutek deliktu, który miał miejsce przez dniem 3 sierpnia 2008 r.” (uchwała SN z dnia 22 października 2010 r., sygn. akt III CZP 76/10, LEX nr 604152). Por. również wyrok SN z dnia 10 listopada 2010 r. (sygn. akt II CSK 248/10, LEX nr 785681).

słów Rzecznika Ubezpieczonych zakończonych uchwałami nakazującymi prawidłowe stosowanie przez ubezpieczycieli prawa odszkodowawczego³. Do powszechnych praktyk ubezpieczycieli, których stosowanie powoduje przerzucenie na poszkodowanego części kosztów naprawienia szkody należą m.in.:

- a) odmowa pokrycia kosztów naprawy pojazdu poprzez nieuprawnioną kwalifikację szkody jako tzw. całkowitej, poprzez zaniżanie przez ubezpieczycieli wartości pojazdu w stanie sprzed szkody, przy jednoczesnej maksymalizacji kosztów restytucji, nieosiągalnej dla poszkodowanego, gdy jego pojazd kwalifikuje się do naprawy;
- b) tzw. urealnianie, a przez to nieuprawnione zaniżanie wysokości należnego odszkodowania, czego przykładem może być:
 - pomniejszanie odszkodowania o arbitralnie określony przez ubezpieczyciela stopień zużycia (amortyzacji) uszkodzonych części pojazdu podlegających wymianie, bez badania czy doszłoby w wyniku naprawy do nieuzasadnionego wzbogacenia się poszkodowanego;
 - pomniejszanie odszkodowania poprzez przyjmowanie do ustalenia kosztów naprawy uśrednionych, a nie faktycznych cen robocizny oraz stosowanie w kosztorysach naprawy części zamiennych (tańszych zamienników) zamiast oryginalnych części producenta pojazdu faktycznie zniszczonych w pojeździe;
 - nieuwzględnianie w odszkodowaniu należnej kwoty będącej konsekwencją utraty wartości handlowej pojazdu, choć przy ustalaniu jego wartości do ustalenia kwalifikacji szkody (częściowa lub całkowita) ubezpieczyciele skrupulatnie badają przebyte szkody odpowiednio pomniejszając wartość pojazdu;
 - żądanie od poszkodowanego dokonania naprawy pojazdu oraz przedłożenia faktur wraz z okazaniem pojazdu do oględzin ponaprawczych, jako warunku pełnego naprawienia szkody;
 - nieuwzględnienie w odszkodowaniu podatku VAT jeśli poszkodowany nie będący podatnikiem tego podatku nie przedstawi faktur za naprawę pojazdu;
 - mnożenie obowiązków dowodowych przez ubezpieczycieli, gdy poszkodowany zwraca się o pokrycie kosztów najmu pojazdu zastępczego lub też ograniczanie pokrycia tych kosztów do arbitralnie wskazywanego przez ubezpieczyciela tzw. technologicznego czasu naprawy pojazdu, z całkowitym pominięciem faktycznego okresu niemożności korzystania z uszkodzonego pojazdu przez poszkodowanego.

3. Pomniejszanie należnego odszkodowania w związku z tzw. likwidacją szkód w ubezpieczonych budynkach w odniesieniu do:

- rolników objętych obowiązkiem ubezpieczenia budynków rolniczych, poprzez pomniejszanie należnego im odszkodowania o stopień amortyzacji budynku liczony przez ubezpieczycieli od dnia posadowienia budynku nie zaś tak jak stanowi ustawa – o jego faktyczne zużycie, które powinno być liczone od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do dnia powstania szkody⁴;
- ubezpieczonych posiadaczy budynków nierolniczych poprzez stosowanie pomniejszenia odszkodowania o wysokość proporcji odpowiadającą niedoubezpieczeniu mienia przy zawarciu umowy. Doprowadzanie do stanu niedoubezpieczenia może szczególnie dziwić, gdy czynności wyceny mienia dokonuje *de facto* profesjonalista, jakim jest pośrednik ubezpieczeniowy.

4. Znaczące ograniczanie zakresu oferowanej ochrony ubezpieczeniowej w umowach ubezpieczenia działu I (ubezpieczenia na życie) poprzez stosowanie we wzorcach umownych, szczególnie mających kształt umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej praktyk takich jak:

- wprowadzanie definicji ryzyk, które są odmiennie sformułowane w o.w.u niż odpowiedniki tych pojęć funkcjonujące w powszechnym obiegu (mowie potocznej) lub też którymi posługują się specjaliści danej dziedziny jak np. pojęcie zawału serca, urodzenia martwego dziecka, zachorowania na boreliozę;
- oferowanie ubezpieczonym zakresu ochrony ubezpieczeniowej nieadekwatnej do ich potrzeb np. kredytobiorcę–rencistę obejmuje się ubezpieczeniem na okoliczność utraty pracy, jak też stosując ograniczenie wyłączające odpowiedzialność za zdarzenie ubezpieczeniowe, gdy jego przyczyna miała swoje źródło w schorzeniu zdiagnozowanym przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

5. Oferowanie kanałem bankowym i przez pośredników finansowych produktów *de facto* inwestycyjnych, obarczonych znacznym stopniem ryzyka inwestycyjnego, lecz opakowanych w terminową umowę ubezpieczenia na życie – które mimo swej specyfiki sprzedaje się osobom, do których nie są adresowane. Znaczny stopień skomplikowania tego rodzaju produktów powoduje również, że konsument mniej zorientowany (często starszy wiekiem), nie jest w stanie dostrzec jakiej natury produkt nabył, często lokując w ten ryzykowny sposób oszczędności życia, a następnie czuje się oszukany, gdy na skutek różnych zdarzeń losowych dochodzi do rozwiązania umowy przed terminem

³ www.rzu.gov.pl – serwis prawny/Wnioski kierowane przez Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego.

⁴ Art. 68 ust. 1 pkt 2 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.).

Kalendarium

istniejących w orzecznictwie sądów powszechnych rozbieżności co do wykładni prawa w odniesieniu do ustalenia wysokości kwoty odszkodowania za uszkodzony pojazd w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych. Sąd Najwyższy podjął uchwałę następującej treści:

„Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest na żądanie poszkodowanego do wypłaty, w ramach odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, odszkodowania obejmującego celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli ubezpieczyciel wykaże, że prowadzi to do wzrostu wartości pojazdu, odszkodowanie może ulec obniżeniu o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi”.

05.07.2012 – Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Sądu Najwyższego wniosek o wydanie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie ujawnionych w orzecznictwie sądów powszechnych rozbieżności w wykładni art. 433 k.c. w zakresie szkód polegających na zalaniu lokalu położonego niżej z lokalu znajdującego się na wyższej kondygnacji.

03.08.2012 – Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentował Raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2012 roku. Jest to kolejne opracowanie statystyk skargowych, które Rzecznik prezentuje kwartalnie przekazując je m.in. do organu nadzoru oraz udostępnia do publicznej wiadomości.

05–06.09.2012 – Przedstawiciele Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział oraz wygłosili referat na temat ubezpieczeń bancassurance na szkoleniu z cyklu „Konsumencie Doradztwo Finansowe”.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

w niej przewidzianym, co skutkuje z reguły utratą znacznej części wpłaconych składek w postaci wysokiej, mającej charakter kary finansowej, opłaty likwidacyjnej⁵.

6. Pomimo zmian w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, które weszły w życie z dniem 11 lutego 2012 r., których celem było między innymi doprowadzenie do wyeliminowania z praktyki dość częstych przypadków tzw. podwójnego ubezpieczenia, co miało miejsce głównie przy zmianie ubezpieczyciela i przy obrocie pojazdami na rynku wtórnym, Rzecznik Ubezpieczonych odnotowuje nadal, choć rzadziej podobne sytuacje, głównie przy zmianie ubezpieczyciela. Niektórzy ubezpieczyciele, mimo iż przez szereg lat bezdusznie egzekwując ustawę pobierali *de facto* „darmowy haracz” od mniej zorientowanych klientów, którzy wpadli w pułapkę podwójnego ubezpieczenia, to nadal nie zawsze dostatecznie informują posiadaczy pojazdów o zmianie przepisów ułatwiających im rezygnację z umowy, gdy zmieniając ubezpieczyciela nie powiadomili go o swojej decyzji. Uważam, że zła opinia o ubezpieczycielach jaką spowodowała, a właściwie pogłębiła jedynie instytucja bezwzględnej egzekwowania drugiej składki OC posiadaczy pojazdów mechanicznych od wielu klientów – posiadaczy pojazdów, długo będzie negatywnie rzutować na ich wizerunek. Szkoda, że ucierpieli wszyscy, bo byli i są takie zachowania ubezpieczycieli, które można zaszerzować do rozsądnych, mniej chciwych, ważących czy warto za cenę pamiętanego przez lata poczucia krzywdy przez klienta, pozywać go na drogę sądową w sytuacji, gdy dopełnił już tego obowiązku w innym zakładzie ubezpieczeń.

7. Brak należytej staranności w związku z prowadzonymi postępowaniami odszkodowawczymi, w tym np.:

- zajmowanie stanowiska bez przeprowadzenia odpowiednich ustaleń faktycznych, bądź uniemożliwianie poszkodowanemu uczestnictwa w czynnościach, w których jest to istotne dla danej sprawy. Nadto zbyt rzadkie, szczególnie w sytuacjach spornych, korzystanie z opinii zewnętrznych ekspertów, w tym często nieuprawnione na etapie przedsądowym przerzucanie na poszkodowanego/ubezpieczonego obowiązków dowodowych, o których mowa w art. 6 k.c.;
- niedotrzymywanie ustawowych terminów na spełnienie świadczenia;
- brak dobrej komunikacji na linii ubezpieczyciel – klient, np. dokonywanie oględzin szkody bez udziału poszkodowanego, jak również brak informacji o koniecznych dokumentach i dowodach, których przedstawienie przez poszkodowanego ma istotne znaczenie dla ustalenia wysokości świadczenia czy też odszkodowania, co jest szczególnie widoczne w przypadku kontaktów telefonicznych (infolinie), gdzie poszkodowani sygnalizują znaczne utrudnienia w skontaktowaniu się z kompetentnym pracownikiem ubezpieczyciela;
- zamiast wyczerpującego uzasadnienia zajmowanego przez ubezpieczyciela stanowiska, udzielanie często zdawkowych i niepopartych ustaleniami faktycznymi i podstawą prawną rozstrzygnięć w sprawie odmowy przyjęcia odpowiedzialności za zgłoszone roszczenie, jak też w odniesieniu do wysokości przyznawanych świadczeń;
- utrudnienia albo wręcz przypadki odmowy udostępnienia pełnomocnikom dokumentów będących podstawą zajętego stanowiska przez ubezpieczyciela;
- przypadki arogancji i niekulturalnego odnoszenia się do klientów przez pracowników zakładów ubezpieczeń.

⁵ Por. szerzej C. Orłowski, *Sytuacja konsumentów na rynku bancassurance w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2012, nr 48, s. 56.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu skrótkowe zestawienie zarzutów pod adresem ubezpieczycieli, będących niejako uzasadnieniem rozkwitu działalności kancelarii i doradców odszkodowawczych może niektórym wydać się pesymistycznym i zbyt tendencyjnym postrzeganiem tej części rynku ubezpieczeniowego. Zapewne nie wszystkie zarzuty odnoszą się do każdego ubezpieczyciela, jednakże wielu z nich powinno dokonać zmian w postrzeganiu swych klientów, gdyż nie można bezkarnie, bez uszczerbku dla swego wizerunku, a w efekcie dla wyniku finansowego, latami stosować procedury likwidacyjne oparte na karkołomnych konstrukcjach prawnych wypracowanych przed laty przez dyspozycyjnych prawników, traktujących prawo odszkodowawcze jak tort, z którego należy wyciąć najlepszy dla siebie kawałek nie bacząc, że reszta jest ciężko strawna dla przeciętnego konsumenta. Dopóki nie ulegnie zmianie wyznawana przez większość ubezpieczycieli filozofia polegająca na postrzeganiu konsumentów jako bezbronnego stada owiec, które można bezkarnie strzyc, tak długo kancelarie i doradcy odszkodowawczy nie będą martwić się o podstawy swego bytu. Należy też w tym miejscu przypominać o uchwale Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. (sygn. akt III CZP 75/11, LEX nr 1119650) podjętej z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 14 września 2011 r. stanowiącej, iż poniesiony na etapie postępowania przedsądowego koszt zastępstwa poszkodowanego przez pełnomocnika wobec zakładu ubezpieczeń może w okolicznościach konkretnej sprawy podlegać kompensacji w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Uchwała ta, w niedalekiej przyszłości, będzie wyjątkowo mocno wpływać na rynek ubezpieczeniowy i wymusi odmienny od dotychczasowego sposób zachowania ubezpieczycieli.

Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego – podsumowanie

Ostatnio zapadłe trzy filarowe dla prawa odszkodowawczego uchwały Sądu Najwyższego z wniosków Rzecznika Ubezpieczonych zbliżają nas do przywrócenia prawideł prawa odszkodowawczego, niestety wypaczonych przez ostatnie lata praktykami ubezpieczycieli stosowanymi w ramach likwidacji szkód, głównie z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego

Pierwsza z nich dotyczy zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego przez osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej, w której Sąd Najwyższy po przeanalizowaniu wszelkich argumentów w dniu 17 listopada 2011 r. (sygn. akt III CZP 05/11) uznał, iż **„Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za uszkodzenie albo zniszczenie pojazdu mechanicznego niesłużącego do prowadzenia działalności gospodarczej obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego; nie jest ona uzależniona od niemożności korzystania przez poszkodowanego z komunikacji zbiorowej”**. Po analizie całości uchwały, a zwłaszcza jej sentencji jawią się następujące wnioski dla praktyki:

Po pierwsze, Sąd Najwyższy, podzielając stanowisko prezentowane przez Rzecznika Ubezpieczonych, uznał jako zasadę, że poszkodowanemu korzystającemu z pojazdu mechanicznego niesłużącego do prowadzenia działalności gospodarczej należy się zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Sąd w swojej argumentacji wspomagał się rozwiązaniami przyjętymi w systemach prawnych innych krajów Unii Europejskiej (zastrzegając ich niejednorodność), wskazując, iż poszkodowanemu przyznaje się uprawnienie do refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego w następstwie zniszczenia albo uszkodzenia własnego pojazdu. Dodatkowo stwierdził, co wzmacnia powyższą formułowaną tezę, iż podobieństwo niemieckiego systemu prawnego w omawianym zakresie do systemu polskiego skłania do wskazania obecnych w nim rozwiązań, w których to przyjmuje się, że właściciel uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu może żądać na podstawie § 249 ust. 2 zd. 1 niemieckiego kodeksu cywilnego naprawienia szkody odpowiadającej poniesionym kosztom najmu pojazdu zastępczego na czas naprawy uszkodzonego pojazdu albo na czas potrzebny do nabycia innego pojazdu, niezależnie od tego, czy uszkodzony (zniszczony) pojazd był wykorzystywany do celów gospodarczych, czy też osobistych (tzn. niezwiązanych z prowadzoną działalnością gospodarczą).

Po drugie, w niektórych sytuacjach Sąd Najwyższy ograniczył powyższą generalną zasadę, wskazując (wzorem rozwiązań niemieckich i powołując się na zasadę proporcjonalności) na zbędność najmu, gdy poszkodowany dysponuje innym samochodem nadającym się do wykorzystania (np. stojącym w garażu, niewykorzystywanym w tym czasie przez współmałżonka, rodzica, dziecko) lub istnieje celowość korzystania z innych środków komunikacji (np. taksówki, usługowego przewozu osób) w tych stanach faktycznych, gdy poszkodowany używał swego pojazdu w sposób sporadyczny i okazjonalny (np. tylko w soboty, odwiedzając rodziców lub znajomych). Wskazał ponadto, że przy realizacji uprawnienia do zwrotu kosztów wynajmu pojazdu zastępczego preferowane jest działanie rozsądne i ekonomiczne.

Po trzecie, Sąd Najwyższy określił, jakie dwa warunki musi spełniać wydatek na najem pojazdu zastępczego, aby mieścił się w zakresie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela. Wskazał, że wydatek na najem pojazdu zastępczego powinien być celowy i ekonomicznie uzasadniony. Wydatek celowy to koszt najmu pojazdu zastępczego lub innego środka transportu niebędącego środkiem komunikacji publicznej, który został poniesiony na odtworzenie możliwości korzystania z uszkodzonej lub zniszczonej rzeczy. Natomiast wydatek ekonomicznie uzasadniony to koszt najmu pojazdu o podobnej klasie do pojazdu uszkodzonego lub zniszczonego, odpowiadający stawkom najmu, które obowiązują na danym rynku lokalnym (cenom rynkowym za tego typu usługi) i przez okres naprawy pojazdu mechanicznego lub do czasu nabycia nowego pojazdu. Ocenę tę wyraźnie potwierdza teza wyrażona przez Sąd Najwyższy, że na dłużniku powinien w związku z tym ciążyć obowiązek zwrotu wydatków celowych i ekonomicznie uzasadnionych, pozwalających na wyeliminowanie negatywnych dla poszkodowanego następstw, niedających się usunąć w inny sposób, z zachowaniem rozsądnej proporcji między korzyścią wierzyciela a obciążeniem dłużnika.

Po czwarte, Sąd Najwyższy w pełni podzielił pogląd Rzecznika Ubezpieczonych, że korzystanie przez poszkodowanego z własnego pojazdu mechanicznego nie może być odtworzone przez korzystanie z komunikacji zbiorowej (publicznej), są to bowiem odmienne sposoby korzystania z rzeczy. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wyraźnie podkreślił, że w dzisiejszych realiach samochód w sposób bardziej wszechstronny i funkcjonalny zaspokaja potrzeby właściciela uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu niż czynią to środki transportu zbiorowego. Korzystnie z samochodu stało się



Aleksander Daszewski
r.pr. koordynator w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

obecnie standardem cywilizacyjnym i taka jego funkcja będzie się umacniać. Innymi słowy, pomimo karkołomnych twierdzeń i nadinterpretacji treści uchwały i jej uzasadnienia nie można uzależniać refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego od wykazania przez poszkodowanego, że nie mógł on skorzystać ze środków komunikacji publicznej lub że korzystanie z nich było niedogodne. Potwierdza to wprost zarówno drugie zdanie sentencji uchwały, jak i fakt, iż wykorzystanie środków transportu zbiorowego nie zostało przez Sąd Najwyższy uznane nawet za ekwiwalentny sposób odtworzenia możliwości korzystania z uszkodzonego lub zniszczonego pojazdu, jeśli poszkodowany w sposób incydentalny (okazjonalny) wykorzystywał swój samochód.

Po piąte, jeśli zrównuje się sytuację poszkodowanych nieprowadzących działalności gospodarczej z przedsiębiorcami do oceny ich roszczeń, w ocenie Sądu należy stosować wskazania dotychczasowego orzecznictwa, które ukształtowało się na tle zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego potrzebnego do kontynuowania działalności gospodarczej. Sąd wyraźnie zaakcentował, iż właściciel eksploatujący rzecz w celach niezarobkowych nie może być traktowany gorzej niż właściciel przedmiotu służącego do celów zarobkowych. Z tych względów kluczowe dla praktyki będą tu orzeczenia zapadłe na tle najmu pojazdu zastępczego przeznaczonego do kontynuowania działalności gospodarczej – w odniesieniu do okresu refundacji, pomniejszenia odszkodowania o nieponiesione koszty eksploatacji uszkodzonego pojazdu oraz wymagań stawianych pojazdowi zastępczemu. Chodzi tutaj o orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03, LEX nr 146324), 2 lipca 2004 r. (sygn. akt II CK 412/03, LEX nr 121694), 5 listopada 2004 r. (sygn. akt II CK 494/03, LEX nr 145121) i 26 listopada 2002 r. (sygn. akt V CKN 1397/00, LEX nr 77057). Dla praktyków jest również oczywiste, że różnorodność okoliczności związanych z następstwami wypadku komunikacyjnego oraz sytuacją życiową konkretnego poszkodowanego, nie pozwoliła w uchwale na formułowanie kazuistycznych wskazań, dlatego okoliczności te wymagają każdorazowo indywidualnej oceny (*ad casum*).

Po szóste, przypomniano prezentowane uprzednio w orzecznictwie Sądu Najwyższego stanowisko, że należne odszkodowanie z tytułu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego można pomniejszyć o wydatki eksploatacyjne, które zostałyby poniesione, gdyby samochód nie został uszkodzony lub zniszczony.

Po siódme, ciężar dowodu w postępowaniu likwidacyjnym w przypadku odmowy realizacji roszczeń z tytułu zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego spoczywał będzie po stronie wywodzącej skutki prawne z określonych faktów, co oznacza, iż to na zakładzie ubezpieczeń będzie ciążył obowiązek wykazania, że zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego nie przysługuje, gdyż poszkodowany dysponował innym samochodem nadającym się do wykorzystania, bądź używał pojazdu w sposób sporadyczny (okazjonalny). Tym samym, w praktyce poszkodowany będzie miał wyjątkowo łatwe zadanie, bowiem prócz wykazania utraty możliwości korzystania ze swojego pojazdu będzie musiał wykazać, iż poniósł koszty wynajmu pojazdu zastępczego – zwykle poprzez przedstawienie umowy najmu takiego pojazdu, okazanie faktury lub innych dokumentów potwierdzających fakt najmu. Za słusznością roszczenia będzie przemawiać oczywista okoliczność niewymagająca specjalnego dowodu, iż na skutek wypadku poszkodowany został pozbawiony możliwości korzystania z samochodu.

Zwrot kosztów pełnomocnika w postępowaniu likwidacyjnym

Następnie w dniu 13 marca 2012 r. zapadła kolejna filarowa dla odpowiedzialności odszkodowawczej uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego (sygn. akt III CZP 75/11) z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych. Uchwała ta miała na celu rozstrzygnięcie istniejących w orzecznictwie sądów rozbieżności co do wykładni prawa w odniesieniu do roszczeń o zwrot wydatków poniesionych przez poszkodowanego na pełnomocnika zastępującego go w tzw. postępowaniu likwidacyjnym, dochodzonych z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Sentencja omawianej uchwały brzmi następująco: **„Uzasadnione i konieczne koszty pomocy świadczonej przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe, poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela, mogą w okolicznościach konkretnej sprawy stanowić szkodę majątkową podlegającą naprawieniu w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.)”**. Po analizie uchwały i jej uzasadnienia można sformułować następujące wnioski:

Po pierwsze, omawiana uchwała, przełamując dotychczasową niekorzystną dla poszkodowanych linię orzecznictwa ostatecznie przesądza, iż Sąd Najwyższy w niektórych przypadkach, jak można odczytać z uzasadnienia – głównie szkód osobowych – uznaje pokrywanie przez ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej uzasadnionych i koniecznych kosztów pełnomocnika mającego niezbędne kwalifikacje zawodowe poniesionych przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela (tzw. postępowaniu likwidacyjnym).

Po drugie, Sąd uzasadniając podjętą uchwałę świadomie zrezygnował z kazuistycznego wykazania jakie będą to koszty, czyli szczegółowego wyliczenia takich przypadków ustanowienia pełnomocnika, które należy uznać za „uzasadnione i konieczne”, co w nieodległej przyszłości spowoduje, iż to sądy powszechne będą musiały wyznaczyć na gruncie indywidualnych postępowań dokładniejsze granice odpowiedzialności tego typu wydatków. Oczywiście absolutnie nie

umniejsza to doniosłego znaczenia, jakie należy przypisać podjętej uchwale, która stanowi niejako „pierwszy krok” w kształtowaniu się przyszłego orzecznictwa w tym zakresie.

Po trzecie, w świetle uzasadnienia omawianej uchwały wydaje się, że kluczowym dla rozstrzyganego zagadnienia jest zdanie Sądu, w którym kierunkowo wskazuje, iż pokrycie przez ubezpieczyciela kosztów pełnomocnika powinno następować, w sytuacjach kiedy „stan zdrowia, kwalifikacje osobiste lub sytuacja życiowa poszkodowanego usprawiedliwiają stanowisko o niezbędności takiej pomocy w celu sprawnego, efektywnego i ekonomicznie opłacalnego przebiegu postępowania likwidacyjnego”. Wydaje się, że co do zasady, najczęściej będą to w praktyce obrotu przypadki, gdy (1) poszkodowany ze względu na niekorzystny stan zdrowia, w szczególności spowodowany obrażeniami ciała nie będzie zdolny do prowadzenia swoich spraw związanych z dochodzeniem roszczeń, (2) poszkodowany ze względu na wiek, ograniczenia intelektualne, upośledzenia, stan zdrowia również niezwiązany z wypadkiem nie będzie zdolny do prowadzenia swoich spraw związanych z dochodzeniem roszczeń, (3) poszkodowany ze względu na swoje wykształcenie, posiadane kwalifikacje czyli szeroko pojęty poziom wiedzy i umiejętności nie potrafi samodzielnie formułować przysługujących mu roszczeń, (4) poszkodowany ze względu na swój wysoki cenzus majątkowy lub wykonywanie bieżącej pracy lub działalności gospodarczej zleci prowadzenie czynności odpłatnie, bowiem jego osobisty udział w postępowaniu likwidacyjnym wiązałby się z większymi kosztami polegającymi w szczególności na utracie dochodu/zarobków.

Po czwarte, w świetle powyższego, w odniesieniu do szkód osobowych (zwłaszcza tych poważniejszych o skomplikowanym stanie faktycznym lub prawnym, gdy stopień trudności wpływał na niezgodność postępowania ubezpieczyciela z przepisami prawa) uznanie skorzystania z pełnomocnika, który idąc za sądem będzie udzielał „porady prawnej w celu sformułowania roszczenia i określenia odpowiednich dowodów” za konieczne powinno niebawem stać się regułą, natomiast w przypadku szkód na mieniu, na ogół potrzeba taka nie będzie miała miejsca, chyba że powstanie spór co do odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, o który, jak pokazują praktyczne doświadczenia, nie będzie trudno.

Po piąte, trzeba też podkreślić, że zgodnie z zapatrywaniem Sądu Najwyższego zwrotowi mogą podlegać nie tylko koszty pełnomocnika, ale również koszty „innej odpłatnej pomocy, jakiej poszkodowany może potrzebować w postępowaniu likwidacyjnym”. Wydaje się, że chodzi tu w szczególności o koszty usług lekarzy diagnozujących poszkodowanych i określających wysokość powstałego uszczerbku i rokowania na przyszłość np. okres potencjalnego leczenia, rehabilitacji, środków temu służących, stanu psychicznego poszkodowanego po wypadku, rzeczoznawców ds. rekonstrukcji zdarzeń drogowych, rzeczoznawców majątkowych, którzy wyceniają szkodę w różnych jej aspektach np. określają wysokość utraconych dochodów osób prowadzących działalność gospodarczą przed wypadkiem czy wyliczają wysokość świadczeń rentowych. Oczywiście katalog tego typu uzasadnionych i koniecznych kosztów pomocy jest otwarty i okoliczności konkretnego przypadku będą decydowały czy można je kwalifikować do refundacji przez zakład ubezpieczeń sprawcy.

Po szóste, skutki omawianej uchwały mogą mieć bardzo daleko idący wpływ zarówno na praktykę likwidacyjną, jak i procesy cywilne z zakresu prawa odszkodowawczego. Uniwersalny charakter uchwały może również stosunkowo szybko wpłynąć na większą poprawę postępowań likwidacyjnych, a także zwiększyć pragmatyzm przy odmowach czy drastycznych zaniżeniach przysługujących poszkodowanym świadczeń, szczególnie ze szkód osobowych. W przypadku podtrzymywania dotychczasowej polityki zaniżania świadczeń osobowych po stronie ubezpieczycieli, która zostanie skutecznie zakwestionowana przez profesjonalnego pełnomocnika trudno będzie przyjąć, że koszt jego usługi nie pozostawał uzasadniony i konieczny. Tym samym omawiana uchwała zmusi branżę ubezpieczeniową w nieodległym czasie do odejścia od obecnego automatyzmu w zakresie odrzucania roszczeń o zwrot kosztów pełnomocnika.

Po siódme, co może najważniejsze, omawiana uchwała jest wyjątkowo przełomowa dla prawa odszkodowawczego, bowiem zmienia ona nie tylko dotychczasowe stanowisko Sądu Najwyższego w przedmiocie zwrotu z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych kosztu pełnomocnika, ale także wykracza poza sam obręb tego ubezpieczenia, wchodząc na grunt podstawowych zasad odpowiedzialności cywilnej. Wskazówki określone przez Sąd Najwyższy w uchwale należy bowiem odnosić do kompensacji szkód z wszelkich ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, tak obowiązkowych, jak i dobrowolnych. Mogą one także być odpowiednio stosowane do przypadków dochodzenia przez poszkodowanego roszczeń odszkodowawczych bezpośrednio od sprawcy szkody, niezależnie od charakteru samego czynu niedozwolonego.

Dopuszczalność amortyzacji wartości części potrzebnych do naprawy

W kolejnej, trzeciej filarowej uchwale, z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 12 kwietnia 2012 r. (sygn. akt III CZP 80/11) Sąd Najwyższy jednoznacznie wskazał, iż: **„Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest na żądanie poszkodowanego do wypłaty, w ramach odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, odszkodowania obejmującego celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli ubezpieczyciel wykaże, że prowadzi to do wzrostu wartości pojazdu, odszkodowanie może ulec obniżeniu o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi.”** Analiza tej uchwały i jej uzasadnienia prowadzi do trzech zasadniczych i oczywistych wniosków:

Po pierwsze, powyższa uchwała potwierdziła w pełni stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych, iż niedopuszczalne jest automatyczne stosowanie potrąceń amortyzacyjnych w przypadku roszczeń dochodzonych w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Tym samym dotychczasowe praktyki zakładów ubezpieczeń należy uznać za nieuprawnione i pozbawione jakichkolwiek podstaw prawnych.

Po drugie, należy przyjąć, że zastosowanie potrąceń amortyzacyjnych dopuszczalne jest tylko w wyjątkowych sytuacjach, tzn. tylko wówczas kiedy zastosowanie nowych części prowadziłoby do wzrostu wartości całego naprawionego pojazdu.

Po trzecie, Sąd Najwyższy wyraźnie wskazał, iż ciężar wykazania wzrostu wartości pojazdu w porównaniu do stanu sprzed szkody obciąża wyłącznie zakład ubezpieczeń, co powoduje, że zastosowanie potrąceń amortyzacyjnych jest dopuszczalne w wyjątkowych sytuacjach i to pod licznymi i *de facto* niemożliwymi do zrealizowania ciężarami dowodowymi. Powszechną wiedzą bowiem jest, że pojazd mechaniczny po szkodzie traci a nie zyskuje na wartości. Sąd w uzasadnieniu podkreślił bowiem, że trzeba patrzeć na wartość samochodu w całości, a nie na jego poszczególne części, a tym samym, że nawet jeśli do naprawy zostaną użyte nowe części, to wartość auta będzie i tak niższa niż przed wypadkiem.

Podsumowanie

Niestety omawiane pokrótce, fundamentalne dla branży ubezpieczeniowej uchwały najwyższego organu wymiaru sprawiedliwości – Sądu Najwyższego – po raz kolejny obnażają fakt, że procedury stosowane przez zakłady ubezpieczeń są zbyt często niezgodne z literą prawa. Przypomnijmy bowiem, że Sąd Najwyższy w poprzednich uchwałach, potwierdzając stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych, równie mocno zakwestionował praktyki stosowane przy likwidacji szkód w odniesieniu do odpowiedzialności posiadaczy pojazdów leasingowanych/przewłaszczonych na zabezpieczenie, nieuwzględniania podatku VAT w rozliczeniu kosztorysowym, odpowiedzialności współposiadaczy, w tym małżonków, w szkodach osobowych, pomniejszania zwracanych kosztów pogrzebu o kwotę zasiłku pogrzebowego. Tego przykrego obrazu nie przysłonią niestety ani różnego rodzaju wytyczne, ani nieobiektywne publikacje, ani przekazy medialne, tworzone na potrzeby polityki informacyjnej samorządu ubezpieczeniowego. Wyjątkowo niepokojące jest również zjawisko, iż naruszeń prawa dopuszczają się podmioty oferujące kontrakty najwyższego zaufania, jakimi są umowy ubezpieczenia – co niestety z jednej strony umacnia niekorzystny wizerunek branży ubezpieczeniowej w oczach polskiego społeczeństwa, a z drugiej – nawet istotniejszej – hamuje zrównoważony rozwój ubezpieczeń w Polsce.

Na koniec pozostaje wyrazić tylko nadzieję, że nastąpi pewna refleksja i omawiane wyżej uchwały Sądu Najwyższego zostaną w pełni uszanowane, a tym samym istotnie wpłyną na przyszłą praktykę likwidacji szkód komunikacyjnych, zbliżając ją do prawideł prawa odszkodowawczego.

Amortyzacja wartości części koniecznych do naprawy pojazdu w świetle uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r.

Wprowadzenie

W odpowiedzi na zagadnienie prawne przedstawione przez Rzecznika Ubezpieczonych w trybie art 60 § 1 w zw. z art. 60 § 2 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. Nr 240, poz. 2052 z późn. zm.): „Czy w świetle art. 363 § 1 k.c. w związku z 361 § 2 k.c., poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może domagać się w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, w którym zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych?” Sąd Najwyższy w dniu 12 kwietnia 2012 r. podjął uchwałę (sygn. akt III CZP 80/11) o następującej treści: „**Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest na żądanie poszkodowanego do wypłaty, w ramach odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, odszkodowania obejmującego celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli ubezpieczyciel wykaze, że prowadzi to do wzrostu wartości pojazdu, odszkodowanie może ulec obniżeniu o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi**”.

W niniejszym artykule zostanie zaprezentowane i omówione uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego, wnioski płynące z przedmiotowej uchwały, jak również zostanie przedstawione stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące zagadnienia amortyzacji części w trakcie likwidacji szkody, w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Przed prezentacją powyższego należałoby w pierwszej kolejności przedstawić przyczyny, dla których Rzecznik Ubezpieczonych zdecydował o złożeniu do Sądu Najwyższego wniosku o podjęcie uchwały, mającej na celu ostateczne rozstrzygnięcie problemu amortyzacji części zamiennych.

Geneza problemu amortyzacji części

Z obserwacji praktyki rynkowej dokonywanej przez Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie analizowania skarg osób poszkodowanych na działalność zakładów ubezpieczeń w związku z likwidacją szkód komunikacyjnych w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów wynikało, iż powszechną praktyką ubezpieczycieli jest pomniejszanie kwoty należnego odszkodowania poprzez dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych (zwanym również merkantylnym ubytkiem wartości) od wyliczanych wartości nowych części zamiennych, koniecznych do przeprowadzenia naprawy. Rzecznik Ubezpieczonych zdiagnozował, iż przyjęty przez zakłady ubezpieczeń model postępowania opierał się na takiej wykładni przepisów art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., która *a priori* (z góry, w każdym stanie faktycznym) zakładała, iż w przypadku wyliczenia należnej poszkodowanemu kwoty odszkodowania należy stosować urealnienie cen nowych części zamiennych koniecznych do naprawy pojazdu (zniszczonych elementów pojazdu nie można naprawić), czyli uwzględnić tzw. potrącenie amortyzacyjne, które ma wynikać z różnicy między wartością nowych części koniecznych do naprawy pojazdu, a wartością wynikającą ze stopnia zużycia części dotychczasowych, tj. zniszczonych w wyniku kolizji lub wypadku. Wykładnia ta oparta jest na założeniu, iż przyjęcie w wyliczeniu kwoty odszkodowania cen nowych części zamiennych prowadziłoby do nadmiernego wzbogacenia osoby poszkodowanej, bowiem przywrócenie stanu poprzedniego oznacza ustalenie odszkodowania w oparciu o ceny części używanych – adekwatnie do wieku uszkodzonego pojazdu. W konsekwencji wyliczone ceny części koniecznych do naprawy pojazdu, a zatem i należna kwota odszkodowania zostaje pomniejszona o arbitralnie ustalony przez ubezpieczyciela procent ubytku wartości części zamiennych.

Rzecznik Ubezpieczonych cyklicznie dokonuje kwerendy orzecznictwa sądów powszechnych pod kątem ewentualnych rozbieżności w wykładni prawa odszkodowawczego i ubezpieczeniowego, które z kolei przekładają się na prawa osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia (w tym poszkodowanych dochodzących roszczeń w ramach ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej sprawców szkód)¹. Stąd też analizując problematykę ustalania wysokości kwoty należnego odszkodowania w związku z uszkodzeniem pojazdu w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Pozyskane orzecznictwo sądów powszechnych jest następnie publikowane na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl, tworząc największą dostępną w Polsce bazę orzecznictwa związaną z szeroko rozumianą tematyką ubezpieczeniową, umożliwiając tym samym wszystkim zainteresowanym zapoznanie z kierunkami wykładni przepisów dokonywanymi przez sądy powszechne.

mechanicznych, Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegł, że opisana wyżej praktyka zakładów ubezpieczeń dotycząca potrąceń amortyzacyjnych była spowodowana rozbieżnościami w orzecznictwie sądów powszechnych, zwłaszcza sądów niższej instancji na tle interpretacji zakresu prawa poszkodowanego do użycia do naprawy pojazdu nowych części zamiennych, jeżeli nie jest możliwe naprawienie uszkodzonych elementów pojazdu. Dopuszczalność pomniejszenia kwoty należnego odszkodowania o tzw. potrącenia amortyzacyjne dokonywana przez niektóre sądy, była następnie powszechnie wykorzystywana w formalnych stanowiskach ubezpieczycieli w odniesieniu do zgłoszonych roszczeń jako uzasadnienie dla wypłaty kwoty odszkodowania pomniejszonej o wyliczone teoretycznie urealnienie cen części z uwagi na okoliczności, iż uszkodzony pojazd nie był pojazdem nowym lub też stosunkowo niedawno oddanym do użytku. Powyższe rozbieżności sądów powszechnych zaprezentowane szeroko we wniosku Rzecznika z dnia 19 października 2011 r.², były bodźcem do złożenia wniosku do Sądu Najwyższego w celu rozstrzygnięcia przedmiotowego zagadnienia prawnego.

Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych

Rzecznik Ubezpieczonych od momentu zdiagnozowania problemu dotyczącego dokonywania przez zakłady ubezpieczeń potrąceń amortyzacyjnych części zamiennych przy wyliczaniu kwoty należnego odszkodowania dochodzonego przez osobę poszkodowaną w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, stał na stanowisku, iż dokonywanie w każdym przypadku takich potrąceń amortyzacyjnych tylko z tego powodu, iż pojazd poszkodowanego był pojazdem używanym przez pewien określony czas (nie był to pojazd nowy, dopiero co zakupiony) jest nieuprawnione i sprzeczne z powszechnie obowiązującymi przepisami, w tym normami zawartymi w kodeksie cywilnym. Wskazać bowiem należy, iż zgodnie z art. 34 ust. 1 i art. 36 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, jeżeli są oni zobowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę. Wysokość odszkodowania ubezpieczeniowego świadczonego z tytułu ubezpieczenia OC zakreślona jest granicami odpowiedzialności cywilnej posiadacza (kierującego pojazdem). Do rozstrzygnięcia przedmiotowego zagadnienia konieczne jest sięgnięcie do ogólnych reguł kodeksu cywilnego odnoszących się do zakresu odszkodowania oraz wyboru przez poszkodowanego sposobu naprawienia szkody. Stosownie do treści z art. 361 § 1 k.c., obowiązek naprawienia szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby szkody mu nie wyrządzono. Analiza treści art. 361 § 2 k.c. umożliwia stwierdzenie, iż świadczenie odszkodowawcze powinno uwzględniać, w przypadku uszkodzenia rzeczy, wszelkie celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki poniesione w celu przywrócenia stanu poprzedniego rzeczy. Nie ulega zatem wątpliwości, że w przypadku zaistnienia zdarzenia powodującego powstanie szkody, poszkodowani powinni otrzymać jej pełną kompensatę. Przywrócenie uszkodzonej rzeczy do stanu poprzedniego powinno obejmować doprowadzenie jej do stanu używalności i jakości w zakresie istniejącym przed wypadkiem. Zgodnie zaś z treścią art. 363 § 1 k.c.: „*Naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu*”. Z zasady wyrażonej w art. 363 § 1 k.c., a ponadto z podstawowej normy art. 361 § 2 k.c. w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych wynika, że w sytuacji kiedy do osiągnięcia celu jakim jest przywrócenie uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed szkody konieczne jest użycie nowych części i innych materiałów, to poniesione na nie wydatki wchodzi w skład kosztów naprawienia szkody, które osoba zobowiązana do naprawienia szkody, bądź też zakład ubezpieczeń świadczący ochronę gwarancyjną obowiązany jest zwrócić poszkodowanemu, oczywiście z zastrzeżeniem, iż koszty naprawy nie przekraczają wartości pojazdu sprzed szkody, co wówczas uzasadniałoby rozliczenie szkody jako tzw. szkody całkowitej (art. 363 § 1 zd. 2 k.c.). Jeżeli zatem dla osiągnięcia celu naprawienia szkody, którym jest przywrócenie uszkodzonego pojazdu do takiego stanu używalności jaki istniał przed wyrządzeniem szkody, konieczne jest użycie nowych części (nie ma możliwości dokonania naprawy i w konsekwencji brak jest możliwości dokonania lakierowania, prostowania, wyklepania, naprawiania uszkodzonych części pojazdu), to poniesione na nie wydatki wchodzi w skład niezbędnych i ekonomicznie uzasadnionych kosztów naprawy pojazdu. Egzemplifikację powyższego stanowiska, potwierdzającego jednocześnie bezzasadność stosowania *a priori* w każdej sytuacji kiedy pojazd poszkodowanego nie był pojazdem nowym, potrąceń amortyzacyjnych, w ocenie Rzecznika stanowiły wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 października 1972 r. (sygn. akt II CR 425/72, OSNC 1973, nr 6, poz. 111), z dnia 5 listopada 1980 r. (sygn. akt III CRN 223/80, OSNC 1981, nr 10, poz. 186), z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01, LEX nr 157324) oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2006 r. (sygn. akt III CZP 91/05, LEX nr 180669), jak również poglądy doktryny³.

² Wniosek Rzecznika Ubezpieczonych został udostępniony na stronie www.rzu.gov.pl w zakładce „Serwis prawny”.

³ A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz 1996, s. 87–89; analogicznie M. Orlicki, M. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Bydgoszcz–Poznań 2001, s. 81–83; A. Szpunar, *Wynagrodzenie szkody powstałej wskutek wypadku komunikacyjnego*, Warszawa 1996, s. 87; G. Bieniek, *Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe*, Warszawa 2006, s. 151–152. Por. również T. Wiśniewski, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, Warszawa 2002, s. 79.

Zdaniem Rzecznika, odmienny pogląd prowadziłby do niemożliwego do przyjęcia wniosku, że w sytuacji, gdy uszkodzona została rzecz, która była już używana, to ciężar jej przywrócenia do stanu poprzedniego spoczywa częściowo na poszkodowanym. Do takiego obciążenia poszkodowanego skutkami zawinionego działania sprawcy szkody lub innej osoby odpowiedzialnej cywilnie za powstałą szkodę nie ma uzasadnionej podstawy prawnej. Przywrócenie bowiem rzeczy uszkodzonej do stanu poprzedniego polega na doprowadzeniu jej do stanu używalności w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody. W większości wypadków konieczne jest nabycie elementów, w celu ich montażu w zamian za części zniszczone lub uszkodzone. Poszkodowany podejmuje jednak w tym przedmiocie autonomiczną decyzję, której ubezpieczyciel nie może nakazać lub zakazać, ponieważ jego świadczenie ogranicza się do wypłacenia usprawiedliwionej kwoty⁴.

Poszkodowany, chcąc przywrócić stan poprzedni uszkodzonego w wypadku pojazdu nie ma możliwości zakupu używanych części o tożsamym stopniu zużycia jak części, które uległy uszkodzeniu. Nie ma również możliwości żądania, aby warsztat naprawczy wykonujący naprawę w miejsce uszkodzonych w czasie wypadku części pojazdu wmontował stare części już częściowo zużyte oraz udzielił gwarancji, iż wykonana naprawa przy użyciu części używanych zapewni prawidłową eksploatację i bezpieczeństwo w użytkowaniu pojazdu. Brak jest podstaw prawnych by obciążać poszkodowanego dodatkowymi obowiązkami, w tym poszukiwania na rynku odpowiednich części używanych, co musiałoby się wiązać z koniecznością technicznej oceny ich przydatności do dalszego wykorzystywania. Tymczasem w większości przypadków części te pochodzą z pojazdów, które uległy poważnym wypadkom drogowym, a ocena parametrów technicznych jest niemożliwa, bądź też są to części niewiadomego pochodzenia, wobec których może istnieć uzasadnione podejrzenie, iż zostały dostarczone na rynek w wyniku działań przestępczych. Twierdzenia, zgodnie z którymi poszkodowany ma obowiązek poszukiwać używanych części serwisowych, po to aby zminimalizować wydatki na naprawę uszkodzonego samochodu, nie tylko nie znajdują uzasadnienia w przepisach kodeksu cywilnego, ale w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych pozostają z nimi w oczywistej sprzeczności. Dolegliwości, jakie poszkodowany zmuszony jest ponieść w następstwie wyrządzenia szkody winny zostać maksymalnie zminimalizowane. Nie można zatem nakładać na poszkodowanego obowiązku poszukiwania najtańszych, niepełnowartościowych, używanych części zamiennych.

Należy również wskazać, iż brak jest przepisu prawa materialnego, który zezwalałby na dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych, w szczególności ustalania zryczałtowanej wielkości zużycia poszczególnych części samochodu, a co za tym idzie brak jest normy prawnej, która wyłącza lub ogranicza stosowanie art. 361 § 2 k.c. Zmniejszenie odszkodowania w świetle kodeksu cywilnego dopuszczalne jest jedynie w oparciu o art. 362 k.c., bądź art. 440 k.c. Pierwszy z nich wskazuje jako podstawę zmniejszenia obowiązku naprawienia szkody sytuację, gdy poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody. Przepis ten w sposób oczywisty nie może stanowić podstawy do dokonania potrąceń amortyzacyjnych. Natomiast według art. 440 k.c. ograniczenie obowiązku naprawienia szkody jest możliwe stosownie do okoliczności, jeżeli ze względu na stan majątkowy poszkodowanego lub osoby odpowiedzialnej za szkodę wymagają tego zasady współżycia społecznego. Również w przypadku tej instytucji trudno mówić, iż stanowi ona legitymację do dokonania potrąceń amortyzacyjnych. Wyraźnie bowiem z treści tego przepisu wynika, iż ograniczenie wysokości obowiązku naprawienia szkody implikowane jest jedynie przyczyną w postaci stanu majątkowego poszkodowanego lub osoby odpowiedzialnej za szkodę, nie zaś faktem konieczności urealnienia zastosowania nowych części oryginalnych w celu przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu poprzedniego.

W ocenie Rzecznika, nie można także tracić z pola widzenia zasadniczej funkcji odszkodowania określonej treścią art. 361 § 2 k.c. Nie ma ona bowiem na celu tylko przywrócenia wyłącznie wartości estetycznych i technicznych pojazdu, ale odtworzenie jego wartości sprzed zdarzenia. W tym kontekście, użyte do naprawy części zamiennie mają zasadnicze znaczenie, bowiem ich zamontowanie ma przyczynić się nie tylko do odzyskania sprawności pojazdu, ale także do odtworzenia jego wartości. Pojazd uczestniczący w kolizji, nawet naprawiony w autoryzowanym serwisie, przy użyciu nowych, oryginalnych części traci na wartości rynkowej w przypadku próby jego późniejszej sprzedaży, bowiem nie istnieje metoda naprawiania pojazdów pozwalająca na ukrycie faktu jego naprawy. Brak jest zatem uzasadnienia dla twierdzeń, iż samochód po naprawie dokonanej z użyciem nowych części zawsze będzie miał większą wartość rynkową, co uzasadniałoby uznanie, iż poszkodowany wskutek wypłaty odszkodowania wyliczonego w oparciu o ceny nowych części zamiennych zostałby bezpodstawnie wzbogacony. Wprost przeciwnie, obserwacja rynku oraz zasady doświadczenia życiowego pozwalają w sposób w pełni uzasadniony wskazywać, iż naprawa pojazdu dokonana przy użyciu nowych części w zdecydowanej większości przypadków, będzie powodowała obniżenie wartości pojazdu i w konsekwencji odszkodowanie za uszkodzenie samochodu może obejmować, oprócz kosztów jego naprawy, także zapłatę sumy pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie⁵.

Nie można z góry wykluczyć sytuacji, kiedy wskutek użycia do naprawy w miejsce części uszkodzonej – nowej, nastąpiłby wzrost wartości pojazdu poszkodowanego. W ocenie Rzecznika możliwość zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, czyli pomniejszenia kwoty odszkodowania z uwagi na zwiększenie wartości rzeczy (samochodu) po

⁴ Wyrok SN z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V KKN 308/01, niepubl.).

⁵ Por. wyrok SN z dnia z dnia 12 października 2001 r. (sygn. akt III CZP 57/01, OSNC 2002, nr 5, poz. 57).

naprawie, można by uwzględnić tylko wówczas, gdyby chodziło o wykonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem, bądź też na skutek wymiany części uszkodzonej na nową, w sposób istotny wzrosłaby wartość pojazdu poszkodowanego w stosunku do stanu sprzed szkody. Wówczas w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, pod warunkiem bezspornego wykazania takiego stanu w obszarze objętym uszkodzeniami kolizyjnymi, który to dowód w świetle art. 6 k.c. obarczałby stronę wywodzącą z tego faktu skutki prawne (sprawcę szkody lub też jego ubezpieczyciela) – możliwe byłoby potrącenie z ustalonego odszkodowania, kwoty o którą wzrosła wartość pojazdu poszkodowanego.

Reasumując, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, w świetle art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może domagać się w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, gdy zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych. Zasada *compensatio lucri cum damno* mogłaby mieć zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, tzn. tylko wówczas jeżeli:

- a) chodziłoby o dokonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo
- b) ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem, bądź też
- c) zastosowanie do naprawy nowych części w sposób istotny spowodowałoby wzrost wartości pojazdu poszkodowanego w stosunku do stanu sprzed szkody.

Wnioski płynące z treści uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r.

W dniu 25 czerwca 2012 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych zostało doręczone uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie o sygn. akt III CZP 80/11. Dla przypomnienia Sąd Najwyższy podjął uchwałę następującej treści: **„Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest na żądanie poszkodowanego do wypłaty, w ramach odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, odszkodowania obejmującego celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli ubezpieczyciel wykaze, że prowadzi to do wzrostu wartości pojazdu, odszkodowanie może ulec obniżeniu o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi”**.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych analiza uzasadnienia treści przedmiotowej uchwały Sądu Najwyższego prowadzi do jednoznacznej konkluzji, iż Sąd Najwyższy w całości podzielił stanowisko Rzecznika zaprezentowane w uzasadnieniu wniosku. Sąd Najwyższy już na wstępie wskazał, iż wykładania dopuszczająca zastosowanie *a priori* potrąceń amortyzacyjnych budzi uzasadnione wątpliwości, zaś argumenty podzielające to zapatrywanie są nieprzekonujące. Zdaniem Sądu Najwyższego nie jest trafne zapatrywanie, iż samo zamontowanie nowej części w pojeździe powoduje, że poszkodowany zyskuje, gdyż ta część po połączeniu jej z pojazdem nie może być oceniana jako samodzielny przedmiot obrotu. Nieuzasadnione jest zatem założenie, że przy naprawie rzeczy polegającej na przywróceniu do stanu poprzedniego można odrębnie oceniać wartość części użytych do naprawy, a pomijać wartość i użyteczność rzeczy jako całości. W ocenie Sądu Najwyższego, o tym że zamontowanie nowych części w miejsce starych prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia poszkodowanego można mówić tylko wtedy, gdyby spowodowało to wzrost wartości pojazdu jako całości.

Sąd Najwyższy wyjaśnił również, kiedy zachodzi celowość i ekonomiczność zastosowania nowych części w pojeździe poszkodowanego. Celowość będzie zachodziła wówczas, kiedy części tej nie da się naprawić w taki sposób, aby przywrócić ją do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę. Zatem niezbędność dokonania naprawy uszkodzonego pojazdu nowymi częściami zamiennymi będzie występowała kiedy naprawa uszkodzonych części nie przywróci wartości użytkowej pojazdu, jak też nie zapewni dotychczasowego komfortu oraz bezpieczeństwa jazdy. Ekonomiczność zastosowania nowych części należy rozpatrywać pod kątem tego, czy ich zastosowanie spowoduje wzrost wartości pojazdu poszkodowanego jako całości, bowiem tylko wówczas można rozpatrywać możliwość zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, w celu przeciwdziałania bezpodstawnemu wzbogaceniu się poszkodowanego. Sąd Najwyższy wyraźnie i jednoznacznie podkreślił, iż **„Nie ma żadnych podstaw prawnych, aby zawsze odrębnie oceniać wartość części i jeżeli części stare były już w chwili wypadku częściowo zużyte, z tego powodu obniżać należne odszkodowanie za przywrócenie do stanu poprzedniego całego pojazdu”**. W ocenie Sądu Najwyższego wykładnia art. 361 § 2 i art. 363 § 2 k.c. prowadzi do jedynego możliwego, logicznego i spójnego wniosku, że ubezpieczyciel, w ramach umowy odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu sprawcy szkody, powinien ustalić odszkodowanie w kwocie, która zapewni poszkodowanemu przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę jako całości. Brak jest podstaw do tego, aby poszkodowany ponosił dodatkową stratę w postaci różnicy pomiędzy wartością części zamiennych, jaką miały one przed wypadkiem, a wartością części nowych, których zamontowanie w naprawionym pojeździe było celowe. W ocenie Sądu Najwyższego **„Poszkodowany ma prawo oczekiwać, iż otrzyma od ubezpieczyciela kwotę, która obejmuje także wartość nowych części, których zamontowanie jest potrzebne, aby przywrócić pojazd do stanu sprzed zdarzenia wyrządzające szkodę. Obowiązkiem zaś zakładu ubezpieczeń jest ustalenie i wypłacenie odszkodowania w takiej właśnie wysokości”**. Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, czy poszkodowany faktycznie dokona

naprawy pojazdu, bowiem może on wybrać, czy naprawienie szkody ma nastąpić poprzez przywrócenie do stanu poprzedniego czy też zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej.

Sąd Najwyższy doszedł do wniosku, iż literalna wykładania art. 361 § 2 i art. 363 § 2 k.c. nie daje podstaw do obniżenia należnego poszkodowanemu odszkodowania o różnicę pomiędzy wartością części nowej a wartością części, która uległa uszkodzeniu, wyliczoną odrębnie dla każdej części. Za taką wykładnią – zdaniem Sądu – przemawiają również argumenty celowościowe. Przyjęcie bowiem, że odszkodowanie może być obniżone o różnicę pomiędzy wartością części nowej i części starej stanowiłoby wyraźny sygnał dla poszkodowanego, aby poszukiwał on nie części nowych, lecz części uzyskanych z odzysku. Zamontowanie z kolei takiej części, mogłoby prowadzić do zmniejszenia bezpieczeństwa przy korzystaniu z pojazdu. Znalezienie na rynku części, której okres eksploatacji odpowiada okresowi w jakim była eksploatowana stara część jest także praktycznie niewykonalne. Jak zauważył Sąd Najwyższy, zakład ubezpieczeń z jednej strony dowolnie ustala, że poszkodowany może otrzymać odszkodowanie w wysokości wartości części już częściowo zużytej, z drugiej zaś znalezienie części zamiennej za taką kwotę wcale nie gwarantuje, że ta część będzie miała przynajmniej taki okres użycia, jaki miała stara, która uległa uszkodzeniu. Sąd Najwyższy trafnie również wskazał, iż ze względów bezpieczeństwa montowanie w pojeździe części używanych jakby chcieli ubezpieczyciele niesie za sobą ryzyko obniżenia stopnia bezpieczeństwa posiadacza pojazdu i innych uczestników ruchu. Wymuszanie zatem przez zakłady ubezpieczeń montowania podczas napraw powypadkowych pojazdów części „nienowych” stwarzałoby także podwyższone ryzyko wystąpienia szkód, które mogą wiązać się z daleko idącymi następstwami dla zdrowia i życia uczestników ruchu.

W ocenie Sądu Najwyższego mogą wystąpić takie okoliczności, iż zamontowanie podczas przywracania pojazdu do stanu poprzedniego nowych części, spowoduje jednak wzrost wartości pojazdu jako całości. Odnosząc się zatem do możliwości zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, Sąd Najwyższy wskazał, iż ciężar dowodu w tym zakresie powinien obciążać zakład ubezpieczeń. Zdaniem Sądu, z faktów powszechnie znanych wynika, że jeżeli pojazd był naprawiany w związku z wypadkiem, to jego cena ulega obniżeniu i nie ma znaczenia, że zamontowano w nim elementy nowe w miejsce już zużytych. Poszkodowany, który żąda przywrócenia stanu poprzedniego pojazdu, nawet jeżeli otrzymuje odszkodowanie wypłacone przez ubezpieczyciela, które pokrywa koszty naprawy i zakup nowych części z reguły nie tylko nie zyskuje, ale biorąc pod uwagę wartość pojazdu jako całości, może, gdy będzie chciał go sprzedać, ponieść stratę. Skoro zatem z reguły wymiana części starych na nowe nie prowadzi do wzrostu wartości samochodu, to tylko wykazanie przez zobowiązanego do ustalenia i wypłaty odszkodowania, że w konkretnym wypadku jest inaczej, pozwala na zmniejszenie odszkodowania. Także względy celowościowe, w ocenie Sądu Najwyższego, przemawiają za tym, aby ciężarem dowodu w tym zakresie obciążyć ubezpieczyciela, a nie poszkodowanego. To właśnie ubezpieczyciel, nie zaś poszkodowany, jest profesjonalistą, który na co dzień dokonuje analiz w zakresie cen części i pojazdów i to właśnie zakład ubezpieczeń przedstawiając dowód na to, że w konkretnym przypadku wartość pojazdu jako całości wzrosła – osiąga z tego korzystne dla siebie skutki prawne.

Sąd Najwyższy wskazał również, co jest oczywiste i nie powinno wymagać głębszej analizy, iż ubezpieczyciel sprawcy zdarzenia drogowego, nie będzie ponosił odpowiedzialności cywilnej za skutki okoliczności, za które osoba odpowiedzialna za szkodę odpowiedzialności nie ponosi (dokonanie napraw części nieuszkodzonych w trakcie wypadku lecz uszkodzonych przed lub po zdarzeniu, ulepszenie dotychczasowego stanu technicznego pojazdu).

Podsumowanie

Reasumując, Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 kwietnia 2012 r. wyraźnie podkreślił, iż wykładnia literalna i celowościowa art. 363 § 1 k.c. oraz art. 361 § 2 k.c. powinna prowadzić do jednoznacznego wniosku, iż poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych **może domagać się w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, gdy zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych**. W związku z tym, iż pojazdy pomimo tego, iż są naprawiane przy użyciu nowych części z reguły tracą na wartości, zasada *compensatio lucri cum damno* może mieć zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, tzn. tylko wówczas jeżeli faktycznie zamontowanie nowych części spowodowałoby wzrost wartości pojazdu jako całości. Przy czym, ciężar udowodnienia powyższego faktu spoczywa wyłącznie na zakładzie ubezpieczeń.

Sąd Najwyższy w całości, w tym co do ciężaru dowodu, podzielił stanowisko prezentowane przez Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie potrąceń amortyzacyjnych. Tym samym nie zaaprobował odmiennych argumentów o powszechnej dopuszczalności amortyzacji, które stale prezentowane były w stanowiskach ubezpieczycieli, sporadycznie w orzecnictwie sądów powszechnych oraz co symptomatyczne w ostatnim czasie, także przez niektórych przedstawicieli doktryny, współpracujących z samorządem gospodarczym zakładów ubezpieczeń.

Warto również odnotować, iż przy okazji rozważań na temat kwestii wartości rynkowej pojazdu uszkodzonego na skutek kolizji, Sąd Najwyższy trafnie zauważył, co starają się negocjować niektórzy przedstawiciele doktryny, iż faktem powszechnie znanym jest to, iż z reguły ceny naprawionych pojazdów powypadkowych są niższe niż analogicznych bezwypadkowych. Kupujący, mając do wyboru zakup porównywalnego pojazdu bezwypadkowego lub powypadkowego,

powszechnie wybierają pojazdy bezwypadkowe. Sąd Najwyższy ponownie zatem, przy rozpatrywaniu zagadnienia dotyczącego tzw. amortyzacji części wyraził pogląd, iż poszkodowany może dochodzić roszczenia wynikającego z utraty wartości handlowej (sprzedażnej pojazdu). Roszczeniu temu nie został przyznany walor wyjątkowości.

Rzecznik Ubezpieczonych wyraża nadzieję, iż po analizie treści uzasadnienia uchwały Sądu Najwyższego, zakłady ubezpieczeń zaprzestaną dokonywania *a priori* w każdej sytuacji potrąceń amortyzacyjnych, z uwagi na brak podstaw prawnych do ich dokonywania. Rzecznik widzi tutaj również rolę samorządu gospodarczego zakładów ubezpieczeń, czyli Polskiej Izby Ubezpieczeń, która powinna objawiać się m.in. eliminacją zachowań niezgodnych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, których tym bardziej powinny unikać podmioty zaufania publicznego. W świetle omawianej uchwały Sądu Najwyższego, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych dalsze dokonywanie przez zakłady ubezpieczeń potrąceń amortyzacyjnych powinno w końcu skłonić, ustawowo powołane do tego urzędy administracji do podjęcia działań zmierzających do wyeliminowania tego typu praktyk.

Rzecznik Ubezpieczonych deklaruje gotowość udzielania pomocy wszystkim poszkodowanym, którzy nie otrzymali należnego odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na skutek dokonywania przez zakłady ubezpieczeń nieuzasadnionych potrąceń amortyzacyjnych. Pomoc taka może być świadczona również poprzez przedstawienie sądom powszechnym istotnego poglądu w sprawie w oparciu o art. 63 k.p.c.

Wybrane wątpliwości na tle przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK

W oparciu o obserwacje Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące funkcjonowania nowych przepisów 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.; dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych), które weszły w życie 11 lutego 2012 r., należy stwierdzić, iż jak dotychczas Rzecznik nie odnotowuje większych problemów związanych ze stosowaniem tych przepisów. Ponadto należy zauważyć, iż Rzecznik odnotował w pierwszym półroczu bieżącego roku – w porównaniu z tym okresem roku ubiegłego – niewielkie, ale jednak obniżenie liczby skarg związanych z tzw. podwójnym ubezpieczeniem obowiązkowym. Nieliczne problemy, które się w ostatnim czasie pojawiły dotyczyły m.in. następujących kwestii.



Anna Dąbrowska
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Problem z określeniem, czy składka ubezpieczeniowa została opłacona w całości

Problem z określeniem, czy składka za ubezpieczenie obowiązkowe została opłacona w całości może się rodzić na gruncie przepisów art. 8a ust. 1 oraz art. 28 ust. 2 pkt 1, art. 46 ust. 2 pkt 1 i art. 62 ust. 2 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

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

Regulacja zawarta w art. 28 ust. 2 pkt 1 przewiduje natomiast, iż zawarcie następnej umowy nie następuje, pomimo braku powiadomienia, o którym mowa w ust. 1, jeżeli nie została opłacona w całości określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy lub w przypadku cofnięcia zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Analogiczne rozwiązania znajdują zastosowanie w odniesieniu do obowiązkowych umów ubezpieczenia: OC rolników oraz budynków rolniczych (art. 46 ust. 2 pkt 1 i art. 62 ust. 2 pkt 1).

Rzecznik Ubezpieczonych spotyka się z sytuacjami, w których ubezpieczyciel dowiadując się, iż ubezpieczający podał fałszywe dane na temat okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia dokonuje zmiany wysokości składki i żąda dopłaty składki. Zdarza się również, iż w odpowiedzi na takie żądanie ubezpieczający powiadamia ubezpieczyciela, iż kwestionuje jej wysokość, bądź w ogóle nie zgadza się z faktem podwyższenia składki. Powstaje wówczas spór co do wysokości składki, a także wątpliwość, czy w przypadku takiego sporu można uznać, że składka ubezpieczeniowa została opłacona w całości i czy umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na kolejny okres ubezpieczenia w trybie klauzuli prolongacyjnej, w trybie art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Wydaje się, iż w tego typu przypadkach można przyjąć różne rozwiązania w zależności od konkretnych okoliczności. Najprostszą byłaby sytuacja, w której ubezpieczający opłacił w całości pierwotnie naliczoną składkę ubezpieczeniową, nie dopłacił natomiast składki zwiększonej w oparciu o art. 8a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, której podwyższenie wcześniej uznał za zadane. Wówczas można przyjąć, że składka nie była opłacona w całości i klauzula prolongacyjna nie zadziałała. Sprawę komplikuje jednakże sytuacja, w której zaistniał spór dotyczący wysokości składki. Zdarza się bowiem, iż ubezpieczyciel dokonuje podwyższenia składki w trybie art. 8a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jednakże ubezpieczający stoi na stanowisku, iż nie miał on podstaw do jej podwyższenia, gdyż np. zdaniem ubezpieczającego ujawniona okoliczność nie pociąga za sobą istotnej zmiany prawdopodobieństwa wypadku lub pytanie sformułowane przez ubezpieczyciela było niejednoznaczne, co mogło wywołać u ubezpieczającego błędne jego zrozumienie i wskutek tego również udzielenie fałszywej odpowiedzi. W razie takiego sporu, o tym jaka powinna być wysokość składki w zasadzie może rozstrzygnąć jedynie orzeczenie sądu.

W takiej sytuacji praktycznym rozwiązaniem, które pozwoliłoby uniknąć ewentualnych sankcji ze strony Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego za niespełnienie obowiązku posiadania ochrony ubezpieczeniowej, byłoby zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia z tym samym zakładem ubezpieczeń, z którym toczymy spór o ustalenie, czy składka była opłacona w całości. Przypomnieć bowiem należy, iż nawet, gdyby okazało się, iż składkę należało uznać za opłaconą w całości, a tym samym doszło do zawarcia kolejnej umowy na mocy ustawowej klauzuli prolongacyjnej,

jeżeli w tym samym okresie posiadamy ochronę w tym samym zakładzie ubezpieczeń, ubezpieczycielowi i tak należy się składka tylko z tytułu jednej umowy. Zawierając samodzielnie umowę trzeba koniecznie zwrócić uwagę, aby umowa ta pokrywała się dokładnie z okresem umowy, która uległaby zawarciu na podstawie klauzuli prolongacyjnej.

Zgodnie bowiem z brzmieniem art. 28a ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w sytuacji, gdy doszło do zawarcia kilku umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w odniesieniu do tego samego pojazdu mechanicznego, z tym samym okresem ubezpieczenia z jednym zakładem ubezpieczeń, wówczas temu zakładowi ubezpieczeń należy się składka ubezpieczeniowa z tytułu jednej umowy ubezpieczenia. W przepisie tym ustawodawca posłużył się sformułowaniem: „z tym samym okresem ubezpieczenia”, co oznacza, że aby można było z tej regulacji skorzystać, zawarte umowy ubezpieczenia muszą mieć identyczne okresy ubezpieczenia.

Możliwość skorzystania z wypowiedzenia umowy w oparciu o art. 28a w sytuacji, gdy tzw. podwójne ubezpieczenie powstało po automatycznym zawarciu z mocy ustawy

Przypomnijmy, iż na mocy nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która weszła w życie 11 lutego 2012 r., w art. 28a ust. 1 wprowadzona została możliwość wypowiedzenia przez posiadacza pojazdu umowy ubezpieczenia OC zawartej w trybie automatyzmu na wypadek zaistnienia tzw. podwójnego ubezpieczenia. Uprawnienie to dotyczy umów zawartych pod rządami nowego prawa, a więc umów zawartych w trybie klauzuli prolongacyjnej po- cząwszy od 11 lutego 2012 r.

Po wejściu w życie tego przepisu Rzecznik Ubezpieczonych odnotowuje przypadki, w których niektórzy ubezpieczyciele odmawiają skuteczności wypowiedzenia złożonego na jego podstawie w sytuacji, gdy druga umowa ubezpieczenia została zawarta już po zawarciu umowy w trybie klauzuli prolongacyjnej.

Regulacja zawarta w art. 28a ust. 1 przewiduje, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego w tym samym czasie jest ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta w oparciu o klauzulę prolongacyjną, umowa zawarta w tym trybie może zostać przez niego wypowiedziana na piśmie.

Jeżeli zatem posiadacz pojazdu mechanicznego w tym samym czasie posiada ochronę ubezpieczeniową w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta w oparciu o klauzulę prolongacyjną, umowa zawarta w trybie automatyzmu może zostać przez niego wypowiedziana na piśmie. Należy zwrócić uwagę, iż użyte tutaj określenie „w tym samym czasie” oznacza, że okresy ubezpieczenia nie muszą być identyczne. Uprawnienie wynikające z tego przepisu może być realizowane od pierwszego do ostatniego dnia okresu stanowiącego część wspólną okresów ubezpieczenia wynikających z poszczególnych umów ubezpieczenia. Przepis nie wskazuje, iż z wypowiedzenia można skorzystać jedynie wówczas, gdy drugą umowę posiadacz zawarł jeszcze przed uruchomieniem ustawowej klauzuli prolongacyjnej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia w sytuacji tzw. „podwójnego ubezpieczenia” jest więc możliwe, ale tylko w stosunku do umowy ubezpieczenia zawartej w trybie automatyzmu (klauzuli prolongacyjnej).

Należy przy tym podkreślić, iż w przypadku wypowiedzenia umowy w powyższy sposób zakład ubezpieczeń może żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.

Obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przypadku zabezpieczenia pojazdu jako dowodu rzeczowego

W myśl art. 23 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia spoczywa na posiadaczu pojazdu, a właściwie – zgodnie z nowym brzmieniem art. 10 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – na posiadaczu pojazdu spoczywa obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej.

Pojęcie posiadania określone zostało w kodeksie cywilnym, w art. 336 i nast. W myśl art. 336 k.c., posiadaczem rzeczy jest zarówno ten, kto nią faktycznie włada jak właściciel (posiadacz samoistny), jak i ten, kto nią faktycznie włada jak użytkownik, zastawnik, najemca, dzierżawca lub mający inne prawo, z którym łączy się określone władztwo nad cudzą rzeczą (posiadacz zależny). Posiadacz samoistny nie traci posiadania przez to, że oddaje drugiemu rzecz w posiadanie zależne (art. 337 k.c.). Kto rzeczą faktycznie włada za kogo innego, jest dzierżycielem (art. 338 k.c.).

Ocena kwestii obowiązku posiadania ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przypadku zabezpieczenia pojazdu jako dowodu rzeczowego, zależy od tego czy można uznać, że dotychczasowy posiadacz pojazdu jest właścicielem.

W trakcie toczącego się postępowania karnego w przedmiocie popełnienia przestępstwa kradzieży, z punktu widzenia przepisów prawa własności, osoba (właściciel), której rzecz zatrzymano jako dowód rzeczowy, nadal pozostaje właścicielem pojazdu. Dopiero wydanie prawomocnego wyroku orzekającego przepadek bądź popełnienie przestępstwa kradzieży lub umorzenie postępowania może jednoznacznie przesądzić o przysługującym prawie własności pojazdu. Do czasu wydania takiego wyroku należy przyjąć domniemanie, iż zatrzymany pojazd był przez jego właściciela nabyty w dobrej wierze i pozostaje on jego właścicielem, a co za tym idzie, posiadaczem samoistnym tej rzeczy. Stan posia-

dania istnieje nawet wówczas, gdy jest on zakłócony bądź tymczasowo przerwany z powodu zabezpieczenia rzeczy w toku postępowania karnego. Tymczasowe przerwanie władztwa nad rzeczą nie przesądza o utracie prawa własności i pozbawienia właściciela statusu prawnorzeczonego posiadacza pojazdu.

Należy uznać, iż odpowiednie organy zatrzymując pojazd tytułem zabezpieczenia dowodów, stają się jedynie dzierżycielem tej rzeczy. Stan dzierżenia nie jest ani posiadaniem samoistnym, ani zależnym.

Trzeba w tym miejscu również wskazać na postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 lipca 1997 r. (sygn. akt II AKz 93/97, Wokanda 1998/6/44), w którym Sąd uznał, że posiadacz pojazdu po dowiedzeniu się, że pochodzi on z kradzieży, nie tylko traci dobrą wiarę, ale również przymiot „posiadacza”. Staje się bowiem zaledwie dzierżycielem samochodów w rozumieniu art. 338 k.c. Konsekwencją powyższego jest utrata możliwości powoływania się przez nich na przysługujące im prawo własności. Sam fakt wniesienia pozwów o ustalenie prawa własności, czy też stwierdzenie już zasiedzenia własności, w niczym nie zmienia sytuacji prawnej.

Przyjmując, że w przypadku właściciela pojazdu zatrzymanego jako dowód rzeczowy nie nastąpiła utrata posiadania, a Policja jest jedynie dzierżycielem pojazdu, czy też nawet posiadaczem zależnym, należy przyjąć, iż jako posiadacz ma on obowiązek posiadania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz zapłaty składki ubezpieczeniowej z tego tytułu.

Dopiero w razie prawomocnego rozstrzygnięcia sądu, na mocy którego pojazd zostałby przekazany, np. na rzecz Skarbu Państwa tytułem przepadku, to wówczas ten podmiot (Skarb Państwa bądź inny wskazany w wyroku) staje się nabywcą praw i obowiązków w świetle art. 31 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Samo wydanie postanowienia w przedmiocie zabezpieczenia dowodów w toku prowadzenia postępowania karnego, nie powinno jeszcze przesądzić o fakcie, czy pojazd został skradziony.

Oczywistym jest, że w razie zatrzymania pojazdu jako dowodu rzeczowego w trakcie toczącego się postępowania karnego prawdopodobieństwo wystąpienia wypadku, który mógłby uruchomić odpowiedzialność ubezpieczyciela jest znikome i wówczas wyliczanie oraz żądanie składki ubezpieczeniowej w wysokości takiej, jak przy normalnym użytkowaniu pojazdu, wydaje się nieuzasadnione.

W takiej sytuacji możliwe wydają się następujące rozwiązania. Istnieje możliwość zwrócenia się do zakładu ubezpieczeń o zwolnienie z długu w świetle art. 508 k.c. Zgodnie z treścią tej normy, zobowiązanie wygasa, gdy wierzyciel zwalnia dłużnika z długu, a dłużnik zwolnienie przyjmuje.

Można również podnieść, iż żądanie ubezpieczyciela zapłaty składki ubezpieczeniowej w zaistniałych okolicznościach faktycznych, stanowi nadużycie prawa podmiotowego w świetle art. 5 k.c., w myśl którego nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współzycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony.

Kierowanie żądania zapłaty składki ubezpieczeniowej w sytuacji, gdy ryzyko wystąpienia zdarzenia jest zminimalizowane z powodu braku eksploatacji pojazdu, może być kwalifikowane jako nadużycie uprawnienia do żądania zapłaty składki od dotychczasowego posiadacza.

Powyższy problem można byłoby rozstrzygnąć legislacyjnie, co zresztą Rzecznik Ubezpieczonych postulował w trakcie prac nad nowelizacją ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, proponując np. możliwość rozwiązania umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w przypadku wydania przez prokuratora postanowienia o zatrzymaniu dowodu. Można również zastanowić się nad analogicznymi rozwiązaniami jakie przyjęto w odniesieniu do pojazdów czasowo wycofanych z ruchu.

Konsekwencje braku przekazania ubezpieczycielowi kompletnych danych określonych w art. 32 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych

Stosownie do brzmienia art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, posiadacz pojazdu mechanicznego, który przeniósł prawo własności tego pojazdu, jest obowiązany do przekazania posiadaczowi, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu, potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz do powiadomienia na piśmie zakładu ubezpieczeń, w terminie 14 dni od dnia przeniesienia prawa własności pojazdu, o fakcie przeniesienia prawa własności tego pojazdu i o danych posiadacza, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu.

Dane posiadacza, o których mowa w ust. 1, obejmują:

- 1) imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer PESEL, o ile został nadany lub
- 2) nazwę, siedzibę i numer REGON.

W zapytaniach kierowanych w ostatnim czasie do Rzecznika Ubezpieczonych pojawiają się pytania dotyczące kwestii, jakie sankcje może ponieść były właściciel pojazdu w sytuacji, gdy nie przekaze we wskazanym w przepisie prawa terminie, wszystkich wymienionych w nim danych. Chodzi tutaj o sytuacje, w których przykładowo posiadacz pojazdu mechanicznego powiadomił zakład ubezpieczeń o fakcie przeniesienia prawa własności pojazdu i o danych posiadacza, jednak nie podał numeru PESEL.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z art. 32 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, posiadacz pojazdu mechanicznego, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu ponosi odpowiedzialność wobec zakładu ubezpieczeń za zapłatę składki należnej za okres od dnia, w którym nastąpiło przeniesienie na niego prawa własności pojazdu. Posiadacz pojazdu mechanicznego, który przeniósł prawo własności tego pojazdu, ponosi solidarną odpowiedzialność z posiadaczem pojazdu, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu, za zapłatę składki należnej zakładowi ubezpieczeń za okres od dnia przeniesienia prawa własności do dnia powiadomienia przez niego zakładu ubezpieczeń o okolicznościach, o których mowa w ust. 1.

Powstaje pytanie, czy konsekwencją za podanie ubezpieczycielowi niepełnych danych, tym bardziej, jeżeli ubezpieczyciel jest w stanie zidentyfikować oraz kontaktować się z nowym posiadaczem pojazdu i od niego uzyskać pełne dane, może być solidarna odpowiedzialność za zapłatę składki ubezpieczeniowej, o której mowa w cytowanym art. 32 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Moim zdaniem byłaby to sankcja niewspółmierna do, w gruncie rzeczy, niewielkiej wagi zaniechania posiadacza, który przeniósł prawo własności.

Wydaje się, iż w przypadku tego typu problemów należy wziąć pod uwagę cel społeczno-gospodarczy danego przepisu prawa, którym było przede wszystkim zapewnienie ubezpieczycielowi możliwości zidentyfikowania i kontaktu z nowym właścicielem.

Dopuszczalność stosowania zasady proporcji w sytuacji niedoubezpieczenia

Wstęp

Zgodnie z zasadą swobody umów, która została sformułowana w art. 353¹k.c. „*Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego*”. Jest to generalna podstawa pozwalająca formułować relacje stron umów w sposób im odpowiadający. Ograniczenie swobody kształtowania umów jest związane z wymogiem zgodności ich treści z celem, właściwością stosunku oraz zasadom współżycia społecznego.

W zasadzie obecnie nie budzi większych wątpliwości pogląd, że umowa ubezpieczenia ma charakter adhezyjny. Zatem do jej zawarcia dochodzi poprzez wolę przystąpienia ubezpieczającego do umowy, wyrażającą się akceptacją treści umowy, której treść została uprzednio zredagowana przez drugą stronę umowy – ubezpieczyciela. Stąd też sytuacja umów ubezpieczenia „szytych na miarę” występuje dość rzadko i dotyczy w większości przypadków umów ubezpieczenia zawieranych z przedsiębiorcami aniżeli z konsumentami.

W praktyce ubezpieczeniowej, zwłaszcza na tle prowadzonych sporów sądowych związanych z treścią umowy ubezpieczenia, często pada pytanie o granice, ramy swobody kształtowania treści wzorca umownego przez ubezpieczycieli. Jak daleko dopuszczalna jest zatem swoboda po stronie ubezpieczyciela w redagowaniu postanowień umownych? Czy granice te tylko określają wykształcone w długoletnim okresie historii ubezpieczeń zasady, instytucje oraz normy?

Instytucje prawa ubezpieczeniowego ukształtowały się w praktyce obrotu zanim przedmiot tych regulacji znalazł się w zainteresowaniu prawa konsumenckiego. W zasadzie ubezpieczenie stało się przedmiotem prawnych uregulowań właśnie dopiero wtedy, gdy było ono już co do swej treści ekonomicznej i formy organizacyjnej w pełni ukształtowane, zaś ustawodawca nadał tylko szatę prawną tej instytucji¹. O powyższym stanie rzeczy świadczy chociażby bogactwo przeróżnych terminów technicznych, którymi posługują się ustawodawca, praktyka i teoria ubezpieczeń. Do terminów tych zalicza się m.in. składka ubezpieczeniowa, niedoubezpieczenie czy też, będąca przedmiotem niniejszego opracowania, zasada proporcji. Terminy te będące jednocześnie instytucjami ubezpieczeniowymi z uwagi na uwarunkowanie historyczne, na stałe wpisały się w praktykę ubezpieczeniową.

Czy zatem możliwe jest, że proces historyczny uzasadniający stosowanie określonych reguł postępowania, praktyki ubezpieczeniowej, w świetle nowych regulacji prawnych, a także zasad współżycia społecznego oraz zmieniających się uwarunkowań społeczno-gospodarczych, traci na znaczeniu ustępując nowej ocenie? Jak zatem na tym tle rysuje się występująca w praktyce ubezpieczeniowej metoda proporcjonalnego obliczania odszkodowania będąca następstwem niedoubezpieczenia? Odpowiedzi na ww. pytanie postaram się udzielić w niniejszym opracowaniu.

Ramy prawne swobody kształtowania ogólnych warunków ubezpieczeń

Zasadnicze rozważania dotyczące reguły proporcji funkcjonującej w ubezpieczeniach majątkowych należy najpierw poprzedzić kilkoma uwagami natury ogólnej, związanymi z przepisami prawa normującymi zagadnienie treści umowy ubezpieczenia.

Ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.), czy też wzorce umowne stosowane przez ubezpieczycieli należą do kategorii *lex contractus*, co oznacza, iż ich moc obowiązująca wynika wyłącznie z woli stron i na tej podstawie stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia. Zgodnie z postanowieniem art. 12a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), o.w.u. określają w szczególności przedmiot i zakres ubezpieczenia, sposób zawierania umowy ubezpieczenia, zakres i czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, prawa i obowiązki stron umowy, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość, sposób indeksacji składki ubezpieczeniowej, tryb, warunki oraz sposób dokonywania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony, sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, sumę ubezpieczenia i warunki jej zmiany.

Jak wynika z powyższego, o.w.u. stanowią więc uszczegółowienie czy też uzupełnienie norm prawnych dotyczących umowy ubezpieczenia zawartych w art. 805 – 834 k.c. Co jest dodatkowo istotne, sama ich treść nie może być sprzeczna z ww. normami – art. 807 § 1 k.c.



Cezary Orłowski
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ W. Warkatko, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1968, s. 23.

Tym samym zakres swobody kształtowania warunków umowy przez ubezpieczycieli jest więc ograniczony. Przede wszystkim treść o.w.u. nie może być sprzeczna z obowiązującym prawem, które określa ogólne kryteria – ramy, w obszarze których ubezpieczyciel może kształtować treść umowy ubezpieczenia. Jednym z głównych wymogów stawianych ubezpieczycielom, mających na celu ochronę konsumentów usług ubezpieczeniowych, jest wynikający z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) obowiązek formułowania o.w.u. w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Konsekwencją naruszenia przez ubezpieczycieli ww. normy jest obowiązek interpretacji spornego zapisu umowy na korzyść ubezpieczających. Z drugiej jednak strony nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie trudnych sformułowań związanych z językiem ubezpieczeniowym, gdyż regulację umowy ubezpieczenia zazwyczaj charakteryzuje określony stopień złożoności i skomplikowania. Zatem nie jest możliwe całkowite uniknięcie występowania terminów charakterystycznych tylko dla umowy ubezpieczenia, stąd też potrzeba ich pogodzenia z dyrektywą redagowania postanowień o.w.u. w sposób przejrzysty i zrozumiały.

Odszkodowanie z umowy ubezpieczenia i zasada proporcji

Zgodnie z treścią art. 12a pkt 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, odszkodowanie ubezpieczeniowe uzyskane z ubezpieczenia dobrowolnego może być mniej korzystne, gdyż o.w.u. na ogół przewidują odstępstwa od zasad ogólnych rządzących prawem odszkodowań. Regułę tę potwierdza art. 805 § 2 pkt 1 k.c. nakładający na ubezpieczyciela obowiązek zapłaty „określonego odszkodowania”, nie zaś pełnego.

Oznacza to, że dopuszczalne jest uregulowanie sposobu ustalenia odszkodowania, którego wysokość będzie mniejsza od odszkodowania przyznanego na zasadach ogólnych z tytułu odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody. Zatem zasada pełnego odszkodowania znajdzie zastosowanie jedynie do odszkodowania z ubezpieczenia OC.

Stąd też stwierdzić należy, że o zakresie obowiązku odszkodowawczego, w tym także o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania, jego wysokości, decydować będą stosowne zapisy umowy ubezpieczenia mienia, której integralną częścią są ogólne warunki ubezpieczenia. W takim też świetle wydaje się, że możliwość przerzucenia skutków niedoubezpieczenia na sposób ustalania oraz wysokość odszkodowania jest dopuszczalna.

Za dopuszczalnością stosowania „reguły proporcji” usankcjonowaną treścią umowy opowiada się także część przedstawicieli doktryny².

Najczęściej powtarzane argumenty za stosowaniem metody proporcjonalnego ustalania odszkodowania jako skutku niedoubezpieczenia, na które również powołują się ubezpieczyciele to:

- uregulowanie niedoubezpieczenia w kodeksie morskim art. 302 § 4, zgodnie z którym w przypadku, gdy suma ubezpieczenia określona w umowie jest niższa od wartości ubezpieczenia, ubezpieczyciel odpowiada za szkody w stosunku, w jakim pozostaje suma do wartości ubezpieczenia, i na tej podstawie twierdzenie o dopuszczalności stosowania reguły proporcji w szerszym wymiarze nie tylko na gruncie ubezpieczeń morskich. Natomiast przemilczenie niedoubezpieczenia i zasady proporcji na gruncie kodeksu cywilnego tłumaczone jest jako pozostawienie przez ustawodawcę tego aspektu do uregulowania stronom umowy w ramach przyznanej im swobody kontraktowej³;
- odejście od zasady proporcji oznaczałoby kres ubezpieczenia na sumy stałe na rzecz ubezpieczenia na pierwsze ryzyko⁴, co dodatkowo wiązałoby się ze wzrostem składki ubezpieczeniowej;
- zasada proporcji uzasadniana jest tzw. teorią intensywności ryzyka, wedle której w przypadku szkody częściowej odszkodowanie ubezpieczeniowe powinno być wyliczane w takiej relacji do poniesionej szkody, w jakiej pozostaje suma ubezpieczenia do wartości ubezpieczeniowej⁵.

Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych

Z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych ocena dopuszczalności stosowania zasady proporcji została wypracowana na podstawie doświadczeń wynikających z postępowań skargowych. W szczególności istotne dla wyników tej analizy są praktyczne aspekty związane z wyceną wartości mienia, tj. kwestia wiedzy dotyczącej zasad wyceny, narzędzi temu służących.

Zgodnie z art. 811 k.c. do zawarcia umowy ubezpieczenia dochodzi „w odpowiedzi na złożoną ofertę”. W żargonie ubezpieczeniowym „ofertę” określa się często mianem wniosku ubezpieczeniowego. Oferentem w tym przypadku nie jest ubezpieczyciel, lecz sam ubezpieczający. Wniosek ten, co do zasady, przyjmuje formę pisemną i jako odpowiadający woli zawarcia umowy ubezpieczenia powinien być sporządzony i podpisany przez ubezpieczającego. W praktyce obrotu, we wniosku ubezpieczeniowym ubezpieczający określa wartość mienia, która co do zasady przyjmowana jest jako suma ubezpieczenia.

² J. Nawracała, *Komentarz do: Zakazane proporcje*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z 30 grudnia 2010; J. Nawracała, *Jeszcze raz „dozwolone proporcje”*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z 13 stycznia 2011; M. Orlicki, *O możliwości stosowania reguły proporcji przy niedoubezpieczeniu*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 2, s. 69.

³ M. Orlicki, *op. cit.*, s. 66.

⁴ J. Nawracała, *Komentarz do: Zakazane...*

⁵ M. Orlicki, *op. cit.*, s. 64.

Z uwagi na złożoność, specyfikę poszczególnych składników mienia, oczywistym jest częsty brak możliwości precyzyjnego określenia wartości mienia, bez wsparcia odpowiednią wiedzą oraz narzędziami potrzebnymi do jej ustalania. Z reguły ubezpieczający – konsument⁶ nie jest wyposażony w ww. atrybuty, stąd też stroną umowy, która potrafi na etapie zawarcia umowy precyzyjnie określić wartość przedmiotu ubezpieczenia, gdyż dysponuje ku temu odpowiednimi narzędziami, jest tylko ubezpieczyciel. Przyjmowanie wartości ubezpieczonego mienia do sumy ubezpieczenia powinno więc być poprzedzone procedurą weryfikacyjną, która pozwoliłaby uniknąć na etapie zawierania umowy sytuacji związanej z niedoubezpieczeniem bądź nadoubezpieczeniem.

Zasadą jest, że ustalenie w umowie sumy ubezpieczenia wyższej niż wartość ubezpieczeniowa przedmiotu nie uprawnia ubezpieczającego do żądania odszkodowania wyższego niż wielkość szkody, a tym bardziej, proporcjonalnie większego w zestawieniu z rzeczywistą wartością mienia. Górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela stanowi tu wartość ubezpieczeniowa. Jak słusznie zauważają wybitni przedstawiciele nauki prawa ubezpieczeniowego: Z.K. Nowakowski, A. Wąsiewicz: nadoubezpieczenie, „*mimo że połączone z opłacaniem wyższej składki ubezpieczeniowej, nie przynosi ubezpieczającemu żadnych korzyści*”⁷.

Natomiast w razie niedoubezpieczenia w sytuacji, gdy deklarowana przez ubezpieczającego wartość ubezpieczeniowa jest niższa od rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia, który w następstwie szkody uległ zniszczeniu, wówczas odszkodowanie będzie niższe od szkody. W takim przypadku sens niedoubezpieczenia wyraża się w spowodowaniu po stronie ubezpieczonego przeświadczenia, że w razie szkody, nie osiągnie on pełnego pokrycia strat, a przez to, co jest najistotniejsze, uzyskuje się wzmożoną ostrożność ubezpieczonego, zwiększenie jego zainteresowania przedmiotem ubezpieczenia, mającego na celu dbałość o zachowanie ubezpieczonego mienia. Zatem celem tego rozwiązania nie powinno być dodatkowe karanie ubezpieczonego pomniejszeniem świadczenia odszkodowawczego wyliczonego na zasadzie proporcji.

W konkluzji stwierdzić należy, że w sytuacji niedoubezpieczenia, wartość szkody w części przewyższającej określoną w umowie sumę ubezpieczenia, stanowi pewien rodzaj tzw. udziału własnego ubezpieczonego w szkodzie. Bowiem zgodnie z art. 824 § 1 k.c. szkoda w tej części nie będzie pokryta odszkodowaniem ubezpieczeniowym.

W umownych ubezpieczeniach majątkowych obowiązuje zasada odszkodowania, która została sformułowana przez ustawodawcę w przepisie art. 824¹ k.c. „*O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody*”. W rzeczywistości, mimo tak wąskiego ujęcia ustawowego, zasada odszkodowania dotyczy nie wyłącznie jednej, lecz obu stron stosunku ubezpieczenia. Wynika z niej bowiem wprost, że ani ubezpieczający (ubezpieczony) nie może otrzymać od ubezpieczyciela więcej, niż wynosi szkoda objęta ubezpieczeniem, ani ubezpieczyciel nie powinien świadczyć niższego odszkodowania ani żądać wyższych składek niż przewidziane i uzasadnione treścią stosunku ubezpieczenia, jednakże z tym zastrzeżeniem, że strony umowy nie uregulowały tej kwestii w sposób odmienny.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych, jak wspomniano wyżej, zasadą jest, że suma ubezpieczenia, jeśli nie umówiono się inaczej, powinna odpowiadać wartości ubezpieczonego mienia. Na etapie zawarcia umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia stanowi podstawę do wyliczenia składki ubezpieczeniowej, w zamian za którą ubezpieczyciel udziela ubezpieczającemu ochrony. Składka ubezpieczeniowa ustalana w oparciu o sumę ubezpieczenia jest więc ekwiwalentem świadczenia ubezpieczyciela. Z kolei na etapie likwidacji szkody suma ubezpieczenia wyznacza górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę – art. 824 k.c. Powyższe zagadnienia, tj. znaczenie sumy ubezpieczenia na tych dwóch etapach, tj. zawierania umowy i jej wykonania należy traktować oddzielnie. Tymczasem znaczna część ubezpieczycieli w o.w.u. wprowadza swoisty łącznik – zależność – rodzącą daleko idące konsekwencje pomiędzy ww. etapami, uzależniając wypłatę pełnej kwoty odszkodowania od okoliczności związanych z zawieraniem umowy ubezpieczenia, tj. prawidłowości deklarowanej przez ubezpieczającego wartości przedmiotu ubezpieczenia przyjętej do umowy jako suma ubezpieczenia.

W praktyce, często takie postanowienie umowne prowadzi do pomniejszenia świadczenia ze strony ubezpieczyciela, przy niezmienionej wysokości ekwiwalentu świadczonego przez ubezpieczającego – składki ubezpieczeniowej. Taki sposób postępowania w sposób oczywisty narusza zasadę ekwiwalentności świadczeń wynikającą z art. 805 k.c. Skoro bowiem za odpowiednio naliczoną składkę ubezpieczyciel zobowiązał się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej do wysokości kwoty określonej jako suma ubezpieczenia, to nieuzasadnione jest po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego następcze zmniejszanie wysokości swojego świadczenia poprzez proporcjonalne obniżenie jego wysokości, tylko z tej racji, iż suma ubezpieczenia nie odpowiada deklarowanej wartości przedmiotu ubezpieczenia.

Dodać również należy, iż wymaganie od ubezpieczającego będącego konsumentem, precyzyjnego określenia na potrzeby ustalenia sumy ubezpieczeniowej wartości rynkowej mienia ustanawia po jego stronie wymóg specjalizacji w zakresie umiejętności szacowania tej wartości. Tylko bowiem w takich warunkach istnieje możliwość ubezpieczenia mienia w wartości odpowiadającej tej rynkowej. W praktyce jednak konsumenci, nie dysponując odpowiednią wiedzą

⁶ Stosownie do treści art. 805 § 4 k.c. ochronę prawną wynikającą z przepisów art. 385¹–385³ k.c. rozszerzono na osoby fizyczne prowadzące samodzielną działalność gospodarczą, jeśli zawarta umowa związana jest z tą działalnością.

⁷ Z.K. Nowakowski, A. Wąsiewicz, *Prawo ubezpieczeń majątkowych i osobowych*, Warszawa–Poznań 1973, s. 45.

oraz narzędziami do wyceny wartości, określają je metodą subiektywną (szacunkową), która nie zawsze odpowiada wartości rzeczywistej albo odtworzeniowej (obiektywnej). W rezultacie, w przeświadczeniu konsumenta, ubezpieczają on przedmiot ubezpieczenia na konkretną wartość, która w jego mniemaniu odpowiada wartości rzeczywistej bądź odtworzeniowej. Natomiast ubezpieczyciel zaopatrzony w narzędzia ku temu służące oraz wiedzę specjalistyczną ma sposobność, zarówno na etapie zawierania ubezpieczenia jak i likwidacji szkody (wykonania umowy), sporządzenia wyceny przedmiotu ubezpieczenia pozwalającą mu na ustalenie faktycznej wartości ubezpieczonego mienia.

W takiej sytuacji uwidacznia się zdecydowanie silniejsza pozycja ubezpieczyciela, który w praktyce, w obrocie konsumenckim ma narzędzia służące do prawidłowej wyceny ubezpieczonego mienia.

Z doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych na tym polu wynika, że w wielu przypadkach ma miejsce sytuacja, w której ubezpieczyciel zawierając umowę ubezpieczenia z konsumentem nie dokonuje weryfikacji prawidłowości deklarowanych przez ubezpieczającego wartości mienia, a dopiero na etapie po zgłoszeniu szkody, przeprowadza następczą weryfikację warunków, na jakich zawarta była umowa ubezpieczenia, co często prowadzi do wykrycia niedoszacowania sumy ubezpieczenia. Dokonując tych działań na etapie likwidacji szkody, w przypadku stwierdzenia niedoubezpieczenia, ubezpieczyciel redukuje odszkodowanie metodą proporcji.

Warto też zwrócić uwagę, że pośrednicy ubezpieczeniowi nie zawsze są wyposażeni przez ubezpieczycieli w odpowiednie narzędzia do precyzyjnego ustalania wartości ubezpieczonego mienia. Z reguły agent ubezpieczeniowy ma jednak możliwość modyfikacji deklarowanej przez ubezpieczającego wartości, kierując się wytycznymi ubezpieczyciela oraz posiłkując się wartościami wynikającymi z funkcjonujących w obrocie katalogów, cenników wartości nieruchomości, ruchomości, itp. Należy jednak mieć na uwadze, że wartości przyjmowane z ww. katalogów są zazwyczaj wartościami uśrednionymi – bazowymi, natomiast te brane pod uwagę przy wyliczeniu odszkodowania przez ubezpieczyciela odpowiadają wartości konkretnego przedmiotu ubezpieczenia, która nie jest już wartością uśrednioną. Tym samym ryzyko popełnienia błędu przy wycenie wartości mienia dokonywanego na etapie zawierania umowy jest więc olbrzymie, gdyż w zasadzie to jedynie ubezpieczyciel ma możliwości techniczne prawidłowego ustalenia wartości przedmiotu ubezpieczenia przyjmowanej następnie jako suma ubezpieczenia.

Praktyka orzecznicza

Niestety, w tym miejscu trzeba przyznać, że w zakresie wyroków sądowych trudno jest jednoznacznie określić przeważający pogląd dotyczący omawianego zagadnienia. Przede wszystkim, jak wynika z odpowiedzi sądów powszechnych na zapytanie Rzecznika dotyczące wyroków związanych z niedoubezpieczeniem liczba sporów na tym tle jest niewielka. Wszystkie orzeczenia, którymi dysponuje Rzecznik Ubezpieczonych dotyczące tej problematyki zostały zamieszczone na stronie internetowej www.rzu.gov.pl.

Najczęściej powoływanym przez ubezpieczycieli, jak również niektórych przedstawicieli doktryny opowiadających się za stosowaniem metody proporcji⁸, jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2002 r. (sygn. akt I CKN 70/00, LEX nr 74466), w którym Sąd dopuścił możliwość stosowania zastrzeżenia umownego uprawniającego ubezpieczyciela do zmniejszenia odszkodowania – stosownie do wysokości zapłaconej składki w przypadku, gdy ubezpieczający podał nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki.

Z powyższym wywodem nie można się zgodzić, gdyż po pierwsze, wyrok ten nie dotyczy sytuacji niedoubezpieczenia lecz niedoszacowania składki ubezpieczeniowej na skutek nieprawidłowych informacji podanych przez ubezpieczającego co do przebiegu ubezpieczenia (szkodowości), zaś po drugie, powołany w treści wyroku art. 815 § 3 k.c. w brzmieniu obowiązującym od 10 sierpnia 2007 r., w inny sposób ujmował (niż obecnie) wymagany związek przyczynowy pomiędzy określoną okolicznością niepodaną ubezpieczycielowi a zajściem wypadku lub jego następstwami. Przepis art. 815 § 3 k.c. sprzed nowelizacji wskazywał na związek przyczynowy pomiędzy nieprawdziwymi okolicznościami a „prawdopodobieństwem wypadku”. Obecnie ustawodawca wyraźnie wskazuje, że jedynie bezpośredni związek zdarzenia ubezpieczeniowego z okolicznościami zatajonymi przez ubezpieczającego upoważnia ubezpieczyciela do zwolnienia się z odpowiedzialności.

W rezultacie, w obowiązującym stanie prawnym, zatajenie danych dotyczących uszkodowości – jako okoliczność niemająca związku z faktem powstania szkody, nie stanowi podstawy uzasadniającej stosowanie „zasady proporcji” przy wyliczeniu odszkodowania.

W tym miejscu należy również zwrócić uwagę, że po nowelizacji kodeksu cywilnego, która weszła w życie 10 sierpnia 2007 r. odpadła również inna, poza zasadą swobody umów (która to swoboda również nie jest niczym nieograniczona – zgodnie bowiem z art. 353¹ k.c. strony mogą ułożyć łączący je stosunek prawny według swojego uznania, jednakże o ile jego treść lub cel nie sprzeciwia się właściwości (naturze) stosunku, ustawie, a także zasadom współżycia społecznego) podstawa prawna mogąca uzasadniać stosowanie zasady proporcji. O ile bowiem dla poparcia stosowania zasady proporcji można było powoływać przepis dawnego (sprzed nowelizacji 10 sierpnia 2007 r.) art. 816 § 1 zd. 3 k.c., to w obecnie obowiązujących regulacjach umowy ubezpieczenia brak jest podobnego w treści zapisu, co tym bardziej

⁸ J. Nawracała, *Komentarz do: Zakazane...*

uzasadnia twierdzenie, że intencją ustawodawcy było odejście od stosowania tego typu rozwiązań w sytuacji zwiększenia się ryzyka ubezpieczeniowego, a jedynym narzędziem w jakie wyposażył ubezpieczyciela jest prawo żądania zmiany wysokości składki.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 2 października 2008 r. (sygn. akt VI A Ca 140/08, niepubl.) zakwestionował stosowanie zasady proporcji przy wyliczeniu szkody całkowitej. W szczególności bardzo ciekawy jest wywód Sądu dotyczący ekwiwalentności świadczeń. W ocenie Sądu Apelacyjnego bowiem przyjęcie, że „*W przypadku całkowitego zniszczenia mienia miałyby zastosowanie zasada proporcji, nigdy nie zostałaby zrealizowany przez ubezpieczyciela paragraf 11 ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiący że ubezpieczyciel z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaca odszkodowanie w kwocie nie większej niż określona suma ubezpieczenia stanowiąca górną granicę odpowiedzialności. Nie jest jednak celem umowy ubezpieczeniowej pozbawienie ubezpieczonego należytej mu ochrony*”. Innymi słowy, przyjęcie zasady proporcji za zasadną oznaczałoby, że ubezpieczyciel w skalkulowanej przez siebie składce nie przyjmuje za górną granicę odpowiedzialności wartości sumy ubezpieczenia, czyli możliwości najwyższej wypłaty w wysokości sumy ubezpieczenia, lecz z góry zakłada, iż odszkodowanie ubezpieczeniowe „nie sięgnie” tej wartości, gdyż stosując zasadę proporcji niweczy możliwość wypłaty odszkodowania równej sumie ubezpieczenia. Na marginesie powyższa sytuacja rodzi pytanie o prawidłowość w skalkulowaniu ryzyka i składki jemu odpowiadającej, skoro ubezpieczyciel z góry przekreśla sposobność wypłaty pełnej kwoty odszkodowania odpowiadającej wartości sumy ubezpieczenia.

O wiele bardziej istotny dla niniejszych rozważań jest jednak wyrok Sądu Okręgowego w Katowicach z dnia 2 grudnia 2011 r. (sygn. akt IV Ca 552/11), któremu chciałbym w tym miejscu poświęcić większą uwagę, albowiem Sąd Okręgowy zakwestionował dopuszczalność stosowania metody proporcji przy spełnieniu świadczenia ubezpieczyciela, zaś postanowienie umowne ją wprowadzające uznał za niewiążące konsumenta. Sąd przede wszystkim przyjął, że postanowienie umowne zawierające regułę proporcji nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem, a przez co zastosowanie ma art. 385¹ § 1 k.c., stanowiący, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, które nie zostały uzgodnione indywidualnie, nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Sąd Okręgowy dokonał więc oceny treści kwestionowanego przez powodów postanowienia umownego związanego z metodą proporcji w oparciu o przesłanki zawarcia w o.w.u. niedozwolonych postanowień. Na tej podstawie Sąd doszedł do wniosku, że postanowienia pozwalające na obniżenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego przy niezmięnionej wysokości ekwiwalentu świadczonego przez ubezpieczającego – składki ubezpieczeniowej, są sprzeczne z istotą umowy, naruszają interesy konsumenta oraz dobre obyczaje.

„Ocena postanowień umownych z dobrymi obyczajami wiąże się z odwołaniem do norm pozaprawnych, którymi są: normy moralne, obyczajowe powszechnie akceptowane, znajdujące uznanie w określonej sferze działań. W tym wypadku będą to powszechnie uznane normy postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego prowadzenia działalności w zakresie zawierania umów ubezpieczenia. Jednocześnie nie chodzi w tym wypadku o podanie konkretnych norm, z którymi miałyby pozostawać w sprzeczności postanowienia umowy, ale o odwołanie się do reguł etycznych, uczciwego i lojalnego postępowania w obrocie (tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05, Wokanda 2006, nr 7–8, s. 18). W przypadku zawierania umowy z konsumentem powinna to być ocena odnosząca się do takich wartości jak chociażby szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerłość, lojalność, rzetelność, fachowość, zaufanie. Przede wszystkim zaś sprzeciwia się dobrym obyczajom naruszenie zasady równowagi praw i obowiązków, prowadząc do dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy na rzecz przedsiębiorcy kosztem konsumenta”⁹.

Na tej podstawie Sąd Okręgowy uznał, że w sprzeczności z dobrymi obyczajami pozostaje uzależnienie zmiany wysokości odszkodowania tylko od oznaczonej przez stronę sumy ubezpieczenia. W analizowanych przez Sąd o.w.u. nie zawarto bowiem żadnych uregulowań pozwalających ubezpieczającemu na ustalenie tej wartości w sposób prawidłowy, oparty na dostępnych powszechnie materiałach, a jednocześnie akceptowalny przez zakład ubezpieczeń. Nie wprowadzono również żadnych obowiązków zakładu ubezpieczeń w przedmiocie weryfikacji podanej przez ubezpieczającego wartości przedmiotu ubezpieczenia. Weryfikacja ta, w praktyce ubezpieczeniowej, następuje dopiero w związku ze zgłoszoną szkodą, w toku ustalenia wysokości kwoty odszkodowania, co pozostaje w oczywistej sprzeczności z dobrymi obyczajami, jak choćby co do zaufania, rzetelności oraz fachowości w zakresie zawierania umów ubezpieczeniowych.

Nie znalazły się w o.w.u. także jakiegokolwiek postanowienia odnośnie pomocy dla ubezpieczającego co do oznaczenia przez niego sumy ubezpieczenia, co byłoby tym bardziej możliwe, gdy umowa jest zawierana za pośrednictwem pośrednika ubezpieczeniowego. Ponadto, na co należy zwrócić uwagę, wartość przedmiotu ubezpieczenia była dopiero oceniana na etapie likwidacji szkody, tj. na chwilę powstania szkody, mimo iż umowę ubezpieczenia zawierała strona wcześniej, a co z tym związane, od chwili zawarcia umowy, wartość ta mogła ulec zmianie, ale nie miało to już znaczenia dla ustalenia przez ubezpieczyciela prawidłowości określenia sumy ubezpieczenia przez konsumenta.

⁹ A. Olejniczak, (w:) A. Kidyba (red.), *Kodeks Cywilny Komentarz*, t. 3, *Zobowiązania Część ogólna*, Warszawa 2010, s. 222.

Zakończenie

Z powyższej analizy wyjawia się obraz metody proporcji jako instytucji ubezpieczeniowej sprzecznej z istotą umowy ubezpieczenia, godzącej w dobre obyczaje, prowadzącej do dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia na rzecz silniejszej strony stosunku prawnego – ubezpieczyciela.

Reguła proporcji narusza więc zasadę ekwiwalentności świadczeń, albowiem ubezpieczający za określoną wysokość składki ma prawo oczekiwać świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającego wysokości poniesionej szkody, lecz nie przekraczającego sumy ubezpieczenia. Natomiast ubezpieczyciel za tę składkę zobowiązuje się spełnić świadczenie najdalej do wysokości sumy ubezpieczenia. Stosowanie zasady proporcji oznacza w praktyce, że ubezpieczyciel nie bierze pod uwagę sytuacji wypłaty całej sumy ubezpieczenia, a wobec tego ryzyko to nie jest przez niego skalkulowane.

Zaś za szczególnie krzywdzące uznać należy stosowanie zasady proporcji w obrocie konsumenckim, gdyż prawidłowa wycena poszczególnych składników majątku, np. dom, samochód itd. często wymaga specjalistycznej wiedzy z dziedziny rzeczoznawstwa majątkowego, co siłą rzeczy prowadzi do niedoubezpieczenia, zaś konsekwencją tego najczęściej jest niepełne odszkodowanie wyliczone metodą proporcji.

Nawiązując do postawionych we wstępie pytań stwierdzić należy, że samo uwarunkowanie historyczne zasady proporcji, w świetle nowych regulacji prawnych dotyczących prawa konsumenckiego, nie jest wystarczającym uzasadnieniem dopuszczalności stosowania tej metody. Przyznać również należy, że praktyka sądów powszechnych zmierza w kierunku rozwiązań inaczej pojmujących zasadę ekwiwalentności świadczeń niż tej wynikającej z teorii intensywności ryzyka. A zatem być może obecne rozumowanie umowy ubezpieczenia wymagać będzie od przedstawicieli strony podażowej nowego spojrzenia na istotę umowy ubezpieczenia wyrażającej się bardziej zrozumiałym dla szeroko rozumianego klienta usług ubezpieczeniowych podejściem. Umowa ubezpieczenia jako kontrakt najwyższego zaufania powinna bowiem być wolna od wszelkich „pułapek”, do których można również zaliczyć wykształconą w praktyce ubezpieczeniowej metodę proporcji.

Jedną z takich właściwości opisujących naturę i cel umowy ubezpieczenia jest sformułowana przez W. Warkałę, uznawanego przez doktrynę za ojca powojennego prawa ubezpieczeniowego, zasada realności ochrony ubezpieczeniowej¹⁰, wedle której ubezpieczyciel przy konstruowaniu wzorca umownego powinien dążyć do eliminowania z warunków ubezpieczenia postanowień przewidujących utratę prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, nawet w przypadku drobnych naruszeń warunków ubezpieczenia przez ubezpieczającego, nie mających wpływu na wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego. Wzmocnieniem realności ochrony ubezpieczeniowej sprzyja zlikwidowanie sprzeczności interesów pomiędzy ubezpieczającymi i ubezpieczycielem, który powinien nie tylko kierować się w swej działalności dążeniem do osiągnięcia maksymalnego zysku, lecz również wykazywać się maksymalną użytecznością społeczną.

¹⁰ W. Warkała, *op.cit.*, s. 16.

Uгода jako jedna z podstaw wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

Uwagi wstępne

Podstawowym celem umowy ubezpieczenia jest zapewnienie ubezpieczającemu (ubezpieczonemu) ochrony ubezpieczeniowej, której realizacja polega na spełnieniu przez ubezpieczyciela określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. W ubezpieczeniach majątkowych świadczenie to przybiera postać odszkodowania na pokrycie szkody w ubezpieczonym mieniu albo odszkodowania lub zadośćuczynienia za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, natomiast w ubezpieczeniach osobowych – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego jeszcze świadczenia należnego w razie śmierci ubezpieczonego, dożycia przez niego określonego wieku bądź uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Obowiązujące obecnie regulacje z zakresu prawa ubezpieczeniowego określają w sposób enumeratywny katalog podstaw wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń, będący w danym stosunku zobowiązaniowym ubezpieczycielem. Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.) zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa w art. 16 (a więc w tzw. postępowaniu likwidacyjnym), zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. Są to więc trzy odrębne podstawy spełnienia świadczenia na rzecz podmiotu uprawnionego, każda o innym charakterze. Uznanie jest jednostronnym aktem ubezpieczyciela¹, które – stosownie do art. 3 ust. 3 pkt 2 wskazanej ustawy – należy traktować jako oświadczenie woli². Ubezpieczyciel, nawet w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, uznaje swój własny dług, nie zaś dług ubezpieczonego. Na skutek uznania zakład ubezpieczeń traci możliwość podnoszenia tych zarzutów, które znał w chwili dokonywania tej czynności³. Uгода z kolei, której został poświęcony niniejszy artykuł, to dwustronne oświadczenie woli, umowa nazwana uregulowana w kodeksie cywilnym. Pozwala ona na kompromisowe zakończenie sporu, co prowadzi do zmniejszenia kosztów i skrócenia okresu niepewności w odniesieniu do stosunku istniejącego między skonfliktowanymi stronami. Trzecia z podstaw obejmuje natomiast orzeczenie sądu, a więc decyzję organu sprawującego wymiar sprawiedliwości, prawomocnie rozstrzygającą spór pomiędzy uprawnionym z umowy ubezpieczenia a ubezpieczycielem.

Nieco odmienne są natomiast podstawy wypłaty odszkodowania w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych. Przepis art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) w swoim aktualnym brzmieniu przewiduje, iż zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody, prawomocnego orzeczenia sądu lub w sposób określony w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.). Ostatnia ze wskazanych podstaw dotyczy więc wyłącznie wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia z obowiązkowej dla podmiotu leczniczego prowadzącego szpital umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. W takim zaś przypadku wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, która po przeprowadzeniu postępowania wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku⁴.

Podkreślenia wymaga fakt, iż nie tylko uznanie, ale również uгода i orzeczenie sądu są co do zasady poprzedzone postępowaniem likwidacyjnym, bowiem zakład ubezpieczeń jest zobowiązany przeprowadzić takowe każdorazowo po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową⁵.



Tomasz Młynarski
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych,
aplikant radcowski

¹ Uznanie roszczenia SN zdefiniował w wyroku z dnia 7 marca 2003 r. (sygn. akt I CKN 11/01, LEX nr 83834), jako każdy przypadek wyraźnego oświadczenia woli lub też innego jednoznacznego zachowania się dłużnika wobec wierzyciela, z którego wynika, że dłużnik uważa roszczenie za istniejące.

² Sama zresztą zapłata świadczenia pieniężnego stanowi – w świetle dominującej linii orzeczniczej Sądu Najwyższego – czynność prawną. Zob. uchwałę z dnia 3 kwietnia 1992 r. (sygn. akt I PZP 19/92, OSNC 1992, nr 9, poz. 166) oraz wyroki z dnia 22 czerwca 2006 r. (sygn. akt V CSK 76/06, Biul. SN 2006, nr 10, poz. 13) i dnia 6 listopada 2009 r. (sygn. akt I CSK 154/09, Biul. SN 2010, nr 2, poz. 11).

³ Szerzej zob. M. Pyziak-Szafnicka, *Uznanie długu*, Warszawa 1996, s. 138 i nast.

⁴ Szerzej zob. M. P. Ziemiak, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybrane aspekty*, (w:) E. Kowalewski, *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 165–216.

⁵ Por. K. Malinowska, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Kraków 2005, s. 63.

Charakter prawny ugody

Ugoda jest umową cywilnoprawną zdefiniowaną w art. 917 k.c., zgodnie z którym „Przez ugode strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać”. Tym samym ugoda może zostać zawarta tylko wtedy, gdy między stronami istnieje już stosunek prawny. Jej celem jest uchylenie niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku, zapewnienie ich wykonania albo uchylenie obejmującego stosunek prawny sporu, który już zaistniał lub może powstać w przyszłości. Kolejnym, nieodzownym elementem konstrukcyjnym ugody jest realizacja przez strony jej celu poprzez wzajemne ustępstwa⁶. Z tych względów ugoda jest zaliczana, obok uznania właściwego, do umów ustalających, a więc mających na celu nadanie stosunkowi prawnemu cech pewności i bezsporności⁷. Ugoda znajduje przy tym zastosowanie do kształtowania stosunków prawnych niezależnie od ich źródła, może więc dotyczyć stosunków wynikających z umów, ale także np. z czynów niedozwolonych.

Do ugody mają zastosowanie przepisy ogólne dotyczące czynności prawnych. Stąd wywołuje ona nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów (art. 56 k.c.). Ugoda sprzeczna z ustawą lub zasadami współżycia społecznego albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna (art. 58 § 1 i 2 k.c.). Należy ją zaś tłumaczyć tak, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których została zawarta, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, przy czym należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i jej cel, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu (art. 65 § 1 i 2 k.c.). Uregulowanie kodeksowe dotyczące ugody nie zawiera żadnych szczególnych wymagań co do jej formy, stąd jest ona z mocy art. 60 k.c. – co do zasady – dowolna. Ugoda może zostać zawarta również przez pełnomocnika. Jeżeli skutki ugody mieszczą się w granicach zwykłego zarządu, wystarczające jest pełnomocnictwo ogólne. W przeciwnym wypadku niezbędne jest pełnomocnictwo rodzajowe lub szczególne, przy czym pełnomocnictwo rodzajowe winno określać rodzaj czynności prawnych, do dokonania których pełnomocnik jest upoważniony, nie wystarcza bowiem podanie jedynie przedmiotu objętego umocowaniem⁸. Ugoda może ponadto zostać zawarta pod warunkiem, zarówno zawieszającym, jak i rozwiązującym, a także z zastrzeżeniem terminu. Problematyka uchylenia się od skutków prawnych ugody z powodu jej wad zostanie omówiona w dalszej części artykułu.

Wzajemne ustępstwa stron należą do *essentialia negotii* ugody. Ustępstwa te powinny dotyczyć tego stosunku prawnego łączącego strony, który został przez nie uczyniony przedmiotem ugody. Mogą one wyrażać się np. w ograniczeniu roszczenia głównego, ograniczeniu lub zrzeczeniu się roszczeń ubocznych (takich jak odsetki), rozłożeniu świadczenia na raty, odroczeniu terminu spełnienia świadczenia, zrzeczeniu się określonych uprawnień procesowych. Tak czynienie ustępstw, jak i cel ugody należy oceniać w kategoriach subiektywnych, a nie obiektywnych⁹. Jak trafnie podkreślił Sąd Najwyższy, o kwalifikacji czynności prawnej jako ugody „nie decydują ustępstwa, jakie strony czynią sobie wzajemnie w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego, odniesione do rzeczywistej, obiektywnie ustalonej treści tego stosunku, lecz ustępstwa jakie strony czynią sobie wzajemnie w porównaniu do rozumienia przez każdą z nich treści stosunku prawnego i przekonania o rodzaju oraz wielkości roszczeń z niego wynikających”¹⁰. Jeżeli ustępstwa poczyniła tylko jedna strona umowy, wówczas można mówić nie o ugodzie, lecz o tzw. uznaniu właściwym¹¹. Jeśli natomiast zawarta umowa nie realizuje celu, jaki jest właściwy dla ugody, mamy do czynienia albo z porozumieniem zmieniającym zawartą dotychczas umowę albo z odnowieniem, czyli tzw. nowacją (art. 506 k.c.). Do takich zaś czynności prawnych przepisy art. 917 i 918 k.c. nie mają zastosowania¹².

Ocena ważności ugody zawartej poza sądem powinna zostać dokonana na podstawie przesłanek wynikających z art. 917 k.c., ale też w oparciu o art. 58 k.c. Za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego może zostać uznana np. taka ugoda, w której wysokość ustalonego odszkodowania budzi zasadnicze zastrzeżenia w świetle zasad doświadczenia życiowego¹³. Nie jest też wyłączona możliwość unieważnienia ugody ze względu na wyzysk (art. 388 k.c.)¹⁴. W przypadku

⁶ Por. M. Pyziak–Szafnicka, *Ugoda*, (w:) J. Panowicz–Lipska (red.), *Prawo zobowiązań – część szczegółowa, System Prawa Prywatnego*, t. 8, Warszawa 2004, s. 854–855.

⁷ Tak m.in. A. Szpunar, *Z problematyki ugody w prawie cywilnym*, „Nowe Prawo” 1995, nr 9, s. 4.

⁸ Wyrok SA w Katowicach z dnia 29 listopada 2000 r. (sygn. akt I ACa 828/00, OSA 2001, nr 5, poz. 29).

⁹ L. Stecki, (w:) J. Winiarz (red.), *Kodeks cywilny z komentarzem*, t. II, wyd. 2, Warszawa 1989, s. 825.

¹⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2006 r. (sygn. akt IV CK 393/05, LEX nr 180811).

¹¹ W wyroku z dnia 23 marca 2004 r. (sygn. akt V CK 346/03, LEX nr 183783) Sąd Najwyższy odróżnił uznanie właściwe od uznania niewłaściwego, wskazując że pierwsza forma stanowi nieuregulowaną odrębną umowę ustalającą, co do zasady i zakresu, istnienie albo nieistnienie jakiegoś stosunku prawnego, uznanie niewłaściwe zaś jest określane jako przyznanie przez dłużnika wobec wierzyciela istnienia długu.

¹² Por. M. Pyziak–Szafnicka, *Ugoda*, s. 872.

¹³ Por. E. Skowrońska–Bocian, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny, t. 2, Komentarz do artykułów 450–1088*, wyd. 6, Warszawa 2011, s. 929.

¹⁴ R. Czarnecki, (w:) *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 2, Warszawa 1972, s. 1774.

ugody pozasądowej wzajemne ustępstwa nie muszą być jednak ekwiwalentne, obiektywnie równe. Skuteczna będzie zatem nawet taka ugoda, w ramach której w zakresie ekwiwalentności ustępstw występują daleko idące różnice¹⁵.

Doniosłym skutkiem ugody jest przerwanie biegu przedawnienia objętych nią roszczeń. Co jednak warte podkreślenia, ugoda przerywa bieg przedawnienia wyłącznie w zakresie roszczeń, które zostały w niej uznane (art. 123 § 1 pkt 2 k.c.)¹⁶. Po zawarciu ugody przedawnienie biegnie na nowo, przy czym w grę wchodzi niezmieniony w stosunku do poprzedniego termin, który może wynikać z przepisu szczególnego (np. art. 442¹ k.c.)¹⁷. Nawet jeżeli w ugodzie przesunięto termin płatności poszczególnych świadczeń, to na bieg terminu przedawnienia nie ma wpływu określenie daty ich spełnienia, lecz moment zawarcia ugody¹⁸.

W odróżnieniu od ugody sądowej, ugoda pozasądowa nie jest tytułem egzekucyjnym. Do jej wykonania zastosowanie znajdują ogólne zasady dotyczące wykonania zobowiązania. Ugoda pozasądowa jest z reguły realizowana dobrowolnie, jeżeli jednak zobowiązany odmawia spełnienia świadczenia, wówczas dla uprawnionego pozostaje droga sądowa. Ugoda, jako umowa, wiąże strony, stąd wierzycielowi w razie jej niewykonania w zastrzeżonym terminie przysługuje roszczenie o wykonanie ugody zgodnie z jej treścią. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie ugody rodzi także odpowiedzialność opartą na art. 471 i nast. k.c. Opóźnienie po stronie dłużnika w spełnieniu ugodzonego świadczenia powoduje możliwość żądania od niego odsetek ustawowych (art. 481 § 1 i 2 k.c.), a w razie zwłoki – naprawienia szkody z niej wynikłej (art. 477 § 1 k.c.)¹⁹.

Zawarcie ugody w związku z postępowaniem likwidacyjnym prowadzonym przez ubezpieczyciela

Jak słusznie zauważa się w doktrynie prawa ubezpieczeniowego: „*W przeważającej większości przypadków ugoda jest zawierana poza procesem, w zasadzie występuje zawsze wtedy, gdy ubezpieczyciel przyznaje niższe odszkodowanie niż wynosi wysokość szkody, a poszkodowany wyraża na to zgodę*”²⁰. Celem ugody zawieranej pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym jest na ogół uregulowanie istniejącego między tymi podmiotami stosunku prawnego (w postaci zobowiązania do zapłaty odszkodowania ubezpieczeniowego) w ten sposób, że w zamian za natychmiastową wypłatę odszkodowania i wyeliminowanie konieczności dalszego prowadzenia sporu, w tym w szczególności sporu sądowego, ubezpieczony (poszkodowany) godzi się na wypłatę przez ubezpieczyciela odszkodowania w kwocie niższej niż ta, która faktycznie wynikałaby z zawartej przez strony umowy ubezpieczenia lub przepisów powszechnie obowiązującego prawa. W świetle powyższego należy przychylić się do stwierdzenia Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, iż w ramach ugody strony nie ustalają wysokości szkody, lecz wysokość odszkodowania, które może mieć charakter szacunkowy i być niższe niż np. wartość uszkodzonego mienia²¹.

Ugoda jest najczęściej zawierana w sytuacji istnienia sporu, różnicy zdań co do wysokości należnego odszkodowania lub/i zakresu skutków wypadku, za które na mocy zawartej umowy ubezpieczenia odpowiada ubezpieczyciel. Jeśli bowiem ubezpieczyciel uzna w następstwie przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego, iż uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości zgłoszonego przez niego roszczenia, wówczas zaspokaja je w całości, co wyłącza potrzebę zawierania ugody. Druga z możliwych sytuacji dotyczy niepewności co do roszczeń wynikających ze stosunku prawnego. Niepewność ta może wynikać z samej natury stosunku prawnego. Typowym przykładem mogą być roszczenia wynikające ze szkody na osobie, takie jak zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę oraz stosowne odszkodowanie z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej najbliższego członka rodziny zmarłego, a w wielu przypadkach również i renta (w szczególności z tytułu zmniejszenia się widoków na przyszłość). Sąd, orzekając o tego typu roszczeniach, ma dosyć dużą dozę swobody w określeniu, czy w konkretnym przypadku zasądzić określone świadczenie oraz w jakiej wysokości ma ono się kształtować (tzw. miarkowanie). Badania empiryczne dowodzą jednak istnienie pewnej prawidłowości, mianowicie kwoty zadośćuczynień przyznawanych przez ubezpieczycieli są na ogół dużo niższe, niż sumy zasądzone następnie przez sądy rozstrzygające o sporze z powodztwa poszkodowanych²². Stąd dla osób uprawnionych istnieje znaczące pole do negocjacji z zakładem ubezpieczeń co do wysokości należnych im świadczeń. Negocjacje takie, w razie ich pomyślnego przebiegu, kończą się zaś zwykle zawarciem ugody.

Ugoda może wreszcie dotyczyć także sporu w przedmiocie istnienia stosunku prawnego²³, a więc np. tego, czy zakład ubezpieczeń jest w ogóle zobowiązany do naprawienia danej szkody albo czy określony wypadek jest objęty ochroną ubezpieczeniową. Dla poczynienia wzajemnych ustępstw, co wedle art. 917 k.c. jest przedmiotowo istotnym elemen-

¹⁵ Tak m.in. S. Dmowski, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. 2, wyd. 7, Warszawa 2007, s. 805.

¹⁶ Wyrok SN z dnia 3 maja 1974 r. (sygn. akt II PR 81/74, OSP 1975, nr 10, poz. 213).

¹⁷ M. Pyziak-Szafnicka, *Ugoda*, s. 874.

¹⁸ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 10 stycznia 2006 r. (sygn. akt I ACa 757/05, OSA 2007, nr 9, poz. 29).

¹⁹ Por. wyrok SN z dnia 2 października 1969 r. (sygn. akt II CR 508/69, OSPiKA 1971, nr 5, poz. 88).

²⁰ M. Serwach, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń...*, s. 763.

²¹ Wyrok SA w Szczecinie z dnia 28 marca 2012 r. (sygn. akt I ACa 847/12, niepubl.).

²² Zob. M. Wild, *Przesłanki zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę w praktyce sądowej*, niepublikowane opracowanie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości z 2010 r.

²³ Wyrok SN z dnia 24 czerwca 1974 r. (sygn. akt III CRN 110/74, OSPiKA 1975, nr 4, poz. 98).

tem ugody, nie jest jednakże konieczne istnienie niepewności lub sporu co do roszczeń wynikających ze stosunku prawnego, w zakresie którego ugoda jest zawierana. Wzajemne ustępstwa mogą mieć bowiem na celu również zapewnienie wykonania roszczeń²⁴.

Nie jest natomiast do końca precyzyjne stwierdzenie, iż ugoda w sposób definitywny kształtuje sytuację prawną podmiotów, które czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego²⁵. Ugoda powinna bowiem uchylać ostatecznie spór co do całości stosunku prawnego lub ściśle określonego roszczenia. Strony ugody mogą więc postanowić, że wyczerpuje ona dotąd zgłoszone roszczenia albo też, że wyczerpuje wszelkie roszczenia wynikające z określonego stosunku prawnego. To drugie postanowienie rzeczywiście zamyka drogę do dochodzenia nowych roszczeń, stąd ubezpieczony lub poszkodowany powinien rozważyć przed zawarciem ugody czy rzeczywiście w sposób zadowalający realizuje ona jego interesy. Wyjściowe stanowisko zakładu ubezpieczeń, będące propozycją ugodową, zawsze będzie zawierać pewien element korzyści dla ubezpieczyciela, na którą uprawniony z umowy ubezpieczenia nie musi jednak przystać.

Wierzyciel może natomiast dochodzić (w tym również na drodze sądowej) dalszych roszczeń wynikających z łączącego strony stosunku prawnego, jeżeli nie zostały one objęte ugodą²⁶. Jeżeli więc strony ugodzą się co do wysokości odszkodowania z tytułu dotąd zgłoszonych roszczeń w zakresie np. kosztów leczenia, to poszkodowany będzie miał w dalszym ciągu możliwość dochodzenia odszkodowania obejmującego koszty leczenia poniesione w późniejszym okresie i niezgłoszone ubezpieczycielowi przez zawarciem ugody.

Bardziej skomplikowanym zagadnieniem, które zasługuje na odrębne omówienie, jest możliwość dochodzenia świadczenia w postaci zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, mimo uprzedniego zawarcia w tym przedmiocie ugody. Wynika to z faktu, iż zadośćuczynienie ma charakter jednorazowy. Poszkodowany nie ma więc podstaw do żądania ponownego zadośćuczynienia w razie nasilenia się ujemnych skutków naruszenia dobra osobistego. W tym miejscu zaznaczmy więc jedynie, iż uzasadnione może być żądanie przyznania zadośćuczynienia w sytuacji, gdy ujawniła się nowa krzywda, która nie mogła być brana pod uwagę w ramach podstawy poprzedniego sporu²⁷.

Z kolei w sprawie o zmianę wysokości renty, która została ustalona ugodą, sąd uwzględnia – w ramach zmiany stosunków o których mowa w art. 907 § 2 k.c. – tylko okoliczności powstałe po zawarciu ugody²⁸.

Zawarcie ugody w postępowaniu sądowym

Ugoda może również zostać zawarta w trybie określonym w kodeksie postępowania cywilnego, który statuuje w art. 10 ogólną zasadę, iż w sprawach, w których zawarcie ugody jest dopuszczalne, sąd powinien w każdym stanie postępowania dążyć do ich ugodowego załatwienia. Przepis art. 223 § 1 k.p.c. przewiduje z kolei, że przewodniczący powinien we właściwej chwili skłaniać strony do pojednania, zwłaszcza na pierwszym posiedzeniu, po wstępnym wyjaśnieniu stanowiska stron. Dotyczy to także postępowania apelacyjnego (art. 391 § 1 k.p.c.).

W doktrynie prawa sporne jest, czy ugodę sądową należy traktować wyłącznie jako czynność procesową, czy też równocześnie jako czynność materialnoprawną. Nie wdając się w tym miejscu w szersze rozważania wskazać można, iż w ostatnich latach dominuje koncepcja dualistyczna²⁹. Zakłada ona, że na ugodę sądową składają się dwie czynności dokonywane w toku procesu przed sądem: umowa oparta na art. 917 k.c. oraz zgodne oświadczenia procesowe stron zmierzające do rezygnacji z rozstrzygnięcia sprawy wyrokiem i niezwłocznego zakończenia sporu sądowego w formie umorzenia postępowania. Ugoda sądowa wymaga obustronnych ustępstw stron, choć pojęcie „ustępstwo” należy w tym kontekście rozumieć szeroko, włącznie z rezygnacją z uprawnień procesowych. Z kolei oświadczenia niosące ze sobą skutek procesowy nie muszą być wyraźne, mogą bowiem wynikać w sposób konkludentny z samego faktu zawarcia ugody sądowej³⁰.

Osnowa ugody zawartej przed sądem powinna być wciągnięta do protokołu rozprawy i opatrzona podpisami stron. Niemożność podpisania sąd stwierdza w protokole (art. 223 § 1 k.p.c.). Treść każdej ugody podlega kontroli sądu. Analogicznie jak przy cofnięciu pozwu, zrzeczeniu się lub ograniczeniu roszczenia oraz uznaniu powództwa, a więc pozostałych aktach dyspozycyjnych stron procesu, sąd może uznać zawarcie ugody za niedopuszczalne, ale tylko wtedy, gdy okoliczności sprawy wskazują, że czynność ta jest sprzeczna z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierza do obejścia prawa (art. 203 § 4 w zw. z art. 223 § 2 k.p.c.).

W poprzednim stanie prawnym, obowiązującym do 1996 r., przepis art. 203 § 4 k.p.c. nie tyle umożliwiał, lecz nakazywał sądowi uznanie za niedopuszczalne zawarcie ugody w wymienionych wyżej przypadkach, a także wówczas, gdy

²⁴ Zob. wyrok SN z dnia 24 lipca 2002 r. (sygn. akt I CKN 915/00, LEX nr 56895).

²⁵ Tak M. Serwach, *op. cit.*, s. 763.

²⁶ Por. uchwałę SN z dnia 18 grudnia 1985 r. (sygn. akt III CZP 64/85, OSNC 1986, nr 11, poz. 171).

²⁷ Zob. w szczególności zachowującą w dalszym ciągu aktualność uchwałę sądu 7 sędziów SN z dnia 21 listopada 1967 r. (sygn. akt III PZP 37/67, OSNC 1968, nr 7, poz. 113).

²⁸ Uchwała sądu 7 sędziów SN z dnia 18 października 1972 r. (sygn. akt III PZP 25/72, OSN 1973, nr 3, poz. 38).

²⁹ Zob. J. Lapiere, *Ugoda sądowa w polskim procesie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 1996, nr 2, s. 13–22.

³⁰ Por. J. Jodłowski, Z. Resich, J. Lapiere, T. Misiuk–Jodłowska, K. Weitz, *Postępowanie cywilne*, wyd. 6, Warszawa 2009, s. 527.

„rażąco naruszała usprawiedliwiony interes osób uprawnionych”. Dzięki tej normie wzruszenie ugody było stosunkowo łatwe, co potwierdza linia orzecznictwa z tamtego okresu. W jednym z wyroków Sąd Najwyższy stwierdził nawet, iż naruszenie usprawiedliwionego interesu osoby uprawnionej zachodzi, gdy zawarcie ugody postawiło obiektywnie jej stronę w zdecydowanie gorszej sytuacji, niż gdyby ugody nie zawierała³¹. W aktualnym stanie prawnym podkreśla się jednak, że „O sprzeczności ugody z prawem lub z zasadami współżycia społecznego nie może rozstrzygać sam fakt, iż sąd, oceniający konkretny stan faktyczny na żądanie jednej ze stron ugody, korzystniej ukształtowałby jej sytuację prawną. (...) O nieważności ugody można orzec tylko w razie rzucającego się w oczy, oczywistego dla każdego bezstronnego obserwatora, naruszenia ustawy lub zasad współżycia społecznego”³². Obecnie przyjmuje się również, że do zakończenia sporu ugodą sądową nie jest konieczne poprzedzenie jej postępowaniem dowodowym³³. Aktualność zachowuje natomiast wysunięta przez Sąd Najwyższy teza, wedle której zobowiązanie się w ugodzie do świadczenia mającego na celu naprawienie szkody, o wartości znacznie przewyższającej wysokość szkody, nie może być uznane za wzajemne ustępstwo lecz za zobowiązanie się do świadczenia bez tytułu, a to sprawia, że w tej części ugoda jest dotknięta nieważnością³⁴.

Ugoda zawarta przed sądem stanowi tytuł egzekucyjny (art. 777 § 1 pkt 1 k.p.c.). Nie jest ona natomiast negatywną przesłanką procesową i nie korzysta z powagi rzeczy osądzonej (*res iudicata*). Ugoda może być jednakże podstawą zarzutu o charakterze materialnoprawnym, określanego jako powaga rzeczy ugodzonej (*res transacta*). W razie skutecznego podniesienia takiego zarzutu powództwo podlega oddaleniu. Natomiast procesowym skutkiem zawarcia ugody jest umorzenie postępowania (art. 355 § 1 k.p.c.)³⁵.

W kwestiach bardziej szczegółowych, a dotyczących również spraw sądowych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, warto wskazać, iż w przypadku współuczestnictwa jednolitego, a więc gdy z istoty spornego stosunku prawnego lub z przepisu ustawy wynika, że wyrok dotyczyć ma niepodzielnie wszystkich współuczestników, do zawarcia ugody potrzeba zgody wszystkich współuczestników (art. 73 § 2 k.p.c.). Z kolei pełnomocnictwo procesowe obejmuje z samego prawa umocowanie m.in. do zawarcia ugody, chyba że czynność ta została wyłączona w danym pełnomocnictwie (art. 91 pkt 4 k.p.c.). Koszty procesu, w którym zawarto ugodę, znosi się wzajemnie, jeżeli strony nie postanowiły inaczej (art. 104 k.p.c.).

W związku ze wzrostem znaczenia i popularności alternatywnych sposobów rozwiązywania sporów (ADR) do kodeksu postępowania cywilnego została wprowadzona w 2005 r. instytucja mediacji. Stosownie do art. 10 k.p.c., w sprawach, w których dopuszczalne jest zawarcie ugody przed sądem, strony mogą zawrzeć ugodę także przed mediatorem. Wszczęcie mediacji w toku procesu może nastąpić na podstawie umowy o mediację albo postanowienia sądu kierującego strony do mediacji (art. 183¹ § 2 k.p.c.), jednak w każdym przypadku jest ona dobrowolna (art. 183¹ § 1 k.p.c.). Postępowanie mediacyjne jest niejawnie, zaś powoływanie się w toku postępowania przed sądem na propozycje ugodowe, propozycje wzajemnych ustępstw lub inne oświadczenia składane w postępowaniu mediacyjnym jest bezskuteczne (art. 183⁴ § 1 i 3 k.p.c.).

Z przebiegu mediacji sporządza się protokół, obejmujący m.in. wynik mediacji, a jeżeli strony zawarły przed mediatorem ugodę, zamieszcza się ją w protokole albo załącza się ją do niego. Przez podpisanie ugody strony wyrażają zgodę na wystąpienie do sądu z wnioskiem o jej zatwierdzenie (art. 183¹² § 1, 2 i 2¹ k.p.c.). Po zawarciu ugody przed mediatorem sąd – na wniosek strony – niezwłocznie przeprowadza postępowanie co do jej zatwierdzenia. Jeżeli ugoda podlega wykonaniu w drodze egzekucji, sąd zatwierdza ją przez nadanie jej klauzuli wykonalności, w przeciwnym zaś przypadku zatwierdza ugodę postanowieniem na posiedzeniu niejawnym. Sąd odmawia nadania klauzuli wykonalności albo zatwierdzenia ugody zawartej przed mediatorem, w całości lub części, jeżeli jest ona sprzeczna z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierza do obejścia prawa, a także gdy jest niezrozumiała lub zawiera sprzeczności (art. 183¹⁴ k.p.c.).

Na postanowienie sądu I instancji, którego przedmiotem jest zatwierdzenie ugody zawartej przed mediatorem, przysługuje zażalenie do sądu II instancji (art. 394 § 1 pkt 10¹ k.p.c.). Ugoda zawarta przed mediatorem, po jej zatwierdzeniu przez sąd, ma moc prawną ugody zawartej przed sądem. Po jej zatwierdzeniu przez nadanie klauzuli wykonalności jest ona tytułem wykonawczym (art. 183¹⁵ § 1 k.p.c.). Jeżeli strony zawarły ugodę przed mediatorem, którą zatwierdził następnie sąd, postanowienie o umorzeniu postępowania może zapaść na posiedzeniu niejawnym (art. 355 § 2 k.p.c.). Koszty mediacji w postaci wynagrodzenia mediatora i zwrotu na jego rzecz wydatków związanych z jej przeprowadzeniem obciążają strony (art. 183⁵ k.p.c.), przy czym koszty mediacji prowadzonej na skutek skierowania przez sąd i zakończonej ugodą znosi się wzajemnie, jeżeli strony nie postanowiły inaczej (art. 104¹ k.p.c.).

Ugodowemu rozwiązywaniu sporów jeszcze przed wytoczeniem powództwa służy z kolei postępowanie pojednawcze, które może objąć każdą sprawę cywilną, jeśli tylko jej charakter na to zezwala. Z art. 185 k.p.c. wynika, iż o zawezwanie

³¹ Wyrok SN z dnia 21 lutego 1974 r. (sygn. akt II CR 840/73, OSNC 1974, nr 12, poz. 216).

³² M. Pyziak-Szafnicka, *Ugoda*, s. 886.

³³ Postanowienie SN z dnia 6 lipca 1999 r. (sygn. akt I PKN 200/99, OSNAP 2000, nr 19, poz. 721).

³⁴ Wyrok SN z dnia 2 listopada 1981 r. (sygn. akt IV CR 424/81, LEX nr 8375).

³⁵ A. Zieliński, (w:) A. Zieliński (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2012, s. 52.

do próby ugodowej – bez względu na właściwość rzeczową – można zwrócić się do sądu rejonowego ogólnie właściwego dla przeciwnika. W wezwaniu należy oznaczyć zwięźle sprawę. Postępowanie pojednawcze przeprowadza sąd w składzie jednego sędziego, co odróżnia je od mediacji, która prowadzona jest przez mediatora wybranego z listy. Z posiedzenia spisuje się protokół, a jeżeli doszło do ugody, osnowę jej wciąga się do protokołu. Ugoda powinna zostać podpisana przez strony.

Zgodnie z art. 186 k.p.c., jeżeli wzywający nie stawia się na posiedzenie, sąd na żądanie przeciwnika włoży na niego obowiązek zwrotu kosztów wywołanych próbą ugodową. Jeśli z kolei bez usprawiedliwienia nie stawia się na posiedzenie przeciwnik, sąd na żądanie wzywającego, który wniósł następnie w tej sprawie pozew, uwzględni koszty wywołane próbą ugodową w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie.

Również w przypadku postępowania pojednawczego sąd uznaje ugodę za niedopuszczalną, jeżeli jej treść jest niezgodna z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierza do obejścia prawa (art. 184 k.p.c.).

Warto dodać, iż skutek w postaci przerwania biegu przedawnienia zachodzi zarówno w przypadku wszczęcia mediacji (art. 123 § 1 pkt 3 k.c.), jak i zawezwania do próby ugodowej³⁶. Natomiast roszczenie stwierdzone ugodą zawartą przed sądem albo ugodą zawartą przed mediatorem i zatwierdzoną przez sąd, podobnie jak w przypadku roszczenia stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu, przedawnia się z upływem lat dziesięciu, chociażby termin przedawnienia roszczeń tego rodzaju był krótszy (art. 125 § 1 3 k.c.).

Uchylenie się od skutków prawnych ugody

Jak już zostało wskazane, ugoda jest czynnością prawną, do której zastosowanie mają ogólne reguły zawarte w kodeksie cywilnym, w tym również przepisy dotyczące wad oświadczenia woli. Z jednym wszakże wyjątkiem, mianowicie wadą w postaci błędu, która w odniesieniu do ugody została w sposób szczególny uregulowana w art. 918 k.c. Wystąpienie pozostałych wad oświadczenia woli, a więc braku świadomości lub swobody, pozorności oraz groźby, podlega ocenie w oparciu o przepisy art. 82–83 i 87–88 k.c.

Stosownie do brzmienia art. 918 § 1 k.c., uchylenie się od skutków prawnych ugody jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy strony działały pod wpływem błędu dotyczącego okoliczności faktycznej, uznawanej za niewątpliwą w momencie dokonywania czynności. Błąd dotyczący ugody musi więc odnosić się nie do treści zawartej umowy, lecz do stanu faktycznego, rozumianego jako ogół zdarzeń prawnych decydujących o powstaniu i istnieniu oraz wyznaczających treść i zakres stosunku prawnego, objętego ugodą³⁷. Błędne wyobrażenie powinno być na tyle istotne, że gdyby ono nie wystąpiło, nie powstałby spór lub niepewność co do stosunku prawnego. Błędne wyobrażenie dotyczące stanu faktycznego musi przy tym istnieć po obu stronach ugody, błąd jednej z nich nie daje możliwości uchylenia się od skutków prawnych złożonego oświadczenia³⁸. Omawiany przepis nie wymaga, aby strony ugody obejmowały swoją świadomością pewność rzeczywistego stanu rzeczy³⁹. Nie jest dopuszczalne uchylenie się od skutków prawnych ugody, kiedy błąd dotyczy stanu rzeczy, który według treści ugody obie strony lub choćby jedna z nich uważała za sporny albo niepewny⁴⁰. W takim bowiem przypadku strona niezadowolona z zawartej ugody mogłaby z łatwością powoływać się na zarzut innego niż druga strona postrzegania okoliczności towarzyszących ugodzie, co miałyby negatywny wpływ na pewność obrotu cywilnoprawnego. W oparciu o orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazać można, iż nawet jeżeli strony nie zamieściły w tekście ugody okoliczności objętej błędem, nie wyłącza to możliwości ustalenia, że błąd dotyczy stanu faktycznego uważanego przez obie strony za niewątpliwą⁴¹.

W świetle art. 918 § 2 k.c. ugoda może zostać ponadto uchylona w przypadku odnalezienia nowych dowodów, ale tylko wówczas, gdy została zawarta w złej wierze, a więc jedna ze stron, wiedząc, jaki jest prawdziwy stan rzeczy, ukryła dowody lub je zataiła, zaś druga strona (uchylająca się od skutków ugody) odnalazła te dowody lub dowiedziała się o nich dopiero po dokonaniu czynności⁴².

Uchylenie się od skutków prawnych ugody zawartej pod wpływem błędu następuje w sposób określony w art. 88 k.c., a więc przez oświadczenie na piśmie złożone drugiej stronie. Omawiane uprawnienie wygasa z upływem roku od wykrycia błędu. Uchylenie się od skutków oświadczenia woli złożonego w ugodzie może dotyczyć jedynie całości ugody, a nie wybranych, niekorzystnych jej fragmentów⁴³. Zbadanie dopuszczalności uchylenia się od skutków oświadczenia woli zawartego w ugodzie sądowej może zostać dokonane także w postępowaniu, w którym oświadczenie to zostało złożone⁴⁴.

³⁶ Tak SN w uchwale z dnia 28 czerwca 2006 r. (sygn. akt III CZP 42/06, OSNC 2007, nr 4, poz. 54).

³⁷ Tak L. Stecki, *op. cit.*, s. 826.

³⁸ Tak m.in. J. Jezioro, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2008, s. 1430.

³⁹ Zob. wyrok SN z dnia 9 listopada 2004 r. (sygn. akt IV CK 172/04, LEX nr 277125).

⁴⁰ Wyrok SA w Warszawie z 2 dnia lipca 1997 r. (sygn. akt I ACa 422/97, OSA 1998, nr 1, poz. 4).

⁴¹ Wyrok SN z dnia 24 lipca 2002 r. (sygn. akt I CKN 915/00, LEX nr 56895).

⁴² S. Dmowski, *op. cit.*, s. 810.

⁴³ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 września 2005 r. (sygn. akt III APa 30/05, OSA 2006, nr 10, poz. 30).

⁴⁴ Wyrok SN z dnia 16 lutego 1968 r. (sygn. akt II CZ 129/67, OSN 1968, nr 8, poz. 158).

Dziedziczenie w ubezpieczeniach

Kwestie dziedziczenia w zakresie ubezpieczeń podlegają regulacjom zawartym w księdze czwartej kodeksu cywilnego. Stosownie do art. 922 § 1 k.c. prawa i obowiązki majątkowe zmarłego przechodzą z chwilą jego śmierci na jedną lub kilka osób. Stosownie zaś do przepisu § 2 powołanego artykułu, nie należą do spadku prawa i obowiązki zmarłego ściśle związane z jego osobą, jak również prawa, które z chwilą jego śmierci przechodzą na oznaczone osoby niezależnie od tego, czy są one spadkobiercami. W skład spadku wchodzi zatem te prawa i obowiązki zmarłego, które mają charakter cywilnoprawny, majątkowy, nie są ściśle związane z osobą spadkodawcy, a nadto nie przechodzą na oznaczone osoby niezależnie od tego, czy są one spadkobiercami. Prawami wchodzącymi do spadku są więc takie prawa, jak na przykład prawo własności rzeczy ruchomych i nieruchomości oraz udział we współwłasności, jak również uprawnienia i obowiązki prawnorzeczowe związane z własnością. Do majątku spadkowego wchodzi między innymi – choć z pewnymi wyjątkami – także roszczenia i obowiązki odszkodowawcze, jak również prawa i obowiązki wynikające z umownych stosunków zobowiązaniowych – w tym umów ubezpieczenia – których podmiotem był zmarły, choć w tym zakresie również występują wyjątki.



Ewa Kiziewicz
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Prawa i obowiązki zmarłego nienależące do spadku

Grupa praw i obowiązków wchodzących w skład spadku jest bardzo szeroka. Wskazując zakres praw i obowiązków należących do spadku ustawodawca przyjął zarówno przesłanki pozytywne, jak i negatywne, przy czym rolą przesłanek negatywnych jest określenie tych praw i obowiązków, które będąc prawami i obowiązkami cywilnoprawnymi i o charakterze majątkowym – nie wejdą jednak w skład spadku. Jak zostało już wspomniane, są to prawa i obowiązki ściśle związane z osobą zmarłego, a także te, które przechodzą na wskazane osoby niezależnie od tego czy są one spadkobiercami.

W świetle art. 922 k.c. dziedziczenie nie obejmuje praw i obowiązków wynikających ze stosunków innych, niż cywilnoprawne. Będą to więc wszelkie obowiązki publicznoprawne, takie jak obowiązek zapłaty kar pieniężnych, grzywien, kar dyscyplinarnych i różnego rodzaju opłat. Do grupy tej należy zaliczyć także nakładaną przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny opłatę z tytułu niespełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Publicznoprawny charakter tej opłaty potwierdza również przepis art. 91 ust. 1 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.) stanowiący, iż do jej egzekucji stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Nie posiadając charakteru cywilnoprawnego, nie są także dziedziczone ani przysługujące spadkodawcy prawa, ani też spoczywające na nim obowiązki z zakresu szeroko rozumianego prawa finansowego, w tym prawa i obowiązki podatkowe. W konsekwencji, spadkobiercy nie dziedziczą zobowiązań podatkowych, ani też nie przysługują im uprawnienia spadkodawcy z tym związane. Jednakże – jak wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 21 marca 1996 r. (sygn. akt III AZP 39/95, OSNP 1996, nr 19, poz. 280), prawo do zwrotu nadpłaty podatku dochodowego przechodzi na spadkobierców, gdyż nie jest ona objęta zobowiązaniem podatkowym, zatem nie jest podatkiem. Spadek nie obejmuje również obowiązków, jak również praw istniejących na przykład na płaszczyźnie prawa karnego, czy też prawa wykroczeń. Również nie należą do spadku prawa i obowiązki z zakresu szeroko rozumianego prawa administracyjnego – przykładem mogą tu być prawa i obowiązki związane z pozwoleniami lub koncesjami na prowadzenie określonego rodzaju działalności gospodarczej. Spadek nie obejmuje także prawa do świadczeń emerytalnych i rentowych należnych na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.) – zgodnie z art. 136 ust. 1 powołanej ustawy, w razie śmierci osoby, która zgłosiła wniosek o świadczenia określone ustawą, świadczenia należne jej do dnia śmierci wypłaca się małżonkowi, dzieciom, z którymi prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a w razie ich braku – małżonkowi i dzieciom, z którymi osoba ta nie prowadziła wspólnego gospodarstwa domowego, a w razie ich braku – innym członkom rodziny uprawnionym do renty rodzinnej lub na których utrzymaniu pozostawała ta osoba.

Inną grupą praw i obowiązków niewchodzących w skład spadku są prawa i obowiązki ściśle związane z osobą spadkodawcy – będąc osobistymi prawami i obowiązkami wygasają one w chwili śmierci spadkodawcy. Przez prawa ściśle związane z osobą spadkodawcy należy rozumieć takie prawa, których realizacja może mieć na celu zaspokojenie interesu wyłącznie samego spadkodawcy, które zatem z chwilą jego śmierci tracą swój cel i stają się bezprzedmiotowe na przykład z chwilą śmierci przyjmującego zamówienie wygasa umowa o dzieło, którego wykonanie zależy od osobistych przymiotów zmarłego przyjmującego zamówienie. Może to być na przykład wykonanie tłumaczenia utworu literackiego, skomponowanie utworu muzycznego, czy też namalowanie obrazu. Jeśli strony nie umówią się inaczej, wskutek

śmierci przyjmującego zlecenie wygasa też umowa zlecenia. Do grupy praw osobistych można zaliczyć dobra osobiste, takie jak wizerunek czy cześć, służebność osobista, prawo dożywocia czy też renta. Generalnie sformułowanie „prawo i obowiązek ściśle związane z osobą zmarłego” jest pojęciem nieostrym, w wyniku czego niejednokrotnie rodzą się wątpliwości co do charakteru konkretnego prawa lub obowiązku, które ostatecznie rozstrzygane są przez sąd w postępowaniu cywilnym.

W grupie roszczeń przysługujących poszkodowanemu na podstawie przepisów o odpowiedzialności za szkodę wynikłą z czynu niedozwolonego jest wiele roszczeń ściśle związanych z osobą zmarłego, a więc niewchodzących w skład spadku. Zgodnie z istniejącym bogatym orzecznictwem, do praw ściśle związanych z osobą zmarłego należą na przykład prawo do renty z art. 444 § 2 k.c., prawo do alimentacji, prawo żądania wyłożenia z góry sumy na koszty leczenia lub na koszty przygotowania do innego zawodu, wskazane w art. 444 § 1 zd. 2 k.c., a także prawo do zadośćuczynienia za krzywdę, za wyjątkiem szczególnego uregulowania z art. 445 § 3 k.c. w zakresie zadośćuczynienia. Przepis ten stanowi bowiem, iż roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców wyłącznie wówczas, gdy roszczenie to zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. Warto podkreślić – co znajduje potwierdzenie w judykaturze i doktrynie – iż samo prawo do zadośćuczynienia, jako z natury osobiste, nie jest dziedziczne – na spadkobierców może przejść wyłącznie konkretne roszczenie, z którym za życia wystąpił pokrzywdzony. Powyższej oceny charakteru zadośćuczynienia dokonał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 21 kwietnia 2010 r. (sygn. akt I ACa 267/10, LEX nr 628188). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 czerwca 2009 r. (sygn. akt IV CSK 54/09, niepubl.) stwierdzając, iż prawo do zadośćuczynienia ma charakter osobisty, a na spadkobierców przechodzi jedynie konkretne roszczenie, z którym za życia wystąpił pokrzywdzony (art. 445 § 3 k.c.).

Warto zauważyć, iż o ile roszczenia o naprawienie szkody jako ściśle związane z osobą zmarłego najczęściej nie są dziedziczone, o tyle obowiązek odszkodowawczy zmarłego sprawcy szkody na spadkobierców przechodzi.

Kolejną grupą praw i obowiązków niewchodzących w skład spadku są prawa i obowiązki, które z chwilą śmierci spadkodawcy przechodzą na oznaczone osoby niezależnie od tego, czy są one spadkobiercami. Istnieje wiele przepisów wskazujących jako spadkobierców konkretne osoby, jak na przykład przepis art. 691 § 1 k.c., stanowiący, iż w razie śmierci najemcy lokalu mieszkalnego w stosunek najmu lokalu wstępują: małżonek niebędący współnajemcą lokalu, dzieci najemcy i jego współmałżonka, inne osoby, wobec których najemca był obowiązany do świadczeń alimentacyjnych, oraz osoba, która pozostawała faktycznie we wspólnym pożyciu z najemcą. Na gruncie ubezpieczeń prawo, które z chwilą śmierci przechodzi na inną osobę jest wskazane w art. 831 § 3 k.c., regulującym kwestię dziedziczenia sumy ubezpieczenia. Stosownie do art. 831 § 1 k.c. ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej; może także zawrzeć umowę ubezpieczenia na okaziciela. Przepis powołanego artykułu daje też ubezpieczającemu możliwość zmiany lub odwołania każdego z tych zastrzeżeń w każdym czasie. O ile, stosownie do art. 829 § 2 k.c., w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej uzależnione jest od wyrażenia przez ubezpieczonego zgody, o tyle skuteczność wskazania uprawnionego (uposażonego) nie jest uzależniona od wyrażenia zgody przez tego uprawnionego. Zgoda taka nie jest wymagana ani w przypadku umów na własny rachunek, ani też na rachunek cudzy. Wskazanie uprawnionego jest oświadczeniem woli ubezpieczającego, w związku z tym dla skuteczności tego oświadczenia nie jest wymagana zgoda ani osoby uprawnionej ani też zakładu ubezpieczeń. Znaczenie decyzji ubezpieczającego co do wskazania osoby uprawnionej znajduje swoje odbicie w przepisie art. 831 § 3 k.c. Przepis ten stanowi, iż suma ubezpieczenia przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym. Jest to przepis, który w sposób szczególny reguluje kwestię dziedziczenia sumy ubezpieczenia – uregulowanie to wyłącza stosowanie w tym przypadku przepisów prawa spadkowego – prawo do sumy ubezpieczenia nie może być także przedmiotem rozporządzenia testamentowego. Nie można jednak wykluczyć sytuacji, w której wskazana w umowie osoba uprawnionego nie jest zbieżna z zapisem dokonany w testamencie, w którym jako osobę uprawnioną do odbioru świadczenia z umowy ubezpieczenia wskazana została inna osoba. W takiej sytuacji należy przyjąć, iż wiążące tu będzie wskazanie uprawnionego z uwagi na odrębne uregulowanie tego zagadnienia – skutkiem bowiem złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia wskazującego uprawnionego, świadczenie to zostaje wyłączone ze spadku. Nadto, zakład ubezpieczeń będąc dłużnikiem winien wykonać zobowiązanie zgodnie z postanowieniami zawartymi w umowie, w tym respektując nieodwołane przez ubezpieczającego oświadczenie co do wskazania osoby uprawnionej. Określając osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczający może wskazać także osobę z kręgu osób dziedziczących zgodnie z przepisami prawa spadkowego.

Dziedziczenie roszczenia o naprawienie szkody i obowiązku naprawienia szkody

Wyłączając prawa i obowiązki niepodlegające dziedziczeniu z uwagi na wprowadzenie przesłanek negatywnych, np. prawa i obowiązki ściśle związane z osobą spadkodawcy, do spadku wchodzi zarówno niektóre roszczenia o naprawienie szkody majątkowej wynikające z odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej, jak i obowiązek naprawienia szkody deliktowej i kontraktowej. Tak jak wspomniano wcześniej, roszczenia o naprawienie szkody jako ściśle związane z osobą zmarłego, choć z pewnymi wyjątkami, najczęściej dziedziczone nie są. Wyjątkiem jest roszczenie o zadośćuczynienie

w przypadku, gdy zostało ono uznane na piśmie lub gdy za życia poszkodowanego zostało wytoczone powództwo o zadośćuczynienie. Do dziedziczonych roszczeń należy także roszczenie z art. 446 § 3 k.c., który ustanawia prawo najbliższych członków rodziny zmarłego do stosownego odszkodowania w przypadku pogorszenia się ich sytuacji życiowej – potwierdził to Sąd Najwyższy m.in. w uchwale 7 sędziów z dnia 13 listopada 1969 r. (sygn. akt II CR 326/69, OSP 1971, nr 7, poz. 140). Roszczenie to jest dziedziczone w szczególności, gdy zostanie wcześniej wytoczone powództwo o stosowne odszkodowanie.

Obowiązek naprawienia szkody obejmuje wszelkie koszty wynikłe w wyniku śmierci poszkodowanego. Stosownie bowiem do art. 446 § 1 k.c., jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł. Niezależnie od tego, iż spadkobiercy nabywają spadek w stanie istniejącym w chwili jego otwarcia, a więc w chwili śmierci spadkodawcy, prawo spadkowe przewiduje, że w skład spadku wchodzi także niektóre obowiązki, które wprawdzie nie obciążały spadkodawcy, bo nie wynikały ze stosunków prawnych istniejących za życia spadkodawcy, ale powstały w związku z jego śmiercią lub później i zaliczane są do długów spadkowych. I tak, stosownie do art. 922 § 3 k.c., do tej grupy obowiązków (długów spadkowych) należą koszty pogrzebu spadkodawcy w takim zakresie, w jakim pogrzeb ten odpowiada zwyczajom przyjętym w danym środowisku (tj. wydatki poniesione na wykup miejsca na grób, trumnę, ceremonię pogrzebową, wystawienie nagrobka itd.).

Odpowiedzialność za długi spadkowe

Stosownie do art. 924 k.c. spadek otwiera się w chwili śmierci spadkodawcy i w tym momencie, zgodnie z art. 925 k.c. spadkobiercy nabywają spadek, a więc na spadkobierców przechodzą prawa i obowiązki zmarłego podlegające dziedziczeniu i istniejące w chwili otwarcia spadku.

Jako roszczenia majątkowe, co do zasady, do spadku wchodzi zarówno prawa jak i obowiązki wynikające ze stosunków zobowiązaniowych i dziedziczeniu podlegają obowiązki niezależnie od źródła ich powstania – dotyczy to także świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, jak i roszczeń o zwrot nadpłaconych składek, czy też roszczenia zakładu ubezpieczeń o zapłatę składki.

Jeżeli spadek dziedziczy kilku spadkobierców, każdy z nich, w chwili otwarcia spadku, nabywa określony ułamkowo udział spadkowy oraz odpowiednie udziały w przedmiotach należących do spadku – dochodzi wówczas do powstania wspólności majątku spadkowego określanej w częściach ułamkowych. Na wniosek spadkobierców może dojść do działu spadku, tj. stwierdzenia nabycia poszczególnych przedmiotów wchodzących do spadku. Art. 1034 § 1 k.c. stanowi, iż do chwili działu spadku, spadkobiercy ponoszą solidarną odpowiedzialność za długi spadkowe. W konsekwencji, w wyniku przejścia praw i obowiązków zmarłego na spadkobierców, obowiązek zapłacenia składki należnej z tytułu udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej spoczywa na spadkobiercach. Istotą solidarności jest to, iż wierzyciel – w tym przypadku zakład ubezpieczeń może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregokolwiek z dłużników zwalnia pozostałych. Wszyscy spadkobiercy, którzy nabyli spadek, są dłużnikami solidarnymi, przy czym jeżeli jeden ze spadkobierców spełni świadczenie, może żądać zwrotu od pozostałych spadkobierców w częściach, które odpowiadają wielkości udziałów. Z uwagi na wprowadzenie odpowiedzialności solidarnej spadkobierców, zastosowanie będą miały także przepisy art. 366 i nast. k.c.

Zgodnie z § 2 przepisu art. 922 k.c., od chwili działu spadku spadkobiercy ponoszą odpowiedzialność za długi spadkowe jedynie w stosunku do wielkości swych udziałów, zatem od tego momentu spadkobierca może odmówić spełnienia świadczenia w wysokości wyższej, niż odpowiadający wielkości jego udziałów.

Wykazanie praw do spadku

W przypadku wystąpienia szkody, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania właścicielowi zniszczonej rzeczy, a później jego spadkobiercom. Jednak spadkobierca, aby skutecznie dojść praw wynikających z dziedziczenia winien je wykazać postanowieniem o nabyciu spadku. Stosownie bowiem do art. 1027 k.c. względem osoby trzeciej, która nie rości sobie praw do spadku z tytułu dziedziczenia, spadkobierca może udowodnić swoje prawa wynikające z dziedziczenia tylko postanowieniem o stwierdzeniu nabycia spadku albo zarejestrowanym aktem poświadczenia dziedziczenia. Zakłady ubezpieczeń najczęściej wstrzymują się z wypłatą odszkodowania do momentu okazania przez spadkobiercę postanowienia o nabyciu spadku; ubezpieczyciel ma także możliwość złożenia przedmiotu świadczenia do depozytu sądowego. Takie postępowanie jest charakterystyczne w przypadku kilku spadkobierców i niewyjaśnionych kwestii spadkowych, jednak w przypadku braku wątpliwości, co do kręgu spadkobierców, zakład ubezpieczeń może wypłacić odszkodowanie nie czekając na postanowienie o stwierdzeniu nabyciu spadku. Powołany wyżej przepis, nie uzależniając spełnienia świadczenia od urzędowego potwierdzenia posiadanych przez spadkobiercę praw, nie wyklucza tym samym możliwości spełnienia tego świadczenia przed uzyskaniem postanowienia o nabyciu spadku. Stawiany przez zakłady ubezpieczeń wymóg okazania postanowienia o nabyciu spadku jest ich zdaniem koniecznością wynikającą z leżącego po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązku należytego wykonania zobowiązania, a więc świadczenia wyłącznie

do rąk osoby uprawnionej. Jest to zasada słuszna, jednak żądanie przez zakład ubezpieczeń urzędowego potwierdzenia posiadanych praw niejednokrotnie nie jest konieczne. Dzieje się tak np. w przypadku śmierci jednego z małżonków. Co do zasady bowiem małżonek jest powołany do spadku na mocy ustawy – to samo dotyczy dzieci spadkodawcy. Zwłoka w wypłacie odszkodowania małżonkowi lub dzieciom wydaje się być niezrozumiała choćby ze względu na funkcjonującą w prawie spadkowym regulację, zgodnie z którą dowodem że nie ma innych spadkobierców, może być złożone przed sądem zapewnienie o takiej treści. Oczywiście, złożone przed sądem oświadczenie jest równoznaczne ze złożeniem zeznań pod przysięgą a złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą wywołuje stosowne skutki karne, jednak uzależnianie wypłaty odszkodowania małżonkowi lub dzieciom od przedstawienia przez nich postanowienia o stwierdzeniu nabyciu spadku wydaje się być zbyt daleko posuniętą ostrożnością. Istnieją wprawdzie przypadki, gdy dziecko czy też małżonek zostaje wyłączony od dziedziczenia, np. ze względu na uznanie za niegodnego, czy też – w odniesieniu do małżonka – wystąpienie przez spadkodawcę z wnioskiem o orzeczenie rozwodu lub separacji z winy małżonka a żądanie to jest uzasadnione, jednak nie można *a priori* zakładać, iż taka sytuacja ma miejsce – szczególnie w przypadku dziedziczenia ustawowego przez dziecko, gdyż wyłączenie go od dziedziczenia mogłoby mieć miejsce wyłącznie w przypadku dopuszczenia się przez to dziecko umyślnie ciężkiego przestępstwa przeciwko spadkodawcy.

Przejście na spadkobierców praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Oddzielną kwestią jest przejście na spadkobierców praw i obowiązków wynikających z zawartej przez spadkobiercę umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Stosownie do art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 23 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, w razie przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu mechanicznego, którego posiadacz zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, na posiadacza pojazdu, na którego przeszło lub zostało przeniesione prawo własności, przechodzą prawa i obowiązki poprzedniego posiadacza wynikające z tej umowy. Umowa ubezpieczenia OC ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że posiadacz, na którego przeszło lub zostało przeniesione prawo własności, wypowie ją na piśmie. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC, ulega ona rozwiązaniu z dniem jej wypowiedzenia. Przepis ten zatem przewiduje możliwość wcześniejszego rozwiązania umowy także w przypadku spadkobrania czego poprzedni stan prawny nie przewidywał. Zaznaczyć bowiem trzeba, iż powyższy przepis w brzmieniu sprzed nowelizacji, która weszła w życie w dniu 11 lutego 2012 r., stwarzała możliwość wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia OC przez nowego właściciela pojazdu jedynie wówczas, gdy miało miejsce zbycie tego pojazdu, a więc np. w przypadku umowy sprzedaży czy darowizny tego pojazdu. W konsekwencji, przepis ten w brzmieniu sprzed nowelizacji wykluczał możliwość wcześniejszego wypowiedzenia umowy przez spadkobiercę – nawet po okazaniu postanowienia o nabyciu spadku – pomimo iż posiadał on status osoby, która nabyła prawo własności tego pojazdu. Nie było to jednak – bo tylko takie rozwiązanie przewidywała ustawa – nabycie będące skutkiem przeniesienia prawa własności w drodze czynności prawnej, lecz nabycie w wyniku przejścia prawa własności w drodze spadkobrania, a więc z mocy ustawy. Wprowadzone nowelizacją art. 31 ustawy rozwiązanie usunęło lukę, której skutkiem było niesłuszne różnicowanie zakresu praw posiadanych przez nowego właściciela pojazdu ze względu na sposób nabycia przez niego prawa własności tego pojazdu.

W efekcie istnienia powyższej luki, w poprzednim stanie prawnym w odniesieniu do spadkobierców istniała możliwość wypowiedzenia przez nich umowy jedynie w celu niedopuszczenia do zawarcia kolejnej, przy czym stosując ściśle art. 1027 k.c. zakłady ubezpieczeń wypowiedzenie uznawały za skuteczne dopiero po przedstawieniu postanowienia o nabyciu spadku. Bardzo często więc, pomimo świadomości spadkobiercy, iż aby nie doszło do zawarcia kolejnej umowy należy wypowiedzieć poprzednią, wznowienie umowy wbrew jego woli następowało.

Na marginesie, nowa regulacja nie tylko wprowadziła możliwość wcześniejszego rozwiązania umowy w razie nabycia prawa własności przez spadkobiercę, ale także zlikwidowała automatyzm zawarcia kolejnej umowy. Zgodnie bowiem z nowym brzmieniem art. 31 ust. 1 ustawy, w przypadku przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu, w braku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, umowa ta ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta. Regulacja ta dotyczy zarówno nabycia prawa własności w drodze przeniesienia tego prawa, jaki i jego nabycia w drodze spadkobrania.

Ubezpieczenia posagowe

Wstęp

Każdy rodzic wie, że z posiadaniem potomstwa poza radościami, wiązą się trudności. Ot, choćby tak prozaiczne jak znaczące koszty, które ponosimy na wychowanie, wykształcenie i ogólne rozumiane zapewnienie określonego standardu życia. Stare przysłowie mówi „małe dziecko – małe koszty, duże dziecko – duże koszty”. Uznając mądrość z niego płynącą można się zastanawiać jak ułatwić sobie w przyszłości sfinansowanie dziecku startu w dorosłe życie. Sporo osób pewnie kiedyś słyszało o ubezpieczeniu potocznie nazywanym polisą posagową. W poniższym artykule spróbuję przybliżyć charakter takiej umowy ubezpieczenia, wskazać podstawowe zalety i wady i zwrócić uwagę na najczęstsze problemy z nimi związane. Oczywiście niniejsze opracowanie może stanowić co najwyżej wskazówkę na co zwrócić uwagę – zasadniczą analizę opłacalności zawierania tzw. umowy zaopatrzenia dzieci należy zawsze przeprowadzić indywidualnie dla własnych potrzeb i możliwości finansowych.

Czym jest polisa posagowa?

Ubezpieczenie posagowe jest umową ubezpieczenia, która może mieć charakter *stricte* ochronny lub ochronno-oszczędnościowy. W każdym jednak przypadku podstawowym celem takiej umowy ubezpieczenia jest gromadzenie kapitału w dłuższym horyzoncie czasowym (np. 20 lat) na potrzeby wkraczającego w dorosłość dziecka. Najczęściej ubezpieczenie posagowe jest umową ubezpieczenia na życie rozszerzoną o możliwości oszczędzania pieniędzy z założeniem wypłacenia ich dziecku po osiągnięciu przez nie pełnoletniości. Na rynku jest wiele ofert, które się pomiędzy sobą nieznacznie różnią. Generalnie jednak patrząc można stwierdzić, że działające na polskim rynku towarzystwa oferują dwa rodzaje ubezpieczeń posagowych. W pierwszym ubezpieczającym i ubezpieczonym jest rodzic (choć nie ma żadnych formalnych przeciwwskazań aby były to inne osoby bliskie dziecku np. rodzice chrzestni czy dziadkowie). W drugim natomiast ubezpieczającym jest osoba dorosła, a ubezpieczonym dziecko. W obu przypadkach jako osobą uposażoną wskazuje się dziecko. Po wygaśnięciu umowy kapitał zgromadzony na koncie polisy będzie składał się z kwoty uzbieranej w posagowym funduszu inwestycyjnym, powiększonej o ewentualne zyski z części inwestycyjnej. Warto pamiętać, że podstawową funkcją ubezpieczenia jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej. Funkcja oszczędnościowa jest niejako drugorzędna. Wybór pomiędzy programem oszczędnościowym, a ochronno-oszczędnościowym powinien zależeć od tego czy rodzic woli przede wszystkim zebrać dziecku kapitał, czy też zabezpieczyć mu również pieniądze na wypadek swojej śmierci. W pewnym uproszczeniu można przyjąć, że ta druga opcja jest bardziej kosztowna, ponieważ ochrona życia pochłania sporą część składki. Tym samym należy się zdecydować czy całość składki ma być inwestowana czy też jej część ma być przeznaczana na ubezpieczenie na życie, a pozostała część inwestowana. Polisy posagowe z funduszem kapitałowym w zasadzie zawsze dają klientom możliwość wyboru rozmiaru ryzyka inwestycyjnego, w zależności od tego czy ubezpieczający wybierze np. fundusz zrównoważony, czy np. dynamiczny. Trzeba pamiętać, że ubezpieczenia z funduszem kapitałowym należy traktować jako inwestycję, a inwestycją się zarządza m.in. właśnie poprzez wybór odpowiedniego funduszu (i jego zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenia).

Standardowo konstrukcja ubezpieczenia przewiduje świadczenie dla dziecka nawet w przypadku niepłacenia składek spowodowanego śmiercią jednego z rodziców lub opiekunów. Z założenia ubezpieczenie posagowe jest produktem długoterminowym. Jako jego horyzont czasowy zwyczajowo ustala się moment osiągnięcia pełnoletniości lub 25 lat. Zdarza się, że umowy ubezpieczenia przewidują możliwość skrócenia okresu na jaki umowa została zawarta w razie zajścia ściśle określonych zdarzeń, takich jak podjęcie studiów wyższych lub zawarcie związku małżeńskiego. Analizując oferty tego rodzaju umów ubezpieczenia zauważyłem, że okresy obowiązywania proponowane przez ubezpieczycieli wahają się pomiędzy 5, a 25 lat przy czym zdecydowanie silniej promowane są oferty o dłuższych okresach obowiązywania. Nie bez znaczenia zapewne jest również fakt, że przy tej samej sumie ubezpieczenia i zakresie ochrony regularna składka może być nawet kilkukrotnie niższa niż przy umowie zawartej np. na 5 lat. W zasadzie wszystkie umowy ubezpieczenia zawierają możliwości opłacania regularnej składki z częstotliwością dogodną dla ubezpieczającego zatem w okresach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub raz do roku.

Suma ubezpieczenia i składka

Wysokość sumy ubezpieczenia zawsze będzie immanentnie związana z wysokością opłacanej składki. Jej wysokość zaś zawsze związana jest z możliwościami finansowymi ubezpieczającego. Pomijając jednak te (dość oczywiste) zastrzeżenia, o wysokości sumy ubezpieczenia warto myśleć w kontekście celu, który chcemy osiągnąć. Jeżeli celem jest odłożenie pieniędzy pozwalających młodemu człowiekowi sfinansować konkretną życiową potrzebę (zakup mieszka-



Marcin Bielecki
specjalista w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

nia, wyższe studia) to należy się zastanowić ile to kosztować może w przyszłości. Oczywiście pewnym przybliżeniem będą aktualne wartości tych dóbr. Ustalając wysokość sumy ubezpieczenia należy pamiętać o zmianie wartości pieniądza w czasie. Wartość tej zmiany określana jest przez wskaźnik inflacji. Postępująca inflacja powoduje, że nominalna wartość sumy ubezpieczenia wystarczająca w momencie zawierania umowy ubezpieczenia z upływem czasu straci na wartości. O ile przez ubezpieczającego zjawisko takie zapewne powitane zostanie z uznaniem w momencie opłacania składek (bo składka efektywnie się zmniejszy pomimo pozostania nominalnie na tym samym poziomie) o tyle w momencie wypłaty świadczenia wypłacana nominalna suma ubezpieczenia również będzie miała mniejszą wartość niż miała w momencie zawierania umowy ubezpieczenia (co zapewne nie zostałyby entuzjastycznie przyjęte). W skrajnym wypadku wpływ inflacji na wartość sumy ubezpieczenia (i składek) może mieć efekty takie jak w tzw. polisach posagowych starego portfela. Dlatego w mojej ocenie wskazane jest, aby umowa ubezpieczenia zawierała klauzulę o corocznej indeksacji składki i sumy ubezpieczenia. Jest to powszechna praktyka ubezpieczycieli, warto jednak przed zawarciem umowy ubezpieczenia zwrócić uwagę na ten element.

Zalety zawierania polis posagowych

W mojej ocenie do zalet omawianych rodzajów umów należy w pierwszym rzędzie zaliczyć:

- 1) otrzymanie kapitału przez dziecko po ukończeniu określonego wieku, co zapewne zdecydowanie ułatwi rozpoczęcie samodzielnego życia;
- 2) świadczenie zostanie wypłacone dziecku na koniec okresu ubezpieczenia; w polisach zawierających element inwestycyjny wysokość świadczenia powiązana będzie z efektywnością inwestowania;
- 3) prawne zwolnienie z podatku od zysków kapitałowych (w przypadku klasycznych ubezpieczeń kapitałowych);
- 4) umowa trwa aż do momentu, jaki został wyznaczony do odebrania świadczenia przez dziecko nawet jeżeli ubezpieczający wcześniej zmarł;
- 5) na etapie zawierania umowy ubezpieczający sam określa czas trwania umowy ubezpieczenia dostosowany do wieku dziecka i możliwości finansowych ubezpieczającego. Jednocześnie większość ubezpieczycieli dopuszcza możliwości dodatkowych wpłat (np. gdy dziecko otrzymuje pieniądze z okazji urodzin czy pierwszej Komunii);
- 6) w razie zajścia nieprzewidzianych trudności często istnieje możliwość zawieszenia opłacania składek bądź zamiany umowy na tzw. ubezpieczenie bezskładkowe lub też skrócenia okresu ubezpieczenia;
- 7) w ubezpieczeniach z elementem inwestycyjnym suma gwarancyjna zmienia się w zależności od wypracowanych przez ubezpieczyciela wyników finansowych z inwestowania.

Wady zawierania polis posagowych

Wypada również rozważyć czy zawieranie polisy posagowej ma jakieś wady. Wydaje mi się, że narzucają się dwie:

- 1) zależnie od decyzji co do sposobu opłacania składki zawarcie tego rodzaju umowy wiąże się z zamrożeniem na długi okres sporego kapitału (w przypadku składki jednorazowej) lub też (w przypadku opłacania regularnej składki) kwota składki staje się stałym dodatkowym obciążeniem domowego budżetu.
- 2) niestety, jest w Polsce spora grupa ludzi, którzy na tego typu produkcie ubezpieczeniowym się zawiedli; mam na myśli znany powszechnie problem z realizacją wypłat z ubezpieczeń posagowych tzw. starego portfela.

Problem polega na kontrowersyjnym poziomie waloryzacji świadczeń należnych na mocy umów ubezpieczenia na życie, zawartych z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń. Tytułem przypomnienia wyjaśnię, że do końca 1990 r. PZU, jako przedsiębiorstwo państwowe, powiązany był ściśle więzami finansowymi z budżetem państwa. Przemiany transformacyjne przełomu lat 80. i 90., objęły także cały rynek ubezpieczeniowy i spowodowały przekształcenie Państwowego Zakładu Ubezpieczeń w dwie odrębne spółki akcyjne. Jedną z nich (PZU Życie S.A.) przejęła po Państwowym Zakładzie Ubezpieczeń zobowiązania w zakresie ubezpieczeń na życie.

Okres transformacji ustrojowej, jak i hiperinflacji w latach 80. i na początku 90., doprowadził do znacznej dewaluacji polskiej waluty. Przez co nominalne sumy ubezpieczenia miały drastycznie inną wartość na moment wykupu polisy w porównaniu z ich wartością (i deklaracjami) w momencie zawierania umów. Co prawda każda z umów miała dodatkową klauzulę, gwarantującą zarządzeniem Prezesa zakładu ubezpieczeń coroczne urealnianie sumy gwarancyjnej poprzez zastosowanie odpowiedniego wskaźnika, jednakże nie zagwarantowało to pełnego bezpieczeństwa ubezpieczających. Z uwagi na pewne ograniczenia finansowe PZU Życie S.A., jak i fakt, że budżet państwa nie jest obowiązany do waloryzacji przedmiotowych świadczeń – często nie ma możliwości pełnej ich waloryzacji¹. Nie ulega jednak wątpliwości, że niedopuszczalne jest, aby cały ciężar skutków finansowych transformacji ustrojowej, jak i hiperinflacji, był ponoszony przez ubezpieczonych, którzy zawierali umowy ubezpieczenia, opłacając składki często kosztem znacznych wyrzeczeń. Tymczasem zdarzało się, że sumy ubezpieczenia mające w założeniu pomóc sfinansować dorosłemu dziecku zakup mieszkania przy wypłacie proponowanej przez PZU Życie S.A. pozwalały kupić np. średniej klasy rower. Ubezpieczeni powołują się w takich razach na możliwość dokonania waloryzacji świadczeń pieniężnych (art. 358¹ § 3 k.c.

¹ http://rzu.gov.pl/pytania-i-odpowiedzi/ubezpieczenia-zyciowe-nowe/Zaproponowano_mi_valoryzacje_polisy_posagowej_ubezpieczenia_zaopatrzenia_dzieci_z_tzw_starego_portfela_dlaczego_j_20715.

oraz podjętą na jego podstawie uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1992 r., sygn. akt III CZP 126/91, OSNC 1992, nr 7–8, poz. 121). Wspomniany wyżej przepis kodeksu cywilnego stanowi, iż w razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, sąd może – po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasadami współżycia społecznego, zmienić wysokość lub sposób spełnienia świadczenia pieniężnego, chociażby były ustalone w orzeczeniu lub w umowie.

W praktyce oznacza to, że waloryzacja nie podlega bezpośredniemu przeliczeniu wartości kwot sumy ubezpieczenia z dnia zawierania umowy i z dnia wypłaty świadczenia. Powyższe regulacje nie wyznaczają zatem precyzyjnego sposobu przeliczania tych świadczeń i waloryzacja poszczególnych świadczeń powinna być dokonywana indywidualnie, wraz z każdorazowym badaniem aktualnej sytuacji życiowej osoby uposażonej oraz możliwości finansowych zakładu ubezpieczeń. Nawet przyjmując, iż PZU Życie S.A. poniesie większość ciężaru zmiany wartości pieniądza to i tak często różnica pomiędzy oczekiwanymi, a faktycznie uzyskanymi świadczeniami jest ogromna. Oczywiście nie oznacza to, że sytuacja taka w przeciągu najbliższych dwóch dekad się powtórzy. Trudno nie zauważyć, że dzisiejsza sytuacja polityczno–gospodarcza jest zdecydowanie odmienna i stabilniejsza od ostatnich lat funkcjonowania PRL.

Zakończenie

Zawsze jest wiele powodów by nie oszczędzać, a to nie ma wolnych środków w rodzinnym budżecie, a to nie ma się czasu, żeby rozważyć jakie mamy faktyczne potrzeby i możliwości, czy też brak nam chęci czy wytrwałości, żeby zapoznać się z warunkami umowy, które, niestety, na ogół napisane są dość hermetycznym językiem. Tym niemniej wydaje mi się, że warto te trudności skonfrontować z potencjalnym ułatwieniem dziecku rozpoczęcia samodzielnego życia. Oczywiście nie ma umów idealnych, zawsze trzeba znaleźć kompromis pomiędzy możliwościami finansowymi, zakresem ochrony i sposobem inwestycji. Niewątpliwie wymaga to pewnego wysiłku. Jednakże w moim przekonaniu wobec bogactwa oferty rynkowej pewnie każdy jest w stanie znaleźć formułę najbardziej mu odpowiadającą. Do czego serdecznie zachęcam.

Dyskryminacja płciowa w ubezpieczeniach – wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/KE w zakresie ubezpieczeń majątkowych i osobowych w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości – sprawa C-236/09 (Test–Achats)¹



Małgorzata Więcko-Tułowicka
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

W ostatnich miesiącach tematem wywołującym szereg dyskusji jest problem dyskryminacji ze względu na płeć w umowach ubezpieczenia. W związku z wydanym dnia 1 marca 2011 r. wyrokiem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości od 21 grudnia 2012 r. nie będzie możliwe różnicowanie składek ani świadczeń ubezpieczeniowych ze względu na płeć ubezpieczonych. Niniejszą publikacją nie dokonuję oceny, czy wyrok Trybunału jest zgodny z wieloletnią praktyką i charakterystyką umów ubezpieczenia. Zasady określone przez ETS już niedługo będą musiały być stosowane w praktyce, dlatego niewątpliwie koniecznym jest szczegółowe zapoznanie się z uzasadnieniem wyroku oraz przyjrzenie się zaleceniom Komisji Europejskiej dotyczącym zasady równości płci w ubezpieczeniach. To właśnie omówienie tych dokumentów jest celem niniejszego artykułu.

Antydyskryminacyjne przepisy dyrektywy 2004/113/KE

Dyrektywa Rady 2004/113/KE z dnia 13 grudnia 2004 r. wprowadziła w życie zasadę równego traktowania mężczyzn i kobiet w zakresie dostępu do towarów i usług oraz dostarczania towarów i usług. Reguluje ona możliwość wykorzystywania czynników aktuarialnych związanych z płcią w ubezpieczeniach oraz innych powiązanych usługach finansowych. Dyrektywa ma zastosowanie jedynie do ubezpieczeń prywatnych, w tym prywatnych ubezpieczeń emerytalnych, nie dotyczy ubezpieczeń obowiązkowych ani związanych ze stosunkiem pracy. Zgodnie z art. 5 ust. 1 dyrektywy, państwa członkowskie zapewniają, że we wszystkich nowych umowach zawartych najpóźniej po dniu 21 grudnia 2007 r. użycie płci jako czynnika w kalkulowaniu składek i świadczeń do celów ubezpieczenia i powiązanych usług finansowych nie powoduje różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób. Zgodnie z art. 5 ust. 2 dyrektywy, państwa członkowskie mogły jednak przed 21 grudnia 2007 r. zdecydować o zezwoleniu na proporcjonalne różnice w składkach i świadczeniach poszczególnych osób, w przypadkach, w których użycie płci jest czynnikiem decydującym w ocenie ryzyka opartym na odpowiednich i dokładnych danych aktuarialnych i statystycznych. W żadnym wypadku, koszty związane z ciążą i macierzyństwem nie mogą powodować różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych osób. Zasada ta została nazwana „zasadą równości płci”.

W wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 1 marca 2011 r. znanym jako „sprawa Test–Achats” art. 5 ust. 2 wskazanej dyrektywy został uznany za nieważny z dniem 21 grudnia 2012 r. Trybunał Sprawiedliwości uznał, że umożliwienie państwom członkowskim uchylecia się od zasady równości płci, ustanowionej w art. 5 ust. 1 dyrektywy, bez żadnych ograniczeń czasowych jest działaniem sprzeciwiającym się równemu traktowaniu kobiet i mężczyzn w odniesieniu do kalkulacji składek i świadczeń ubezpieczeniowych, a więc jest również działaniem sprzecznym z głównym celem dyrektywy, a także z art. 21 oraz 23 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. W wyroku Trybunał uzasadnił, iż art. 5 ust. 2 dyrektywy należy uznać za nieważny z upływem okresu transpozycji, który zakończy się dnia 21 grudnia 2012 r. Wynika z tego, iż wymóg zakazu dyskryminacji ze względu na płeć zawarty w art. 5 ust. 1 dyrektywy od tego dnia musi być stosowany bez jakichkolwiek wyjątków.

Czynniki związane z płcią w ubezpieczeniach

W chwili obecnej, wszystkie państwa członkowskie zezwalają na stosowanie rozróżnień związanych z płcią w odniesieniu do przynajmniej jednego rodzaju ubezpieczenia. W szczególności, we wszystkich państwach członkowskich ubezpieczyciele są uprawnieni do stosowania płci jako czynnika oceny ryzyka w ubezpieczeniach na życie. Czynnikiem płci wykorzystywany jest głównie w ubezpieczeniach komunikacyjnych, ubezpieczeniach na życie oraz ubezpieczeniach zdrowotnych. Z tego powodu, wyrok ETS będzie miał wpływ na wszystkie państwa członkowskie, w tym również Polskę. W związku z faktem, iż interpretacja wyroku ETS może skutkować powstaniem rozmaitych wątpliwości odnośnie

¹ Na podstawie informacji Komisji Europejskiej 2012/C 11/01.

stosowania określonych przez Trybunał zasad, dnia 13 stycznia 2012 r. Komisja Europejska wydała wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/KE w świetle wyroku w sprawie Test–Achats².

Jak wyjaśniła Komisja Europejska, po wyroku w sprawie Test–Achats, możliwym pozostaje jednak stosowanie niektórych praktyk, takich jak: pozyskiwanie, przechowywanie oraz użycie czynnika płci lub informacji związanych z płcią. Ubezpieczyciele będą więc nadal uprawnieni do wykorzystywania takich danych w celu ustalenia wysokości rezerw techniczno–ubezpieczeniowych zgodnie z przepisami dotyczącymi wypłacalności oraz do monitorowania produktów ubezpieczeniowych z perspektywy wyceny ogólnej. Za dozwolone Komisja Europejska uznała ponadto stosowanie czynnika płci w umowach reasekuracyjnych, w tym w ustalaniu składek z tytułu takich umów z zastrzeżeniem, iż nie może mieć on wpływu na późniejszą indywidualną wycenę składki ani świadczenia osoby ubezpieczonej. Zakaz różnicowania wysokości składek i świadczeń ubezpieczeniowych nie oznacza ponadto, iż czynniki te nie mogą być wykorzystywane w celach marketingowych i reklamowych. Tak więc ubezpieczyciele mogą kierować reklamę swoich produktów do jednej płci w celu np. zachęcenia do skorzystania z usług osób cechujących się mniejszym ryzykiem. Jednocześnie, Komisja Europejska wskazała, iż ubezpieczyciel nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia ze względu na płeć osoby potencjalnie ubezpieczonej.

Czynnik płci może być również używany w celach underwriting’u w umowach ubezpieczenia na życie oraz w ubezpieczeniach zdrowotnych. Komisja wskazała, iż zasada równości płci oznacza, iż dwie osoby różnej płci nie mogą płacić różnych składek ubezpieczeniowych ani otrzymywać świadczeń ubezpieczeniowych w różnych wysokościach tylko dlatego, że mają inną płeć. Niemniej jednak inne czynniki ryzyka, takie jak statut zdrowotny czy wywiad rodzinny, na podstawie których dokonywane jest rozróżnienie wysokości składki i świadczeń, mogą nadal być stosowane. Ubezpieczyciele muszą mieć bowiem możliwość brania płci pod uwagę np. w zakresie stanu zdrowia osoby ubezpieczonej, ze względu na oczywiste, fizjologiczne różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami. Komisja Europejska uznała ponadto za dopuszczalne oferowanie produktów ubezpieczeniowych skierowanych wyłącznie do jednej płci, w tym uwzględnianie w treści umowy ubezpieczenia warunków lub wyłączeń dotyczących jednej z płci. Możliwość ta nie dotyczy jednak ciąży i macierzyństwa ze względu na wprowadzoną przepisem art. 5 ust. 3 dyrektywy – zasadę solidarności płciowej.

Wyrok w sprawie Test–Achats dotyczy wyłącznie wykorzystywania płci jako czynnika oceny ryzyka, a nie wszystkich innych danych posiadanych przez ubezpieczycieli. Mimo to, należy mieć na uwadze fakt, że zgodnie z art. 2b dyrektywy, dyskryminacja pośrednia ma miejsce w sytuacji, gdy neutralny czynnik ryzyka stawia osobę ubezpieczoną określonej płci w pozycji dalece mniej korzystnej. W odróżnieniu od dyskryminacji bezpośredniej, pośrednia dyskryminacja może być uznana za zgodną z przepisami, jeżeli cel jej zastosowania jest zgodny z prawem, a środki wykorzystane do jego uzyskania są stosowne i niezbędne. Tak więc wykorzystywanie czynników ryzyka związanych z płcią pozostaje możliwe dopóty, dopóki to one są przyczyną różnicowania składek i świadczeń, a nie sam fakt bycia kobietą bądź mężczyzną. Tym samym, jak wyjaśniła Komisja Europejska, wyrok w sprawie Test–Achats nie dotyczy stosowania przy wyliczaniu składki i świadczeń czynnika wieku czy niepełnosprawności. Europejski Trybunał Sprawiedliwości wskazał bowiem, iż stosowanie zasady równości płci oznacza, iż w porównywalnych sytuacjach ubezpieczeni muszą być traktowani w ten sam sposób, a jednocześnie różne sytuacje nie mogą być traktowane jednakowo, chyba że jest to obiektywnie uzasadnione, a ocena porównywalności sytuacji jest dokonywana w świetle zasad określonych przez Unię Europejską.

Jednocześnie, przepisy innych dyrektyw, w tym art. 9 ust. 1h dyrektywy 2006/54/KE³ zezwalający na ustanawianie różnych poziomów świadczeń w odniesieniu do kobiet i mężczyzn, jeżeli jest to uzasadnione stosowaniem czynników aktuarialnych nie został zakwestionowany. Komisja Europejska uznała, iż wyrok Trybunału nie ma wpływu na powyższy przepis, który jest stosowany w odniesieniu do innych i oczywiście odrębnych ubezpieczeń pracowniczych, i który to przepis jest skonstruowany w sposób zupełnie odmienny od art. 5 ust. 2 dyrektywy 2004/113/KE.

Ramy czasowe stosowania nowych zasad w ubezpieczeniach

Zasada równości płci w umowach ubezpieczenia będzie miała zastosowanie jedynie do nowych umów zawartych od dnia 21 grudnia 2012 r., jednak pojęcie „nowej umowy” nie zostało zdefiniowane. Dlatego Komisja Europejska w swoich wytycznych postanowiła określić co uznane zostanie za nową umowę, do której należy stosować zasady anty–dyskryminacyjne. Nową umową jest więc zgodne oświadczenie woli wszystkich stron umowy ubezpieczenia w tym oświadczenie dotyczące wprowadzenia zmian w obowiązującej umowie. Za nową umowę ubezpieczenia uznana zostanie również zmiana dotychczasowej umowy ubezpieczenia, która została przez strony dokonana od dnia 21 grudnia 2012 r. Jako przykłady takich umów Komisja wskazała: umowy ubezpieczenia zawarte po raz pierwszy w dniu 21 grudnia 2012 r., w tym zaakceptowanie oferty w tym dniu, umowy zawarte od dnia 21 grudnia 2012 r.

² Informacja dla Instytucji Unii Europejskiej – Wytyczne dotyczące stosowania dyrektywy 2004/113/EC do umów ubezpieczenia w świetle wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie C–236/09 (Test–Achats), Dz.U.U.E.C 2012.11.1.

³ Dyrektywa 2006/54/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie wprowadzenia w życie zasady równości szans oraz równego traktowania kobiet i mężczyzn w dziedzinie zatrudnienia i pracy (Dz. U.U.E.L 2006.204.23).

przedłużające obowiązywanie poprzedniej umowy, które bez takiego przedłużenia wygasają. Natomiast jako przykłady umów nieobjętych zasadą równości płci powołano umowy automatycznie przedłużone na podstawie wcześniej ustalonych warunków umowy, a także umowy, w których zmiana następuje w związku z okolicznościami ustalonymi wcześniej, w odniesieniu do których nie jest wymagana zgoda ubezpieczającego. Nie objęte nowymi zasadami antydyskryminacyjnymi pozostają także umowy, które w związku z wcześniejszymi ustaleniami stron, wchodzi w życie od dnia 21 grudnia 2012 r., na podstawie jednostronnego oświadczenia woli ubezpieczającego. Zasada równości płci nie będzie miała ponadto zastosowania do umów ubezpieczenia, które dotyczą przeniesienia portfela do innego ubezpieczyciela.

W 2014 r. Komisja Europejska opublikuje raport dotyczący wdrożenia we wszystkich państwach członkowskich zasady równości płci w ubezpieczeniach.

Warunkowanie wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych od przeniesienia prawa własności do ruchomości należących do poszkodowanego



Mateusz Kościelniak
specjalista w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Wstęp

W toku podejmowanych działań związanych z postępowaniami skargowymi oraz bieżącym udzielaniem pomocy osobom poszkodowanym oraz ubezpieczającym, Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegł pewien model postępowania zakładów ubezpieczeń, który nie znajduje oparcia w świetle obowiązujących przepisów prawa oraz w stanowisku judykatury. Model ten, polega na uzależnianiu wypłaty świadczenia odszkodowawczego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych od przeniesienia przez poszkodowanego prawa własności ruchomości, które uległy uszkodzeniu w wyniku zdarzenia rodzącego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Przeważnie ruchomościami tymi są: części uszkodzonego pojazdu mechanicznego, odzież, kaski motocyklowe. Żądanie od poszkodowanych przedłożenia prawa własności występuje samoistnie bądź wraz z innymi żądaniami, takimi jak: przedstawienie faktur źródłowych dokumentujących nabycie części, faktur potwierdzających dokonane naprawy, przeprowadzenie dodatkowych oględzin po naprawie pojazdu mechanicznego. W toku prowadzonej korespondencji, ubezpieczyciel również nie podaje powodów uzasadniających jego żądania, które *de facto* powodują stawianie poszkodowanym dodatkowych i nieuzasadnionych barier utrudniających uzyskanie świadczenia w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zasady przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego

Rzecznik Ubezpieczonych wyraża zapatrywanie, iż powyższa praktyka nie znajduje umocowania w świetle powszechnie obowiązujących przepisów oraz ma na celu nałożenie dodatkowych obowiązków na osoby poszkodowane. Należy pamiętać, iż obowiązek rzetelnego oraz sprawnego przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego ciąży na zakładzie ubezpieczeń. Stosownie bowiem do treści przepisu art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.), po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub w ustawie zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia (art. 16 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Natomiast, jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej (art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Przepis powyższy reguluje zatem sposób przeprowadzenia przez ubezpieczyciela tzw. postępowania likwidacyjnego. Terminy, w których ubezpieczyciel powinien wypłacić świadczenie z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych określone są natomiast w art. 14 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.). Zgodnie z tym przepisem, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W przypadku gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W 30-dniowym terminie, zakład

ubezpieczeń zawiadamia na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

Przepis art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej określa początek postępowania likwidacyjnego. Czynnością prawną, która „uruchamia” procedurę wyjaśnienia przez zakład ubezpieczeń swojej odpowiedzialności oraz wysokości szkody, jest zgłoszenie zawiadomienia przez poszkodowanego. Jak wskazuje jednolity kierunek orzecznictwa Sądu Najwyższego¹, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku zakład ubezpieczeń obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz do aktywnego, samodzielnego zbadania okoliczności wypadku i wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty.

Jak zaznaczono uprzednio, podstawową czynnością zakładu ubezpieczeń na wstępnym etapie postępowania likwidacyjnego, jest zażądanie od osoby zgłaszającej roszczenie przedstawienia dokumentów, które są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia. Przepis art. 16 wyżej cytowanej ustawy, ogranicza zatem zakres żądania tylko i wyłącznie do dokumentów, nie natomiast do przeniesienia określonych praw (w tym i prawa własności czy też posiadania). Co za tym idzie, ubezpieczyciel przeprowadzający procedurę likwidacji szkody z ubezpieczenia OC posiadaczy nie ma skutecznej podstawy prawnej do żądania od osoby poszkodowanej przeniesienia praw własności do określonych rzeczy. W szczególności, nie może on odmówić wypłaty świadczenia w sytuacji, gdy poszkodowany nie zadośćuczyni żądaniu kierowanym przez ubezpieczyciela.

Podstawowym celem przeprowadzenia postępowania jest również ustalenie wysokości świadczenia w taki sposób, aby skompensować uszczerbek powstały w majątku poszkodowanego w wyniku zdarzenia rodzącego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Stosownie bowiem do treści art. 363 k.c., naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże, gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu. Jeżeli naprawienie szkody ma nastąpić w pieniądzu, wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania, chyba że szczególne okoliczności wymagają przyjęcia za podstawę cen istniejących w innej chwili. Przykładowo: w zdarzeniu ulegają uszkodzeniu ubrania poszkodowanego motocyklisty. W takiej sytuacji, zakład ubezpieczeń przeprowadzając postępowanie likwidacyjne powinien oszacować rozmiar uszkodzeń oraz dokonać wypłaty świadczenia ustalonego stosownie do treści art. 363 k.c., tak aby zrekompensować poszkodowanemu poniesiony w wyniku zdarzenia uszczerbek majątkowy. Powinien również oszacować, czy następuje tzw. „szkoda częściowa” czy też „całkowita”. Do oceny rodzaju powstałej szkody w rzeczy, należałoby zastosować analogicznie rozróżnienie przedstawione m.in. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 lutego 1992 r. (sygn. akt I ACr 30/92, OSA 1993, nr 5, poz. 32), gdzie wskazano, iż szkoda częściowa ma miejsce wówczas, gdy uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości w dniu ustalenia przez zakład ubezpieczeń tego odszkodowania, natomiast szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu w dniu likwidacji szkody. Jeżeli zatem, ubezpieczyciel może w toku likwidacji szkody, zweryfikować czy dana rzecz nadaje się do naprawy to powinien wypłacić odpowiednią sumę pieniężną umożliwiającą dokonanie stosownych napraw. Natomiast, gdy rzecz nie nadaje się do jakiegokolwiek rekonstrukcji, a pozostałość przedstawia realną wartość rynkową, to ubezpieczyciel powinien wypłacić odszkodowanie za tę rzecz, ustalone według metody dyferencyjnej. Analogicznie jak przy szkodzie całkowitej w pojeździe, ubezpieczyciel powinien ustalić świadczenie w wysokości odpowiadającej różnicy pomiędzy wartością rzeczy w stanie nieuszkodzonym, a wartością pozostałości. Na marginesie należy zwrócić uwagę, iż metoda ta została zaaprobowana i ujednoliconą w orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych². Jeżeli uszkodzona rzecz nie przedstawiałaby żadnej wartości rynkowej, to kompensata udzielona przez ubezpieczyciela powinna odpowiadać wartości tej rzeczy w stanie sprzed zdarzenia.

W żadnym z powyższych przypadków, ubezpieczyciel nie powinien warunkować wypłaty świadczenia od przeniesienia prawa własności do rzeczy, które uległy uszkodzeniu lub zniszczeniu w zdarzeniu rodzącym odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń.

Powstaje również pytanie, w jakim celu ubezpieczyciel formułuje tego typu żądanie. Niewykluczone, iż jest to kolejna, nieuzasadniona próba ubezpieczyciela od uchylenia się od odpowiedzialności. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż stosownie do treści wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2006 r. (sygn. Akt V CSK 90/5, niepubl.), poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń *per fas et nefas* możliwości uchylenia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie

¹ Zob. wyrok SN z dnia 10 stycznia 2000 r. (sygn. akt III CKN 1105/98, OSNC 2000, nr 7–8, poz. 134), a także wyrok z dnia 19 września 2002 r. (sygn. akt V CKN 1134/00, LEX nr 57224).

² Zob. przykładowo: wyrok SN z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371/70, OSNC 1971, nr 5, poz. 93), wyrok SN z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01, LEX nr 157324), wyrok SN z dnia 20 lutego 2002 r. (sygn. akt V CKN 903/00, OSNC 2003, nr 1, poz. 15), wyrok Sądu Rejonowego w Łodzi z dnia 28 stycznia 2008 r. (sygn. akt II C 725/06, niepubl.).

tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt niełojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną.

Opisywana praktyka jest również próbą stawiania poszkodowanemu przez ubezpieczyciela nadmiernych formalności w toku procesu likwidacji szkody. Takie działanie rażąco narusza interesy ekonomiczne i prawne osób poszkodowanych.

Warto również zaznaczyć, iż poszkodowany nie powinien być obarczany w postępowaniu likwidacyjnym szczególnymi obowiązkami dowodowymi. Być może, ubezpieczyciel kierując żądaniem przeniesienia prawa własności domniemywa, iż poszkodowany nie jest właścicielem rzeczy. Jednakże, to na ubezpieczycielu ciąży ustawowy obowiązek udowodnienia przyczyn uzasadniających odmowę bądź wypłatę świadczenia odszkodowawczego. Stosownie bowiem do treści art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, PBUK i UFG, jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń ma obowiązek poinformowania o tym na piśmie osoby występującej z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie.

Zgodnie z aktualną linią orzecznictwa³, poszkodowany poza oczywistym prawem do otrzymania pełnego świadczenia odszkodowawczego, posiada niewielkie obowiązki proceduralne, takie jak: wystąpienie z wnioskiem zgłoszenia szkody, udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego. Zasadniczy ciężar przeprowadzenia postępowania spoczywa na ubezpieczycielu. Ponadto, w wyroku z dnia 19 września 2002 r. (sygn. akt V CKN 1134/00, niepubl.) Sąd Najwyższy podkreślił, iż zakład ubezpieczeń ma obowiązek po zgłoszeniu zawiadomienia o wypadku, samodzielnego przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, tj. ustalenia zarówno przesłanek swej odpowiedzialności, jak i okoliczności wypadku i wysokości szkody. Podkreślił także, iż obowiązku tego ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty.

Omawiając zasady przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, nie sposób pominąć zagadnienia związanego z rozkładem ciężaru dowodu, który kształtuje się odmiennie w toku procesu likwidacyjnego, aniżeli w cywilnym procesie sądowym, gdzie obowiązuje zasada kontradyktoryjności.

W stanowisku judykatury wyraźnie ukształtował się pogląd, iż zasady przedstawione w art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie odnoszą się do procesu cywilnego, lecz do postępowania likwidacyjnego, które z założenia nie jest postępowaniem spornym, w jakim mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c.⁴ Nie budzi wątpliwości, iż w postępowaniu likwidacyjnym obowiązują znacznie odmiennie wymogi w zakresie dowodzenia, aniżeli w postępowaniu cywilnym, gdzie zasada kontradyktoryjności ma charakter obligatoryjny.

Zasady prowadzenia przez zakład ubezpieczeń postępowania likwidacyjnego należy również oceniać przez pryzmat zasady współdziałania dłużnika z wierzycielem określonej w art. 354 k.c. oraz zawodowego miernika staranności, który zawiera norma art. 355 § 2 k.c. Stosownie do treści pierwszego z wymienionych przepisów, dłużnik (tj. zakład ubezpieczeń) powinien wykonywać swoje zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. Warunkowanie wypłaty świadczenia odszkodowawczego od przekazania rzeczy jest niewątpliwie naruszeniem zasady określonej w treści art. 354 k.c. Stosownie natomiast do treści art. 355 § 2 k.c., należyta staranność w przedmiocie wykonywania zobowiązania przez ubezpieczyciela, w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

Ochrona prawa własności i stanu posiadania

Wyżej opisane żądanie należałoby również rozpatrywać na tle przepisów prawa rzeczowego. Z punktu widzenia tych norm, poszkodowany jest przecież właścicielem rzeczy, a także ich posiadaczem samoistnym. W związku z powyższym, przysługuje mu szczególna ochrona przewidziana w przepisach kodeksu cywilnego normujących zagadnienia stosunków prawno-rzeczowych.

Zgodnie z treścią art. 140 k.c., w granicach określonych przez ustawy i zasady współżycia społecznego właściciel może, z wyłączeniem innych osób, korzystać z rzeczy zgodnie ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem swego prawa, w szczególności może pobierać pożytki i inne dochody z rzeczy. W tych samych granicach może rozporządzać rzeczą. Przepis powyższy wyznacza treść prawa własności oraz granice jego wykonywania. Podmiot, który włada rzeczą jak właściciel jest zarazem jej posiadaczem samoistnym (art. 336 k.c. w zw. z art. 339 k.c.). Jak wskazywano wielokrotnie w doktrynie i judykaturze, elementami posiadania jest wola władania określoną rzeczą (tzw. *animus*) oraz faktyczne władztwo nad nią (tzw. *corpus*). Nie ulega wątpliwości, iż poszkodowany będący właścicielem określonego pojazdu jest również posiadaczem samoistnym elementów tegoż pojazdu oraz jego wyposażenia. Również poszkodowany mo-

³ Zob. wyrok SN z 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 387/01, niepubl.) oraz wyrok SN z dnia 25 sierpnia 1994 r. (sygn. akt III CZP 107/94, OSNC 1995, nr 1, poz. 15).

⁴ Orzeczenie SN z dnia 18 listopada 2009 r. (sygn. akt II CSK 257/09, niepubl.).

tocyklista będący właścicielem np. kasku, odzieży i innych akcesoriów służących do poruszania się motocyklem, jest ich posiadaczem samoistnym. Prawo własności i związane z tym posiadanie jest szczególnie chronione przez normy prawa rzeczowego. Zgodnie z przepisem art. 341 k.c. domniemywa się, iż posiadanie jest zgodne ze stanem prawnym. Nie wolno również naruszać posiadania, chociażby posiadacz znajdował się w złej wierze (art. 342 k.c.). Właścicielowi, w razie naruszenia prawa własności przysługują roszczenia przewidziane w art. 222 k.c. Stosownie do § 1 tego przepisu, właściciel może żądać od osoby, która włada faktycznie jego rzeczą, ażeby rzecz została mu wydana, chyba że osobie tej przysługuje skuteczne względem właściciela uprawnienie do władania rzeczą. Jest to tzw. roszczenie windykacyjne. Hipotetycznie, poszkodowany mógłby skierować takie żądanie względem ubezpieczyciela, w sytuacji gdy np. w toku likwidacji szkody pracownik ubezpieczyciela zawłaszczyłby bez zgody poszkodowanego ruchomość, która uległa uszkodzeniu w wyniku zdarzenia. Roszczenie takie byłoby również uzasadnione, gdyby poszkodowany oddał rzecz ubezpieczycielowi będąc w błędnym przekonaniu, iż żądanie zakładu ubezpieczeń jest uzasadnione. W art. 222 § 2 k.c. przewidziane jest również tzw. roszczenie negatoryjne. Norma ta stanowi, iż przeciwko osobie, która narusza własność w inny sposób aniżeli przez pozbawienie właściciela faktycznego władztwa nad rzeczą, przysługuje właścicielowi roszczenie o przywrócenie stanu zgodnego z prawem i o zaniechanie naruszeń.

Zgoda poszkodowanego na przekazanie rzeczy

Jedyną sytuacją, kiedy zakład ubezpieczeń może przejść na własność rzeczy należące do poszkodowanego jest zgoda właściciela na przeniesienie prawa własności. Zgoda taka powinna zostać wyrażona w postaci oświadczenia woli złożonego przez poszkodowanego w toku postępowania likwidacyjnego. Stosownie do treści art. 60 k.c., z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej (oświadczenie woli). Biorąc pod uwagę powyższy przepis, oświadczenie woli może być wyrażone oraz dorozumiane. W toku procedury likwidacyjnej, wyrażenie zgody na przekazanie rzeczy może być dokonane w formie ustnej bądź pisemnej. Dorozumiane wyrażenie zgody może nastąpić np. poprzez przekazanie ruchomości na rzecz zakładu ubezpieczeń. Aby powyższe oświadczenie poszkodowanego stało się skuteczne, powinien on mieć świadomość, iż przekazuje rzeczy dobrowolnie, a żądanie ubezpieczyciela nie jest poparte jakimikolwiek przepisami prawa.

Ochrona poszkodowanych przed praktykami zakładu ubezpieczeń

Powyższą praktykę można kwalifikować w świetle przepisu art. 24 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.; dalej: u.o.k.i.k.) jako naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Oczywiście, zastosowanie powyższego przepisu może być skuteczne wówczas gdyby uznać, iż poszkodowany jest konsumentem w świetle art. 22¹ k.c. Wobec wątpliwości, które pojawiły się na tle interpretacji tych pojęć, działania Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów względem poszkodowanych zostały w znacznej mierze ograniczone. Na marginesie należy zaznaczyć, iż pozbawienie poszkodowanego statusu konsumenta ogranicza kompetencje Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sferze potencjalnych naruszeń prawa przez ubezpieczycieli wobec osób poszkodowanych. Interesy prawne i ekonomiczne osób poszkodowanych są szczególnie narażone na naruszenia, które mogą wystąpić w toku przeprowadzania procedury likwidacyjnej z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Rzecznik Ubezpieczonych stoi bowiem na stanowisku, iż poszkodowanemu należy przyznać status konsumenta w świetle art. 22¹ k.c., bowiem zgłoszenie zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczycielowi, jest niewątpliwie czynnością prawną niezwiązaną bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową.

Niezależnie od powyższego, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych taka praktyka, o ile stosowana jest wobec szerokiego kręgu poszkodowanych, może wyczerpywać znamiona naruszenia zbiorowych interesów konsumentów. Stosownie do treści art. 24 ust. 2 u.o.k.i.k., przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy. W świetle tej normy, przesłanką uznania praktyki naruszającej zbiorowe interesy jest bezprawność. Nie budzi wątpliwości, iż żądanie przekazania prawa własności do ruchomości jest działaniem – jak już uprzednio wskazano – pozbawionym podstawy prawnej. Bezprawność rozumiana jest jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym. Pojęcie „porządek prawny” obejmuje nakazy i zakazy wynikające z normy prawnej, a także nakazy i zakazy wynikające z norm moralnych i obyczajowych określanych jako zasady współżycia społecznego. Bezprawność jest kategorią obiektywną. Rozważenia przy ocenie bezprawności wymaga kwestia, czy zachowanie przedsiębiorcy było zgodne, czy też niezgodne z obowiązującymi zasadami porządku prawnego. Źródłem tych zasad są normy prawa powszechnie obowiązującego oraz nakazy i zakazy wynikające z zasad współżycia społecznego (dobre obyczaje). O bezprawności działania decyduje w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego całokształt okoliczności konkretnego stanu faktycznego⁵. Sąd Najwyższy wskazał również, że o bezprawności działania można mówić wówczas, gdy nie zachodzi żadna ze szczególnych okoliczności usprawiedliwiających określone działanie. Okolicznościami tymi

⁵ Tak SN w wyroku z dnia 8 maja 2001 r. (sygn. akt I PKN 267/2001, OSNP 2004, nr 16, poz. 99).

są: działanie w ramach porządku prawnego, tj. działanie dozwolone przez obowiązujące przepisy, wykonywanie prawa podmiotowego, zgoda pokrzywdzonego oraz działanie w obronie uzasadnionego interesu⁶.

Podsumowanie

Praktyka warunkowania wypłaty odszkodowania od przekazania własności rzeczy należących do poszkodowanego być może nie przybiera aż tak powszechnego wymiaru jak działania ubezpieczycieli związane z zaniżaniem wypłaty świadczenia w oparciu o ceny części zamiennych oraz dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych z tytułu zużycia eksploatacyjnego części uszkodzonych w zdarzeniu. Jednakże, jest ona stosowana wobec osób poszkodowanych bez podstaw prawnych, przez co może dochodzić do naruszenia prawa własności i ochrony posiadania. Ubezpieczyciel będący podmiotem profesjonalnym, prowadzący postępowanie likwidacyjne, nie powinien nakładać tego typu nieuzasadnionych obowiązków na osoby poszkodowane. W świetle przytoczonych poprzednio norm prawnych oraz stanowiska judykatury, to na zakładzie ubezpieczeń ciąży obowiązek przeprowadzenia postępowania w sposób stwarzający jak najmniejsze utrudnienia dla osób poszkodowanych.

Należy pamiętać, iż w razie bezprawnego zaboru rzeczy należących do poszkodowanego, posiada on jako właściciel, prawne instrumenty umożliwiające ochronę swego prawa. Bezprawność żądania ubezpieczyciela wyłączona byłaby przez zgodę poszkodowanego na przekazania rzeczy. Zgoda taka powinna zostać wyrażona w toku postępowania likwidacyjnego w sposób wyraźny bądź dorozumiany. Wyrażając swoją wolę, poszkodowany powinien mieć świadomość, iż nie jest zobowiązany do przekazania rzeczy.

⁶ Por. wyrok SN z dnia 19 października 1989 r. (sygn. akt II CR 419/89, OSP 1990, nr 11–12, poz. 377).

Jakie stawki za roboczogodziny zobowiązany jest zwrócić poszkodowanemu zakład ubezpieczeń? – tendencje w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych

Wprowadzenie

Biorąc pod uwagę praktykę ubezpieczycieli polegającą na uśrednianiu w kosztorysie szkody stawek za roboczogodziny warsztatów naprawczych, poniżej przedstawiam, w mojej ocenie, najważniejsze orzeczenia Sądu Najwyższego i sądów powszechnych dotyczące tej problematyki.

Poniższa linia orzecznicza wyraźnie wskazuje, że podczas wyceny szkody pod uwagę należy brać taką kwotę za roboczogodzinę, jakiej realnie żąda warsztat samochodowy dokonujący naprawy. Uśrednianie przez ubezpieczycieli stawek za robociznę nie powinno, w opinii sądów, mieć miejsca, gdyż takie działania nie rekompensują w pełni powstałej szkody, co oznacza, że są niezgodne z zasadą pełnej kompensaty szkody zawartą w art. 361 k.c.

Analizując orzeczenia sądów powszechnych dotyczące omawianej problematyki, zauważyć można, że kluczową dla ich rozważań wydaje się być uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2003 r. (sygn. akt III CZP 32/03, OSNC 2004, nr 4, poz. 51).

Orzecznictwo Sądu Najwyższego

Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 13 czerwca 2003 r. (sygn. akt III CZP 32/03, OSNC 2004, nr 4, poz. 51) stwierdził, iż koszty przysługujące w ramach odszkodowania z tytułu odpowiedzialności cywilnej za uszkodzenie samochodu muszą być niezbędne i ekonomicznie uzasadnione z uwzględnieniem jednak cen występujących na lokalnym rynku.

Niezbędnymi kosztami naprawy w opinii Sądu są „(...) takie koszty, które zostały poniesione w wyniku przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu jego technicznej używalności istniejącej przed wyrządzeniem szkody przy zastosowaniu technologicznej metody odpowiadającej rodzajowi uszkodzeń pojazdu mechanicznego”. Jeśli chodzi o koszty ekonomicznie uzasadnione, zadaniem Sądu muszą to być koszty „ustalone według cen, którymi posługuje się wybrany przez poszkodowanego warsztat naprawczy dokonujący naprawy samochodu”.

W swoich rozważaniach Sąd Najwyższy podkreślił, że „Nie ma (...) znaczenia fakt, że ceny te odbiegają (są wyższe) od cen przeciętnych dla określonej kategorii usług naprawczych na rynku. Jeżeli nie kwestionuje się uprawnienia do wyboru przez poszkodowanego warsztatu samochodowego mającego dokonać naprawy, miarodajne w tym zakresie powinny być ceny stosowane właśnie przez ten warsztat naprawczy. Przyjęcie cen przeciętnych dla określenia wysokości przysługującego poszkodowanemu odszkodowania, niezależnie od samej metody ich wyliczania, która może być zróżnicowana, nie kompensowałoby poniesionej przez poszkodowanego szkody, gdyby ceny przyjęte w warsztacie naprawczym były wyższe od przeciętnych”.

Sąd Najwyższy zauważył ponadto, że „Uwzględnienie kosztów naprawy samochodu wyłącznie przy uwzględnianiu ceny przeciętnej prowadzić mogłoby do relatywizacji w zakresie ustalenia wysokości odszkodowania należnego poszkodowanym posiadaczom pojazdów mechanicznych, gdyż różne mogą być metody obliczania cen przeciętnych w odniesieniu do poszczególnych usług naprawczych oferowanych na rynku. Otwarta pozostałaby także kwestia terytorialnego aspektu obliczania takich cen. Gdyby zastosować w tym zakresie regułę średnich cen obowiązujących na rynku krajowym, to przy zróżnicowaniach cen w poszczególnych regionach Polski, np. w związku ze wzmożonym popytem na określone usługi naprawcze w niektórych rejonach i aglomeracjach kraju, doszłoby do wypłaty poszkodowanym odszkodowań ubezpieczeniowych ewidentnie zaniżonych w stosunku do kosztów poniesionych w związku z naprawą uszkodzonego pojazdu. Terytorialny aspekt kształtowania się cen stosowanych przez zakłady naprawcze w zakresie różnych kategorii usług naprawczych należy brać pod uwagę także wówczas, gdy odrzuca się możliwość przyjmowania w zakresie ustalania wysokości odszkodowania formuły cen przeciętnych. Poszkodowany mógłby dokonać naprawy samochodu np. w miejscu zamieszkania lub w miejscu uszkodzenia samochodu. Miejsca te wyznaczają jednocześnie rynek lokalny usług naprawczych, tj. krąg podmiotów świadczących usługi naprawcze na określonym obszarze. Jeżeli zatem poniesione przez poszkodowanego koszty naprawy samochodu odpowiadają cenom stosowanym przez usługodawców na lokalnym rynku i jednocześnie można te koszty zaliczyć do kategorii niezbędnych i ekonomicznie uzasadnionych, ubezpieczyciel nie miałby podstaw do odmowy wypłaty odszkodowania odpowiadającego wspomnianym kosztom. W rezultacie należy przyjąć, że odszkodowanie przysługujące od ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej za uszkodzenie pojazdu me-



Urszula Borowiecka
specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

chanicznego obejmuje niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty pojazdu, ustalone według cen występujących na lokalnym rynku usług naprawczych”.

Potwierdzenie w powyższej uchwale znalazł m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1997 r. (sygn. akt I CKN 385/97, LEX nr 50530), w którym Sąd stwierdził, że „Jeżeli naprawy samochodu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym dokonał sam poszkodowany, to w ramach odszkodowania z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC należy mu się nie tylko zwrot poczynionych przez niego przy tej naprawie nakładów, ale i zwrot robocizny z uwzględnieniem przyjętych, z reguły w miejscu zamieszkania (Niemczech), stawek robocizny za tego rodzaju usługi”.

Orzecznictwo sądów powszechnych

Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze w wyroku z dnia 24 stycznia 2008 r.¹ w pełni podzielił stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w uchwale z dnia 13 czerwca 2003 r., zgodnie z którym, poszkodowanemu przysługuje pełna swoboda w wyborze warsztatu samochodowego, w którym zamierza dokonać naprawy. Zdaniem Sądu Okręgowego fakt, że poszczególne warsztaty samochodowe stosują różne ceny w zakresie takich samych usług nie zobowiązuje wcale poszkodowanego do poszukiwania warsztatu stosującego uznane przez zakład ubezpieczeń stawki. Sąd Okręgowy podkreślił, że przyjęcie cen stosowanych przez warsztaty, z którymi współpracuje ubezpieczyciel, czy też cen przeciętnych dla określenia wysokości przysługującego poszkodowanemu odszkodowania nie kompensowałyby poniesionej przez poszkodowanego szkody, gdyby ceny przyjęte w warsztacie naprawczym były wyższe od przeciętnych. Poszkodowanemu wszak przysługuje prawo wyboru warsztatu, a ograniczenie tego wyboru w sposób przyjęty przez Sąd I instancji, tj. do poszukiwania warsztatu stosującego stawki uznane przez ubezpieczyciela, nie da się pogodzić z zasadą wyrażoną w art. 363 k.c.

Sąd Okręgowy w Gdańsku w wyroku dnia 25 stycznia 2012 r. (sygn. akt XII Ga 648/11, niepubl.) jako punkt wyjścia do swoich rozważań również obrał powyższą uchwałę Sądu Najwyższego, biorąc pod uwagę, że odszkodowanie przysługujące od zakładu ubezpieczeń powinno obejmować obowiązujące na lokalnym rynku niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty. Zdaniem Sądu „Przyjęcie cen arytmetycznie przeciętnych dla określenia wysokości przysługującego poszkodowanemu odszkodowania nie kompensowałyby poniesionej przez poszkodowanego szkody i mogłyby prowadzić do relatywizacji w zakresie ustalenia wysokości takiego odszkodowania. Trafnie więc sąd I instancji argumentował, że skoro z zestawienia sporządzonego w opinii przez biegłego wynika, iż warsztaty naprawcze II kategorii z terenu Trójmiasta stosowały żądane przez powódkę stawki za roboczogodzinę prac blacharsko–mechanicznych w wysokości 145 zł i 120 zł a powódka fakturą VAT wraz z kalkulacją naprawy udowodniła, że poniosła po takich właśnie stawkach koszty naprawy uszkodzonego pojazdu, uznać należało, że dochodzona przez powódkę stawka jest stawką ekonomicznie uzasadnioną i miarodajną do ustalenia wysokości należnego jej odszkodowania. Takie stanowisko Sądu Rejonowego jest zgodne z przepisem art. 361 k.c.”

Podobny kierunek w swoich rozważaniach obrał także Sąd Rejonowy dla Gdańska–Południe w Gdańsku w wyroku z dnia 24 stycznia 2012 r. (sygn. akt I C 1318/10, niepubl.) twierdząc, iż „Zastosowana przez pozwanego w kalkulacji stawka w wysokości 50 zł za roboczogodzinę nie mieści się w stawkach rynkowych, stosowanych na rynku trójmiejskim, natomiast stawka 130 zł za roboczogodzinę prac mieści się w przedziale stawek stosowanych przez warsztaty w dacie szkody na rynku trójmiejskim. Nie ma bowiem żadnej metody matematycznej liczenia średniej stawki, a różnych średnich w matematyce jest kilka i dlatego nie ma podstaw, aby stosować średnią arytmetyczną. (...) w konsekwencji Sąd ustalając wysokość odszkodowania oparł się na średnich stawkach za prace naprawcze określonego rodzaju, ustalone przez biegłego sądowego. Sąd ustalając koszty naprawy samochodu przyjął takie stawki, jakie zawarte są w powyższej kalkulacji i obejmują rynek trójmiejski. Sąd zgodził się, iż niezasadnym jest wyliczenie średniej arytmetycznej w zakresie stawek, ponieważ jest wiele różnych średnich, których wysokość będzie uzależniona od liczby warsztatów, które weźmie się pod uwagę dokonując wyliczeń. W ocenie Sądu nie można uzależniać wysokości odszkodowania należnego poszkodowanemu od tego, stawki ilu oraz jakiej kategorii warsztatów przyjmie się do wyliczeń owej średniej arytmetycznej. W takim przypadku owa średnia mogłaby się mieścić w bardzo dużym przedziale i nie wskazywałaby, jakie rzeczywiście stawki są stosowane na rynku naprawy pojazdów. Dlatego też Sąd podzielił argumentację biegłego, iż stawki roboczogodzin za poszczególne prace są średnimi jeśli mieszczą się w stosowanych na rynku lokalnym stawkach. (...) poszkodowany ma wybór co do warsztatu, w którym zdecyduje się naprawić szkodę, i powód zasadnie może dokonać jego naprawy w warsztacie zapewniającym odpowiedni poziom usług w tym zakresie”.

Powyższa linia orzecznicza znalazła potwierdzenie również w wyroku Sądu Rejonowego w Augustowie z dnia 15 maja 2008 r. (sygn. akt I C 34/08, niepubl.) według którego „Przy wykonywaniu napraw blacharskich i lakierniczych należy, zgodnie z technologią napraw, tak zadbać o ich wykonanie, aby przywrócić pojazdowi jego pierwotne właściwości. Wymaga to zastosowania przez zakłady naprawcze specjalistycznego oprzyrządowania, co podnosi koszt takiej usługi. Nie ma zaś żadnego uzasadnienia, aby właściciel uszkodzonego pojazdu dokonywał jego naprawy

¹ Sygnatura powyższego wyroku została zanonimizowana przez Sąd Rejonowy w Jeleniej Górze.

w zakładach świadczących usługi naprawcze po niższych cenach ale nie gwarantujących szczegółowej diagnostyki uszkodzonego pojazdu”.

Podsumowanie

Reasumując, zakłady ubezpieczeń zobowiązane są wypłacić odszkodowanie uwzględniające niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty naprawy pojazdu z uwzględnieniem cen występujących na lokalnym rynku. Ponadto, nie mogą one uzależniać wysokości odszkodowania należnego poszkodowanemu od wyliczeń średniej arytmetycznej wynikającej z ilości i kategorii warsztatów naprawczych wziętych pod uwagę przy wyliczeniach.

Poszkodowany może naprawić samochód w takim zakładzie naprawczym, który zagwarantuje szczegółową diagnostykę pojazdu i nie ma obowiązku poszukiwania warsztatu oferującego swoje usługi po najniższych cenach.

Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 6

Niniejszy artykuł jest kontynuacją prezentacji postanowień ogólnych warunków ubezpieczeń, które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Wzorem dotychczas części opublikowanych w „Monitorze Ubezpieczeniowym” nr 45 (czerwiec 2011), nr 46 (wrzesień 2011), nr 47 (grudzień 2011), nr 48 (marzec 2012) i nr 49 (czerwiec 2012) przedstawiona zostanie treść określonego postanowienia wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych, syntetyczny opis stanowisk stron przedstawianych w toku postępowania o uznanie postanowienia wzorca umownego za niedozwolony i co najważniejsze zaprezentowane będzie pełne uzasadnienie oceny Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze danego postanowienia umownego.

Klauzula nr 2001

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 300/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „1. W razie powstania szkody polegającej na zniszczeniu lub uszkodzeniu pojazdu (wyposażenia dodatkowego) ubezpieczyciel ustala w ocenie technicznej:

1. zakres uszkodzeń, których powstanie pozostaje w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za którego następstwo Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność,

2. części pojazdu podlegające wymianie lub naprawie w następstwie tego zdarzenia,

3. czas robocizny niezbędny do wykonania naprawy,

4. maksymalne stawki za roboczogodzinę naprawy,

5. zużycie eksploatacyjne części pojazdu (ogumienia, tłumików, katalizatorów, akumulatora itd.

Ubezpieczyciel uwzględni koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej i technologicznie koniecznej w związku ze szkodą, udokumentowane imiennymi rachunkami.

2. Jeżeli naprawa pojazdu nie została udokumentowana imiennymi rachunkami wysokość odszkodowania nie uwzględni podatku VAT”.

Postanowienie to w dniu 23 sierpnia 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2001. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów został podtrzymany wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08¹.

W opinii powoda zapis umowy, o którym mowa w ust. 1, poprzez jednostronne zastrzeżenie uprawnienia dla ubezpieczyciela do określenia w ocenie technicznej zakresu uszkodzeń, części podlegających wymianie, czasu robocizny, maksymalnych stawek za roboczogodzinę, ograniczał wysokość szkody tylko do uszkodzeń zawartych przez zakład ubezpieczeń w tej ocenie technicznej. Tak skonstruowane postanowienie rażąco naruszało interesy ubezpieczającego – konsumenta i było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Wysokość odszkodowania już na samym wstępie ograniczona została poprzez zastrzeżenie dla ubezpieczyciela wyłącznego uprawnienia do ustalenia rozmiaru szkody, przy jednoczesnym braku w o.w.u. postanowień pozwalających na weryfikację przez ubezpieczającego tak sporządzonej wyceny. W tej sytuacji konsument był stroną słabszą, gdyż wszelkie uprawnienia związane z wyceną szkody i wysokością wypłaconego odszkodowania posiadał ubezpieczyciel, a ubezpieczający – konsument musiał podporządkować się ustaleniom zakładu ubezpieczeń. Postanowienie umowne przyznawało prawo do jednostronnego ustalenia odszkodowania, które mogło być znacznie zaniżone w stosunku do rzeczywistej wartości szkody i do rzeczywistych kosztów naprawy.

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 2 klauzuli abuzywnej nr 2001 (ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody), powód zarzucił sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażące naruszenie interesu konsumenta (art. 385 § 1 k.c.). Postanowienie to miało być również sprzeczne z przepisami ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, a także pozostawać w opozycji do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2001 r. (sygn. akt III CZP 68/01, OSNC 2002, nr 6, poz. 74), w którym jednoznacznie zostało wskazane, że „Odszkodowanie za szkodę poniesioną w wyniku uszkodzenia pojazdu mechanicznego należącego do uszkodzanego nie będącego po-



Paweł Wawaszczak
główny specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Zakwestionowane postanowienie umowne stanowiło połączenie 3 zapisów o.w.u., pierwsze dwa dotyczyły zasad ustalenia rozmiaru szkody w ocenie technicznej z zastrzeżeniem, że ubezpieczyciel uwzględniał koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej, ostatni zapis odnosił się do ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody.

datnikiem podatku VAT, ustalone według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy pojazdu, obejmuje mieszczący się w tych cenach podatek VAT". W opinii powoda jedynym celem postanowienia było bezpodstawne zaniżenie wypłacanego ubezpieczającemu odszkodowania o kwotę należnego podatku VAT².

Oceniając postanowienie wprowadzające ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do uszkodzeń wyłącznie wymienionych przez zakład ubezpieczeń w ocenie technicznej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, iż kształtowało ono prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało jego interesy. Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zdaniem SOKiK poprzez treść zakwestionowanego postanowienia ubezpieczyciel, wykorzystując swoją przewagę kontraktową, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do decydowania o tym, kiedy i w jakiej wysokości zostanie wypełnione zobowiązanie do wypłaty odszkodowania za szkodę. Takie zastrzeżenie stało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób zdecydowanie mniej korzystny niż pozycję ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń jako zobowiązany do wypłaty odszkodowania nie może być jedynym podmiotem uprawnionym do oceny, jakie uszkodzenia są objęte ochroną ubezpieczeniową. W takiej bowiem sytuacji, zakład ubezpieczeń stawia się w uprzywilejowanej sytuacji, gdyż *de facto* to on sam decyduje, jaki będzie zakres tego odszkodowania. Może to prowadzić do zaistnienia rozbieżności pomiędzy rzeczywistym zakresem szkody a stanem faktycznym oraz rozmiarem szkody ustalonym przez ubezpieczającego i w efekcie prowadzić do zaniżenia wysokości odszkodowania.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów również postanowienie dotyczące ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, podatek od towarów i usług uwzględniany jest w cenie towaru lub usługi, o ile te towary lub usługi podlegają opodatkowaniu tym podatkiem. Podatek VAT jest realnym kosztem dla poszkodowanego, o ile poszkodowany ten nie jest przedsiębiorcą i kupowane przez niego towary i usługi nie służą mu do wykonywania działalności opodatkowanej VAT. Zgodnie bowiem z art. 86 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług, jedynie podatnicy VAT są uprawnieni do obniżania kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego. Na problem ten zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06, OSNC 2007, nr 10, poz. 144), który wskazał, że „*Odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług, obejmuje kwotę podatku od towarów i usług (VAT) w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego*”. W związku z powyższym postanowienie o.w.u., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń nie uwzględniał w wypłaconym odszkodowaniu podatku VAT, kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób mniej korzystny niż powszechnie obowiązujący przepis art. 805 § 2 pkt 1 k.c., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zapłaty odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku. Odszkodowanie to powinno odpowiadać szkodzie, jaką poniósł ubezpieczony, a więc niewątpliwie powinno również uwzględniać podatek od towarów i usług.

Apelację od orzeczenia Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wywiodła strona pozwana, która zaskarżyła wyrok w całości, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa. Strona pozwana zarzuciła wyrokowi SOKiK naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ § 1 k.c., art. 812 § 2 k.c. (w brzmieniu obowiązującym w dacie wprowadzenia przez pozwaną wzorca umownego do obrotu), art. 805 k.c., art. 12a i art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08 oddalił apelację, utrzymując wyrok Sądu I instancji. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów dokonał trafnej oceny postanowień w kontekście żądania uznania ich za abuzywne. Sąd rozpoznający apelację w pełni podzielił stanowisko Sądu I instancji zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Wbrew stanowisku apelującego SOKiK nie poddał w wątpliwość obowiązujących przepisów prawa nakładających na ubezpieczycieli obowiązek ustalania wysokości szkody i wypłaty odszkodowania. Sąd I instancji uznał za niedozwolone takie postanowienia o.w.u., które przyznawały ubezpieczycielowi możliwość jednostronnego określenia zakresu uszkodzeń bez możliwości wzięcia udziału w tym procesie ubezpieczonego i bez możliwości weryfikacji dokonanych przez ubezpieczyciela ustaleń w tym zakresie. Powoływane przez apelującego przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej (art. 12a i art. 16) nie zawierają ograniczenia w zakresie możliwości wzięcia udziału przez konsumenta w procesie likwidacji szkody, również na etapie ustalania zakresu uszkodzeń, a co za tym idzie należnego odszkodowania. Przepis art. 812 § 2 pkt 9 k.c. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2004 r., stanowiący, że ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowania, nie uprawniał zakładu ubezpieczeń będącego autorem wzorca do konstruowania jego postanowień, które w stosunku ubezpieczenia będą dawały przewagę ubezpieczycielowi. Sąd Apelacyjny w Warszawie ma świadomość, że umowa ubezpieczenia autocasco jest zawierana na zasadzie dobrowolności, nie oznacza to jednak,

² Twierdzenia i zarzuty strony pozwanej nie zostały przedstawione z uwagą na ich pominięcie przez SOKiK z powodu niezłożenia odpowiedzi na pozew w terminie, o którym mowa w art. 479¹⁴ § 1 k.c. i zadziałania prekluzji, o której mowa w § 2 tegoż przepisu.

że konsument, chcąc zawrzeć taką umowę z ubezpieczycielem, musi zgodzić się na warunki narzucone przed drugą stroną umowy. W każdym razie dobrowolność zawierania umów autocasco nie umożliwia uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił dokonaną przez Sąd I instancji ocenę postanowienia dopuszczającego ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody. Sąd Apelacyjny w Warszawie, powołując się na uchwałę Sądu Najwyższego dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06) zaznaczył, że odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług obejmuje kwotę podatku od towarów i usług w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego. Bez znaczenia przy tym, w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, pozostawał fakt, że powyższa uchwała dotyczyła odszkodowania przysługującego na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a nie umowy dobrowolnego ubezpieczenia autocasco.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również postanowienia odnoszące się do likwidacji szkody całkowitej, które określały, że z tego rodzaju szkodą mamy do czynienia, gdy koszty naprawy uszkodzonego pojazdu przekraczają 70% wartości pojazdu z dnia szkody. W ocenie powoda postanowienia regulujące rozliczenie szkody całkowitej w ten sposób, rażąco naruszały interesy konsumenta i były sprzeczne z dobrymi obyczajami. Zgodnie z zapisami o.w.u. wartość pojazdu, a w konsekwencji wartość szkody całkowitej uzależniona była wyłącznie od wyceny sporządzonej przez pozwanego ubezpieczyciela, brak było postanowień przewidujących uprawnienie konsumenta do weryfikacji sporządzonej wyceny wartości pojazdu. Ponadto ukształtowanie granicy opłacalności naprawy samochodu na poziomie 70% wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody było niekorzystne dla konsumenta, ponieważ w przypadku, gdy koszt naprawy samochodu przekroczył ten pułap, ale nie przewyższał wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, konsumentowi było wypłacane odszkodowanie w wysokości rażąco niższej niż rzeczywisty koszt naprawy. Taki sposób wyliczenia odszkodowania był rażąco krzywdzący dla ubezpieczonego i nie miał jakiegokolwiek uzasadnienia ekonomicznego i technicznego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tych postanowień, nie stwierdzając ich abuzywności. Zawarty w postanowieniu sposób określania wysokości odszkodowania za szkodę całkowitą odnosił się do świadczenia zakładu ubezpieczeń, jakim jest wypłacenie odszkodowania, określało zatem główne świadczenie stron. Sformułowane ono było w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a zatem na podstawie art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. nie mogło zostać uznane za abuzywne.

Ocena tych postanowień, która została dokonana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

Klauzula nr 2007

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli:

a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony (...)

d) poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp.) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2007.

Powód zakwestionował następujące postanowienie o.w.u.:

„1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli:

a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony lub nie były uruchomione wszystkie znajdujące się w pojeździe urządzenia zabezpieczające, określone w § 5, oddalenia się kierującego od pojazdu i pozostawienia kluczyków w pojeździe, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,

c) klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,

d) poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń urucha-

mających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.

Powód zarzucił wskazanym powyżej zapisom umownym, ich sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385¹ pkt 9 i 11 k.c. Zdaniem powoda pozwany zamieścił w przedmiotowym wzorcu postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami w oczekiwaniu, że konsumenci, których świadomość prawna z reguły nie jest wysoka – nie odkryją, że wiążące ich postanowienia tej umowy zawierają uregulowania sprzeczne z prawem i nie będą dochodzić należnych im roszczeń. Nie ulega wątpliwości, iż głównym celem umowy ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od ich utraty jest pokrycie przynajmniej części szkody poniesionej przez ubezpieczonego i tym samym przejęcie przez zakład ubezpieczeń ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych, które mogą wywołać szkodę w mieniu ubezpieczonego. Niewątpliwie zakład ubezpieczeń ma możliwość dokonywania w umowie wyłączenia lub ograniczenia swojej odpowiedzialności w celu zminimalizowania ryzyka ubezpieczeniowego. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń powinny mieć jednak charakter wyjątkowy i jako wyjątki nie mogą być interpretowane rozszerzająco. Dodatkowo, powinny być sformułowane w sposób precyzyjny, zrozumiały, nie pozostawiający żadnych wątpliwości co do zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Powyższe zapisy umożliwiały dowolną interpretację zakładu ubezpieczeń, rozszerzały katalog sytuacji, w których ubezpieczyciel był zwolniony z obowiązku świadczenia i w konsekwencji prowadziły do zanegowania samego celu umowy ubezpieczenia, jakim powinna być ochrona ubezpieczonego przed szkodzącymi zdarzeniami losowymi ujętymi w o.w.u.

Zdaniem powoda zapis, o którym mowa w ust. 1 lit. a) posługiwał się sformułowaniem „nienależytego zabezpieczenia” pojazdu przed kradzieżą. Z kolei zapis wskazany w ust. 1 lit. c) mówił „o nienależytym zabezpieczeniu dokumentów poza pojazdem”. Sformułowania te były nieostre, nieprecyzyjne i mogły być przez strony umowy różnie interpretowane. Nieprecyzyjne, zawołowane zapisy o.w.u., tworzące pole do dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela i umożliwiające mu odmowę wypłaty odszkodowania, niezależnie od stopnia rzeczywistej winy ubezpieczonego w powstaniu szkody, były niewątpliwie postanowieniami umownymi, które nie powinny wiązać ubezpieczonego z racji ukształtowania jego praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszającymi jego interesy. Wskazane sformułowania wprost wypełniały dyspozycję art. 385³ pkt 9 i 11 k.c., gdyż uprawniały zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i jednostronnego stwierdzania zgodności świadczenia z umową. Dodatkowo, sformułowanie, o którym mowa w ust. 1 lit. c) dopuszczało interpretację, w myśl której ubezpieczony ma obowiązek należytego zabezpieczenia dokumentów jedynie poza pojazdem, a zatem brak należytego zabezpieczenia dokumentów w pojeździe nie wyłączał odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Powód podniósł także, że sposób sformułowania o.w.u., umieszczenie w różnych miejscach zapisów odnoszących się do możliwości wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy jednoczesnym nałożeniu na ubezpieczonego szeregu dodatkowych obowiązków, kolidowało z dobrymi obyczajami, zasadami uczciwości kupieckiej oraz stanowiło naruszenie art. 385¹ § 1 k.c.

W opinii strony powodowej, kolejnymi, nieprecyzyjnymi sformułowaniami były wyrażenia „oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu”. Powyższe sformułowania nie były pojęciami normatywnymi i nie zdefiniowanymi w żadnym akcie prawnym. Również w o.w.u. brak było wyraźnego określenia, co strony umowy rozumieją pod pojęciem „dokumenty pojazdu” i „oryginały dokumentów pojazdu”. Przyjmując potoczne rozumienie tego sformułowania można było przyjąć, iż chodziło tu o wszystkie dokumenty, które są niezbędne do prowadzenia i dopuszczenia samochodu do ruchu. Zakres przedmiotowy powyższego zapisu o.w.u. był na tyle szeroki, iż mogło tu chodzić nie tylko o kartę pojazdu, ale np. o przegląd wypadkowy pojazdu, przegląd techniczny, umowę zakupu samochodu, polisę ubezpieczeniową, dowód uiszczenia cła lub podatku. Tak sformułowane postanowienie stwarzało pole do dowolnej interpretacji przez zakład ubezpieczeń nieostrych pojęć i tym samym stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną. Dodatkowo, powyżej wskazane postanowienie umowne nakładało na ubezpieczonego obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów pojazdu, pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Niewystarczającym było przedłożenie wtórników dokumentów pojazdu. Tymczasem przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczają wydawanie jak i skuteczne posługiwanie się w obrocie wtórnikami niektórych dokumentów pojazdu, takich jak np. dowód rejestracyjny. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażący dobre obyczaje i interesy konsumenta należało uznać zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania w sytuacji nieprzedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo iż nawet ustawodawca dopuszcza skuteczne używanie ich wtórników. Na zakończenie uzasadnienia abuzowności zakwestionowanego postanowienia, strona powodowa wskazała, iż wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony odpowiada, powinny pozostać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem w zakwestionowanych zapisach o.w.u. ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to, czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o naruszeniu zakwestionowanym postanowieniem treści art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. należało uznać za zupełnie chybiony. Opierał się na niezrozumieniu treści tych przepisów. Klauzulą abuzywną

byłoby takie postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel ma wyłączne prawo do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień wzorca umowy oraz wyłączne prawo stwierdzania czy klient zachował się zgodnie z jego postanowieniami. Sytuacje, o których mowa w zakwestionowanym postanowieniu siłą rzeczy muszą być określone w sposób abstrakcyjny. Nie jest bowiem możliwe enumeratywne wyliczenie wszystkich przypadków, w których nastąpiło nienależyte zabezpieczenie pojazdu, nienależyte zabezpieczenie kluczy lub dokumentów pojazdu poza pojazdem. Każdy przypadek jest oceniany w kontekście kwestionowanych postanowień o.w.u. przez pryzmat zasad racjonalnego postępowania w danej sytuacji oraz zasad doświadczenia życiowego. Czym innym jest kwestia na tyle ogólnego sformułowania danego zapisu wzorca umownego, że możliwe są jego różne interpretacje, a czym innym kwestia zastrzeżenia dla kontrahenta konsumenta prawa do wyłącznej i wiążącej dla konsumenta interpretacji. To, że dane postanowienie umowne może być różnie interpretowane przez strony jest sytuacją normalną i możliwą. Odnośnie podniesionej kwestii interpretacji zabezpieczenia dokumentów poza pojazdem to w rozumieniu strony pozwanej przedmiotowy zapis formułował w sposób jasny i zrozumiały wymóg należytego zabezpieczenia dokumentów pojazdu jako warunku koniecznego dla skuteczności ochrony. Naruszeniem tego wymogu było zarówno nienależyte zabezpieczenie dokumentów poza pojazdem jak i pozostawienie dokumentów w pojeździe. W kwestii interpretacji terminu „dokumenty pojazdu” pozwany wskazał, że termin ten należy interpretować zgodnie z zasadami logiki. W grę wchodziły wszystkie dokumenty, które umożliwiały bądź ułatwiały zabicie pojazdu. Z tego względu na ubezpieczającym ciążył obowiązek przedłożenia oryginalnych dokumentów pojazdu pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności. Brak oryginalnych dokumentów stwarzał domniemanie, że nie zostały one w sposób należyty zabezpieczone. Z punktu widzenia ubezpieczyciela znaczenie ma nie tylko to czy uchybienie jakiemuś obowiązkowi lub niespełnienie danego wymogu warunkującego ochronę ubezpieczeniową pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Liczy się również wpływ danej okoliczności na prawdopodobieństwo powstania szkody, a także na możliwość jej późniejszego odwrócenia czy zabezpieczenia i dochodzenia przez zakład ubezpieczeń roszczeń regresowych.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone i zakazał stosowania postanowienia o treści zakwestionowanej przez powoda. W ocenie SOKiK w postanowieniu tym zawarto nieprecyzyjne sformułowanie typu „należyte zabezpieczony”, „inne dokumenty”, co pozwalało pozwanemu na dowolną interpretację zapisów umowy w zakresie należytego zabezpieczenia pojazdu, na dowolne określenie jakie konkretnie dokumenty wymagane są przez ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania (art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.). Wymóg przedstawienia oryginałów dokumentów wprowadzał konsumenta w błąd co do jego uprawnień, ponieważ ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczała możliwość posługiwania się wtórnymi dokumentami, o czym konsument, nie znający przepisów tej ustawy mógł nie wiedzieć. Ponadto postanowienie to pozwalało na nieograniczoną wypłatę odszkodowania jedynie w przypadku rozboju. Konsument z reguły nie wie, jakie zdarzenie należy kwalifikować jako rozbój a jakie jako np. kradzież zuchwałą, a to z kolei umożliwiało pozwanemu dowolną kwalifikację czynu zabronionego, leżącego u podstaw wyłączenia jego odpowiedzialności.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że uznał za niedozwolone postanowienie o treści powołanej na wstępie opisu niniejszej klauzuli. Odnośnie postanowienia zawierającego sformułowanie „w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony”, to Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył, że zakwestionowane postanowienie, poza ogólnikowym określeniem „pojazd nie był należycie zabezpieczony” zastrzegało odmowę wypłaty odszkodowania w jeszcze kilku innych sytuacjach na wypadek niedokonania przez ubezpieczającego takich aktów staranności, jak: uruchomienie wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających, nieoddalenie się od pojazdu i niepozostawienie w nim kluczyków, konieczność utrzymania sprawności znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających. Przy takim ujęciu zasad odpowiedzialności ubezpieczyciela nie wiadomo było jakie to inne stany faktyczne zakład ubezpieczeń mógłby zakwalifikować jako przypadki nienależytego zabezpieczenia pojazdu. W powyższej kwestii ubezpieczający miał prawo oczekiwać od ubezpieczyciela jasnego sprecyzowania obowiązków, które musi przedsięwziąć, aby nie narażać się na utratę świadczenia w przypadku kradzieży pojazdu. Skarżący poniósł w apelacji, że dokonana przez niego interpretacja określenia – „nienależyte zabezpieczony pojazd” nie miała charakteru wiążącego dla drugiej strony. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, nie negując tego poglądu, należało jednak zauważyć, iż trudno zaakceptować taki zapis, który już z góry rodził stan niepewności, co do oczekiwanego przez ubezpieczyciela postępowania ubezpieczającego, związanego ze sposobem zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą. Z tych względów postanowienie o treści „nie był należycie zabezpieczony” Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał za abuzywne.

W przypadku zakwestionowanego przez Sąd I instancji postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku, gdy klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, to zdaniem Sądu Apelacyjnego, brak jest możliwości kazuistycznego wyliczenia wszystkich obowiązków ubezpieczającego z tym związanych, gdyż mogą wchodzić tu w grę bardzo różne sytuacje życiowe. W razie zaistnienia sporu między stronami, co do tego, czy wyżej wymienione przedmioty zostały właściwie zabezpieczone stosowane rozstrzygnięcie wyda sąd z uwzględnieniem zasad doświadczenia życiowego na tle konkretnego stanu faktycznego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie było również podstaw, aby przypisać abuzywność postanowieniom wyłączającym odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie naruszenia nakazu uruchomienia w pozostawionym pojeździe wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających (określonych w innym miejscu o.w.u.), czy też zakazu oddalania się kierującego od pojazdu i pozostawiania w nim kluczyków. Wszystkie te przedsięwzięcia mają na celu stworzenie maksymalnych przeszkód dla potencjalnych sprawców kradzieży i leżą w interesie obydwu stron stosunku zobowiązaniowego.

Wbrew stanowisku Sądu I instancji w załączniku nr 1 do o.w.u. zawarta była definicja przestępstwa rozboju. Ubezpieczający miał zatem świadomość jakiego rodzaju przestępne działania złodzieja pojazdu nie pozbawią uprawnionego prawa do uzyskania odszkodowania, mimo niedopełnienia opisanych wyżej wymogów.

Sąd Apelacyjny w Warszawie nie znalazł jednak podstaw do wzruszenia wyroku w części dotyczącej postanowienia uzależniającego udzielenie ochrony ubezpieczeniowej od przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz oryginałów wszystkich dokumentów, na podstawie których ubezpieczony pojazd został dopuszczony do ruchu, do przekazania kompletu kluczy służących do uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie słusznie podniosła strona powodowa, że nałożenie na ubezpieczającego choćby obowiązku przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego może okazać się niewykonalne z całkowicie obiektywnych przyczyn (np. zniszczenie dowodu rejestracyjnego), a w takim przypadku ustawodawca uznaje za dokument równorzędny – wtórnik dowodu rejestracyjnego. Nie można wówczas konstruować, powoływanego w apelacji, domniemania faktycznego, że brak oryginałów dokumentów świadczy o ich nienależytym zabezpieczeniu. Nic też nie stało na przeszkodzie, żeby wskazać jakie konkretnie dokumenty związane z dopuszczeniem pojazdu do ruchu ubezpieczyciel miał na myśli, zamiast posługiwać się ogólnikowym pojęciem „inne dokumenty”. Tak więc zapis ten naruszał dyspozycję art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż pozwany przyznawał sobie uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy oraz art. 385³ pkt 11 k.c. poprzez zastrzeżenie zbyt dużej dowolności w decydowaniu o niewypłaceniu odszkodowania. Oprócz tego tak szerokie ujęcie przypadków zwalniających ubezpieczyciela z odpowiedzialności za powstałą szkodę pozostawało w sprzeczności z art. 385¹ § 1 k.c. Mogły się bowiem zdarzyć sytuacje, w których niemożność dostarczenia oryginału, choćby jednego z kilku kluczyków służących do uruchomienia pojazdu, nie będzie pozostawać w jakimkolwiek związku przyczynowym z kradzieżą.

Klauzula nr 2008

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „2. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku znajdował się w stanie nietrzeźwości lub stanie wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, a także gdy kierowca pojazdu bez uzasadnionej przyczyny oddalił się z miejsca wypadku”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2008.

Strona powodowa wskazała, że wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, powinny pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem, zakwestionowanym postanowieniem ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to czy nieodpowiednie zachowanie się ubezpieczonego pozostawało w związku z powstaniem szkody, czy też nie. Tym samym postanowienie o treści powyżej wskazanej było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w przypadku szkód w ubezpieczeniach komunikacyjnych pozostawanie przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających zawsze stwarza domniemanie istnienia związku przyczynowego pomiędzy stanem osoby ubezpieczonej a szkodą. Postanowienie to miało również charakter prewencyjny. W przypadku ubezpieczeń autocasco rozumiałe jest przyjęcie odgórnego założenia, że związek taki – a przynajmniej wpływ tej okoliczności na ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego – faktycznie istnieje.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego winno pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Postanowienie, które z góry zakładało, iż w przypadku gdy kierujący znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków etc., związek ten zawsze istnieje, należało uznać za abuzywne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, nie znalazł podstaw do wzruszenia orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który uwzględnił żądanie powoda o uznanie za niedozwolone postanowienia wyłączającego z góry odpowiedzialność za szkodę w pojeździe, jeżeli kierujący, w chwili wypadku, znajdował się w stanie nietrzeźwości, wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków lub środków psychotropowych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie sam fakt, że zapis umowy miał pełnić funkcję prewencyjną nie stanowiło wystarczającego uzasadnienia do uchylenia się ubezpieczyciela od obowiązku naprawienia szkody, jeżeli pozostawała ona w całkowitym oderwaniu od zachowania się kierującego pojazdem. Dodatkowo, postanowienie o bardzo zbliżonej treści zostało już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod nr 1315 – wyrokiem SOKiK z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06.

Klauzula nr 2009

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „3. *Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych: w wyniku kradzieży radia lub radioodtwarzacza z odejmowanym panelem czołowym gdy ubezpieczający nie może przedstawić tego panela towarzystwu*”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2009.

Zdaniem strony powodowej postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 11 k.c. Zapis ten nakładał na ubezpieczonego obowiązek, który mógł być dla niego niemożliwy do spełnienia. Nie sposób bowiem było wykluczyć sytuacji, iż ubezpieczony mógł utracić panel w innych okolicznościach niż kradzież pojazdu i w ich wyniku nie był go w stanie przedstawić ubezpieczycielowi. Przykładowo, mógł go zgubić poza pojazdem, panel mógł także zostać zniszczony itd. Dodatkowo, ubezpieczyciel nie uzależnił odmowy wypłacenia odszkodowania od wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy brakiem możliwości dostarczenia panela czołowego i dokonaną kradzieżą. W postanowieniach o.w.u. brak było również jasno sformułowanego obowiązku ubezpieczającego do informowania ubezpieczyciela o każdorazowym zgubieniu lub zniszczeniu panela czołowego radia lub radioodtwarzacza.

Zdaniem pozwanego nieprzedstawienie panela czołowego odtwarzacza oznaczało, że w ocenie ubezpieczyciela prawdopodobne było, iż ubezpieczony zostawił panel w samochodzie, co miało wpływ na zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci kradzieży radia, które w innym przypadku nie zostałyby skradzione. Faktem jest, że do utraty panelu mogło dojść w innych okolicznościach. Ubezpieczyciel oceniając ryzyko ubezpieczeniowe zakłada jednak, że do ochrony ubezpieczeniowej chce przyjąć jedynie takie sytuacje, w których ubezpieczający będzie w stanie przedstawić panel ubezpieczycielowi. Nie ma tutaj znaczenia związek przyczynowy pomiędzy niemożliwością wykonania tego obowiązku a szkodą. Znaczenie ma jedynie fakt, iż w ocenie ubezpieczyciela niemożliwość przedstawienia panela oznacza w praktyce, że mogło mieć to wpływ na szkodę – zwiększyło prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Ten zapis o.w.u. stwarzał zatem pewne domniemanie, które faktycznie nie mogło zostać obalone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela bez względu na to, czy istniał związek przyczynowy między niemożliwością przedstawienia panela a szkodą. Założenie, iż w każdym przypadku nieprzedstawienia przez konsumenta panela istnieje związek przyczynowy ze szkodą, uznać należało za postanowienie niedozwolone w rozumieniu art. 385³ pkt 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie nie podzielił zarzutu pozwanego, który negował abuzywność postanowienia uzależniającego wypłatę odszkodowania za kradzież radia od przedstawienia przez ubezpieczającego panelu czołowego z przyczyn, które przytoczył Sąd I instancji. Na marginesie, sam skarżący nie wykluczył zaistnienia takiej sytuacji, w której ubezpieczający przypadkowo utracił panel, a jednocześnie doszło do kradzieży radia z samochodu mimo braku tego elementu.

Klauzula nr 2010

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „4. *Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w zgłoszeniu szkody dokonanym w Towarzystwie*”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2010.

Zakwestionowanemu postanowieniu powód zarzucił sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. W ocenie strony powodowej postanowienie to w sposób rażąco naruszało interesy konsumenta poprzez zignorowanie konieczności uzależnienia odmowy wypłaty odszkodowania z powodu podania przez ubezpieczonego innych okoliczności niż w zgłoszeniu szkody od zajścia związku przyczynowego między tymi okolicznościami a powstaniem szkody. Zdaniem powoda sankcja w postaci odmowy odszkodowania musi być uzależniona od istnienia związku przyczynowego pomiędzy nienależnym zachowaniem ubezpieczonego, polegającym na podaniu przez niego nieprawdy, a powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o abuzywności tego postanowienia był niezrozumiały. Podanie w zgłoszeniu szkody okoliczności innych niż mające miejsce w rzeczywistości uniemożliwia ubezpieczycielowi dokonanie prawidłowej likwidacji szkody i świadczy o podjęciu próby wyłudzenia świadczenia ubezpieczeniowego. Chodzi bowiem o to, że w praktyce ubezpieczający podaje okoliczności inne niż mające miejsce w rzeczywistości – w sytuacji, kiedy stan faktyczny umożliwiłby ubezpieczycielowi odmowę przyjęcia odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy. Stawianie wymogu istnienia związku przyczynowego pomiędzy podaniem nieprawdy w zgłoszeniu szkody a powstaniem szkody jest absurdem. Z zasad logiki wynika bowiem, że podanie nieprawdy w zgłoszeniu szkody może nastąpić dopiero po powstaniu szkody (albo w sytuacji, kiedy szkoda w ogóle nie powstała, albo ktoś chce wyłudzić świadczenie). Takiego związku nigdy nie będzie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w zgłoszeniu, oznaczało, że wypłata odszkodowania nie będzie możliwa, gdy na powstanie szkody wpływ miały okoliczności nie wskazane w zgłoszeniu szkody bez winy konsumenta czy przez jego niedopatrzenie. Konsument powinien mieć prawo do powoływania się na okoliczności inne niż w zgłoszeniu np. wynikające z protokołów policyjnych, czy ze zeznań świadków zdarzenia, szczególnie w sytuacji, gdy mogłyby mieć one wpływ na powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał ten zapis za niedozwolony. Dodatkowo wskazał, że tego rodzaju zastrzeżenia zostały już kilkakrotnie zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych np. w wyroku SOKiK z dnia 2 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/07, poz. 1291³.

Klauzula nr 2011

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „6. *Niezależnie od obowiązków określonych w § 19–22 w ubezpieczeniu autocasco do obowiązków ubezpieczającego należy:*

5) przedłożenie oryginalnych dokumentów (w przypadku kradzieży) potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację (np. brief, dokument odprawy celnej, umowa kupna–sprzedaży, faktura zakupu, karta pojazdu) oraz kompletu oryginalnych kluczy służących do otwarcia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających systemy zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp), chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2011.

Powód zarzucił temu postanowieniu jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. W ocenie powoda zapis ten nakładał niczym nieuzasadniony obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację. Ustawa – Prawo o ruchu drogowym dopuszczała natomiast posługiwanie się w obrocie wtórnymi dokumentami pojazdu. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażący dobre obyczaje i interesy konsumenta należy uznać takie zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania, w sytuacji nieprzedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo, że nawet ustawodawca dopuścił skuteczne używanie wtórników.

Jeżeli chodzi o stanowisko strony pozwanej to miało one tożsamy charakter jak przy klauzuli abuzywnej nr 2007. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznając przedmiotowe postanowienie za niedozwolone do oceny jego abuzywności, odniósł argumenty przedstawione przy kontroli abstrakcyjnej klauzuli abuzywnej nr 2007 – w części dotyczącej obowiązku przedstawienia oryginalnych dokumentów oraz pojęcia rozboju.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Argumentacja Sądu Apelacyjnego w Warszawie była tożsama jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2007 i w części poświęconej ocenie nałożenia obowiązku przedstawienia tylko oryginalnych dokumentów.

Klauzula nr 2012

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „7. *Ustalenie wartości szkody (w przypadku wybrania wariantu kosztorysowego) następuje na podstawie wyceny dokonanej przez*

³ Opis klauzuli i uzasadnienia wyroku znajduje się na stronie s. 30–31 Raportu Rzecznika Ubezpieczonych *Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej*.

ubezpieczyciela. Wyceny dokonuje się w oparciu o zasady systemu Audatex (bez uwzględnienia podatku VAT)”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2012.

W ocenie powoda zakład ubezpieczeń w sposób bezzasadny i dowolny przyjął, że wysokość szkody ubezpieczonego nie obejmuje podatku VAT. Tym samym naruszona została także zasada zakresu odpowiedzialności za szkodę i sposobu wycenienia odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c. i 363 k.c.

Zdaniem pozwanego umowa ubezpieczenia autocasco ma charakter dobrowolny i zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela, w szczególności dotyczące sposobu obliczania należnego odszkodowania mogą być ustalane w sposób dowolny w granicach zasady swobody umów. Przedstawiona przez powoda argumentacja była jak najbardziej słuszna, ale w odniesieniu do odszkodowania z ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie osoba poszkodowana ma prawo do uzyskania odszkodowania zapewniającego naprawienie szkody w pełnej wysokości.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis o ustaleniu wartości szkody bez uwzględniania podatku VAT (bez względu na to czy był to wariant kosztorysowy, czy w oparciu o system Audatex) uznać należało za sprzeczny z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. Wysokość odszkodowania winna być ustalona według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, jeżeli chodzi o rozstrzygnięcie Sądu I instancji w zakresie tego zapisu, to wprawdzie należało zgodzić się z uwagą pozwanego, że odszkodowanie określone w art. 805 § 2 pkt 1 k.c. ma charakter umowny i nie jest tożsame z odszkodowaniem, o którym mowa w przepisach ogólnych prawa cywilnego (art. 361 i nast. k.c.), lecz okoliczność ta nie mogła jeszcze przesądzać o zasadności zarzutu skarżącego. Przedmiotowa regulacja naruszała uprawnienia ubezpieczonych, gdyż nie mogli oni uzyskać pełnej rekompensaty z tytułu doznanej szkody (wariant kosztorysowy) i to w znacznym rozmiarze. Jakkolwiek zakłady ubezpieczeniowe stosują w ogólnych warunkach umów ubezpieczenia mienia różne ograniczenia, które modyfikują obowiązek całkowitego naprawienia szkody (np. franszyza redukcyjna), to takie działania powinny mieć charakter wyjątkowy. Pominięcie przy wycenie wartości szkody podatku VAT oznaczało, że na ubezpieczającego został przerzucony cały jego wydatek, co rażąco naruszało jego interesy i nie było do pogodzenia z dobrymi obyczajami. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nic nie stoi na przeszkodzie, aby pozwany skalkulował wysokość stawki ubezpieczeniowej, w taki sposób, który pozwoli mu na prowadzenie z zyskiem tego rodzaju działalności ubezpieczeniowej, bez szkody dla interesów ubezpieczonych.

Klauzula nr 2013

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „9. *Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki jeszcze nie wymagalnych niezależnie od tego, którego rodzaju ubezpieczenia dotyczy wypłata*”. Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2013.

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób rażący naruszało interes konsumenta, które polegało na tym, że ubezpieczyciel jednostronnie przypisał sobie prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki, które nie były wymagalne. Powyższa możliwość zastrzeżona została bez względu na wysokość odszkodowania oraz ilość pozostałych do zapłacenia rat składki i ich wartość pieniężną. Działanie takie mogło doprowadzić do sytuacji, w której całość wypłaconego odszkodowania została potrącona przez ubezpieczyciela na poczet niewymagalnych składek ubezpieczeniowych i w efekcie naruszyć interes ekonomiczny konsumenta.

W ocenie pozwanego pomimo treści zakwestionowanego zapisu praktyka polegająca na potrącaniu niewymagalnych rat składki z kwoty wypłaconego odszkodowania nie miała miejsca. Dlatego też zapis ten miał zostać zmieniony przy okazji uchwalenia nowego brzmienia o.w.u. Zdaniem pozwanego nie było jednak argumentów, które mogłyby przemawiać za możliwością uznania tego elementu o.w.u. za postanowienie niedozwolone. Skoro bowiem zgodnie z umową ubezpieczenia miała nastąpić wypłata całego, nieumniejszonego świadczenia z tej umowy (co do zasady nawet w wysokości całej sumy ubezpieczenia), to nielogiczne byłoby, gdyby składka nie była opłacona w całości. Jeżeli świadczenie jednej strony umowy – zakładu ubezpieczeń miało być wykonane w całości, to tym bardziej świadczenie drugiej strony – ubezpieczającego powinno być również wykonane w całości.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to naruszało równowagę kontraktową stron, zobowiązując konsumenta do „zapłaty” rat składki jeszcze niewymagalnych, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 16 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie rację należało przyznać skarżącemu (stronie

pozwanej), że postanowienie to nie wyczerpywało dyspozycji art. 385³ pkt 16 k.c., jednakże naruszało przepis art. 385¹ § 1 k.c. Z punktu widzenia interesów ubezpieczonego istotne jest, ażeby uzyskać on w danym momencie odszkodowanie pozwalające mu na likwidację powstałej szkody. Słusznie argumentowała strona powodowa, że akceptacja przedmiotowej klauzuli mogła prowadzić do powstania sytuacji, że składka ubezpieczeniowa, przewidziana do zapłaty w późniejszym terminie mogła mieć niebagatelną wysokość i poprzez jej potrącenie z odszkodowania, zostanie podważony cel umowy ubezpieczenia.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również następujące postanowienia wzorca umowy:

- „Sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający w oparciu o wartość rynkową pojazdu na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia. Wartość ta musi odpowiadać cechom publikowanym w miesięczniku Info–Ekspert Pojazdy samochodowe – wartości rynkowe lub katalogu Eurotax z zastrzeżeniem postanowień § 28”.

Zdaniem powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. i wyczerpywało znamiona postanowienia, o którym mowa art. 385³ pkt 9 k.c. Posługiwało się nieprecyzyjnym pojęciem wartości rynkowej, nie wskazując czy wyliczona wartość pojazdu ma charakter brutto, czy netto. Precyzyjne określenie wartości rynkowej pojazdu jest o tyle istotne, iż od niej zależy wysokość sumy ubezpieczenia, jaką strony przyjmą w umowie. Użycie nieprecyzyjnego, niedookreślonego sformułowania tworzyło pole do dowolnej interpretacji umowy przez ubezpieczyciela, co wprost wypełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 9 k.c.

Zdaniem strony pozwanej nie jest konieczne precyzowanie czy wartość pojazdu ma mieć charakter brutto, czy netto. Uzależnione to będzie od tego czy ubezpieczony pojazd jest związany z prowadzoną przez ubezpieczonego działalnością gospodarczą i czy (oraz w jakim zakresie) dokonano odliczenia podatku VAT. Wynika to z przewidzianej w art. 824¹ § 1 k.c. zasady ustalania odszkodowania. Odwołanie się do cenników Info–Ekspert i Eurotax było precyzyjnym kryterium dotyczącym sposobu ustalania wartości rynkowej pojazdu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie, które dotyczyło ustalenia sumy ubezpieczenia i wartości rynkowej pojazdu nie mogło zostać uznane za abuzywne, gdyż dotyczyło głównych świadczeń stron, a dodatkowo w sposób jednoznaczny wskazywało jaką wartość pojazdu przyjmuje ubezpieczyciel do ustalenia sumy ubezpieczenia. Postanowienie to nie było przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- „Ubezpieczyciel udziela zniżek składki za przyjęcie w umowie ubezpieczenia systemu rozliczeniowego kosztów naprawy według wariantu kosztorysowego”.

W ocenie strony powodowej postanowienie to nakłaniało konsumenta do przyjęcia mniej korzystnego dla niego wariantu likwidacji szkody, oferując w zamian zniżkę w składce ubezpieczeniowej o niesprecyzowanej wysokości. Dodatkowo, konsument nie był informowany, jakie są konsekwencje przyjęcia kosztorysowego wariantu likwidacji szkody, w szczególności, że kosztorys nie uwzględnia podatku VAT. Niewątpliwie praktykę taką należało uznać za mającą na celu wprowadzenie w błąd konsumenta poprzez pozorne obiecanie mu korzyści, które w rzeczywistości prowadziło do pogorszenia jego sytuacji. Ponadto zakwestionowany zapis umowy naruszał interes ekonomiczny konsumenta poprzez wypłatę odszkodowania w mniejszej wysokości, co godziło w dobre obyczaje kupieckie, a także w zasadę rzetelnego traktowania konsumenta i w konsekwencji rażąco naruszał interes konsumentów. Tym samym należało uznać ten zapis za sprzeczny z art. 385¹ § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej umowa ubezpieczenia dobrowolnego może w sposób dowolny określać granice odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dopuszczalne są takie warianty ochrony ubezpieczeniowej, w których uzyskane przez ubezpieczonego odszkodowanie nie zapewni mu możliwości pełnego naprawienia szkody. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej – zasady dotyczące naprawienia szkody w wariantcie kosztorysowym były w o.w.u. wyraźnie określone. Był to wariant mniej korzystny dla ubezpieczonego. Udzielenie zniżki w składce za wybranie tego wariantu było logiczną konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania. Ubezpieczyciel stworzył możliwość wyboru pomiędzy standardowym sposobem naprawienia szkody (zapewniającego pełne odszkodowanie) a wariantem kosztorysowym, który nie zapewniając pełnego odszkodowania był wariantem tańszym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to nie miało charakteru abuzywnego (z zastrzeżeniem, że wariant kosztorysowy obejmuje podatek VAT). Było jednoznaczne i nie budziło żadnych wątpliwości interpretacyjnych. Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem postępowania apelacyjnego.

- „1. Obowiązkiem ubezpieczającego jest: 1) udzielanie ubezpieczycielowi odpowiedzi na pytania zamieszczone w umowie ubezpieczenia lub skierowane do niego w innej formie pisemnej, 2) podanie wszystkich znanych okoliczności istotnych dla oceny ryzyka i ustalenia składki.
2. Jeżeli ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne”.

W ocenie strony powodowej, zakład ubezpieczeń w sposób niedozwolony używał niedookreślonego zwrotu „podanie wszystkich znanych okoliczności”, bez sprecyzowania o jakie okoliczności chodzi. Niepodanie tych okoliczności mogło z kolei prowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania. Za pomocą tego postanowienia ubezpieczyciel przypisał sobie prawo do wiążącej interpretacji umowy, czym naruszył normę z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 11 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w działalności ubezpieczyciela niezwykle ważna jest prawidłowa ocena przyjmowanego do ubezpieczenia ryzyka. W praktyce najwięcej informacji o przyjmowanym przez ubezpieczyciela ryzyku posiada sam klient. Zrozumiałe jest zatem oczekiwanie zakładu ubezpieczeń, że klient poda mu wszystkie informacje niezbędne do oceny ryzyka. Nie jest możliwe przewidzenie przez ubezpieczyciela wszystkich czynników, które mogą mieć wpływ na prawdopodobieństwo zajścia wypadku. Nie można stąd sprecyzować o jakie okoliczności chodzi. Ubezpieczyciel zakłada bowiem, że są to okoliczności znane klientowi, których sam ubezpieczyciel nie przewidział.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten odpowiadał treści art. 815 k.c. i jako zgodny z obowiązującymi przepisami prawa nie mógł zostać uznany za abuzywny.

Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający ma obowiązek niezwłocznie zgłaszać ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia wypadku”.*

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób nieprecyzyjny określało obowiązki ubezpieczonego, czym naruszało art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. Konsument jako podmiot o mniejszej świadomości prawnej powinien być dokładnie i w sposób wyczerpujący informowany o obowiązkach, jakie na nim spoczywają, a których prawidłowe wykonanie może mieć wpływ na uzyskanie odszkodowania. Tymczasem powyższe postanowienie było na tyle nieprecyzyjne (nie było wiadomo o jakie okoliczności chodziło), iż stwarzało pole do dowolnej interpretacji tego zapisu przez ubezpieczyciela.

Zdaniem pozwanego postanowienie to było logiczną konsekwencją postanowienia umownego regulującego deklarację ryzyka. Chodziło o okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytał przed zawarciem umowy, a także inne znane ubezpieczającemu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to odwoływało się do zdarzeń przyszłych i niepewnych (prawdopodobieństwa wypadku). Żadna ze stron umowy, zarówno przedsiębiorca jak i konsument nie może wiedzieć jaka zmiana i jakich okoliczności „ma wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa”. Postanowienie przyznające ubezpieczycielowi prawo do przeprowadzenia takiej oceny było sprzeczne z art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sąd I instancji w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił zarzuty pozwanego podważające podgląd Sądu I instancji o abuzywności tego postanowienia. Przedmiotowy zapis został potraktowany w sposób wyrzykowy, bez analizy dalszej części zapisu o.w.u., gdzie wyjaśniono, że chodzi o te okoliczności, co do których ubezpieczyciel pytał przed zawarciem umowy. Również i to postanowienie nawiązywało do ustawowego uregulowania przyjętego w art. 815 § 2 k.c. i dlatego nie mogło zostać uznane za abuzywne.

- *„Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub z rażącego niedbalstwa nie wykonał obowiązków określonych w ust. 1, ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażący naruszało interesy konsumenta, ponieważ niewykonanie umyślnie lub z rażącego niedbalstwa obowiązków związanych z podjęciem przez ubezpieczonego (kierowcę) wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody, uzasadniało odmowę wypłaty odszkodowania bez względu na to czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku z brakiem zmniejszenia szkody. Postanowienie to wprost naruszało dyspozycję art. 826 § 3 k.c., który uwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności z powodu niezapobieżenia szkodzie lub zmniejszeniu jej rozmiarów na skutek umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, ale tylko w sytuacji, w której szkoda powstała właśnie z powodu zachowania się ubezpieczającego.

Pozwany odnosząc się do powyżej sformułowanych zarzutów, wskazał, że postanowienie to zostało aneksem do o.w.u. dostosowane do stanu zgodnego z prawem (do treści art. 826 k.c.).

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK o przyczynach nieuznania tego postanowienia za abuzywne nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający (ubezpieczony, uprawniony) ma obowiązek udostępnić dokumenty, które ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażący naruszało interesy konsumentów, ponieważ nie precyzowało, jakich

dokumentów ma prawo oczekiwać ubezpieczyciel od ubezpieczonego. Zdaniem powoda zakład ubezpieczeń powinien zawrzeć wyczerpujący katalog dokumentów, jakich może żądać od ubezpieczonego, z zaznaczeniem dla jakich celów dokument byłby wykorzystany. Nieprecyzyjne sformułowanie obowiązku ubezpieczonego stanowiło naruszenie zasad lojalności i uczciwości kupieckiej, definiowało bowiem obowiązek ubezpieczonego w sposób nieprecyzyjny, co z kolei mogło skutkować odmową wypłaty odszkodowania za powstałą szkodę.

Zdaniem strony pozwanej nie jest możliwe przewidzenie wszystkich możliwych kategorii dokumentów, jakie będą konieczne do prawidłowej likwidacji szkody. To jaki dokument będzie niezbędny jest wiadomo dopiero po zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Dlatego też nie jest możliwe sformułowanie wyczerpującego, enumeratywnego postanowienia zawierającego katalog dokumentów, jakie można żądać od ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone. Ubezpieczyciel w sposób dowolny przyznał sobie prawo do żądania od konsumenta bliżej nieokreślonych dokumentów, tj. takich jakie „uzna za niezbędne”. Pozwany jako podmiot profesjonalnie zajmujący się ubezpieczeniami, winien wiedzieć i wskazać konsumentowi, jakie dokumenty są mu niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można było zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jakoby postanowienie to zastrzegало dowolność postępowania pozwanego zakładu ubezpieczeń przy uznawaniu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania. Trafnie argumentował skarżący, że nie jest możliwe określenie z góry – jakie dokumenty okażą się konieczne do prawidłowej likwidacji szkody, a zapis ten znajdował swój odpowiednik w przepisie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Nie sposób było dopatrzeć się wskazywanego przez powoda naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

- „1. Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoby fizyczne) lub w terminie 7 dni (osoby prawne) od daty zawarcia na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki”.

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 1, powód zarzucił rażąco naruszenie interesów konsumentów. Zdaniem powoda niedopuszczalne było wyłączenie prawa konsumenta do odstąpienia od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy. Postanowieniu wskazanym w ust. 2, powód zarzucił, iż wyłączało ono z góry możliwość zwrotu części uiszczonej przez ubezpieczonego składki za niespełnione przez pozwanego świadczenie. Dodatkowo, nakładało na konsumenta niczym nieuzasadnioną opłatę manipulacyjną w rażąco wysokim procencie kwoty zwracanej składki. Opłata ta stanowiła nałożenie na konsumenta „odstępnego”, co wprost naruszało normę z art. 385³ pkt 16 k.c. Tym samym było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta.

Jeżeli chodzi o postanowienie, o którym mowa w ust. 1, to pozwany wskazał, że stanowiło ono wierne przeniesienie na grunt o.w.u. treści art. 812 § 4 k.c. Trudno zatem uznać, aby ten sam ustawodawca, który sformułował treść art. 385¹ k.c. w tym samym akcie prawnym wprowadził przepis będący sam w sobie klauzulą abuzywną. Odnośnie zarzutu powoda w przedmiocie postanowienia wskazanego w ust. 2, pozwany poinformował, iż aneksem do o.w.u. zmienił treść zapisu, dostosowując go do brzmienia art. 813 § 2 k.c. z tym zastrzeżeniem, że zwrot składki nie należał się w przypadku wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez które rozumiało się wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wyczerpującego sumę ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis, o którym mowa w ust. 1, odpowiadał treści art. 814 § 4 k.c. i jako taki nie mógł zostać uznany za niedozwolony. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, o którym mowa w ust. 2, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK w zakresie tych postanowień nie była przedmiotem kontroli w postępowaniu apelacyjnym.

Zwrot środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym

Niepewna sytuacja gospodarcza coraz częściej zmusza osoby gromadzące oszczędności na cele emerytalne do rezygnacji z oszczędzania i wykorzystania odłożonych środków. Osoby gromadzące oszczędności w formie indywidualnego konta emerytalnego, czyli IKE, w celu uzyskania środków przy jednoczesnej rezygnacji z dalszego oszczędzania stają przed koniecznością rozwiązania umowy o prowadzenie IKE. Na IKE gromadzone są nie tylko wpłaty dokonywane indywidualnie, ale także środki uprzednio oszczędzane w pracowniczym programie emerytalnym, czyli PPE. Dzieje się tak w związku z coraz bardziej popularnymi PPE i dużą mobilnością pracowników. Dość często IKE zakładane są również w celu kontynuowania oszczędzania rozpoczętego w PPE. Poniżej przedstawiona zostanie kwestia rozwiązania umowy o prowadzenie IKE i dokonanie zwrotu zgromadzonych tam środków, ze szczególnym uwypukleniem zwrotu z IKE, jeśli przekazane na nie zostały środki z PPE.



Mariusz Denisiuk
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Indywidualne konto emerytalne – uwagi ogólne

Indywidualne konta emerytalne funkcjonują na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (Dz. U. Nr 116, poz. 1205 z późn. zm.). Założenie IKE jest dobrowolne. Konto może założyć każda osoba fizyczna mająca nieograniczony obowiązek podatkowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która ukończyła 16 lat. IKE wyróżniają się zachętą podatkową – dochody uzyskane z tytułu lokowania środków emerytalnych są objęte zwolnieniem z 19% podatku od dochodów kapitałowych zwanego potocznie „podatkiem Belki”.

Każdy posiadacz IKE może w danym czasie gromadzić oszczędności tylko na jednym koncie. Niemożliwe jest wspólne gromadzenie środków przez małżonków na jednym koncie. IKE jest zakładane i prowadzone na podstawie umowy zawartej z wybraną instytucją finansową. Instytucją tą może być fundusz inwestycyjny, biuro maklerskie, zakład ubezpieczeń lub bank. Wówczas indywidualne konto emerytalne może przybrać formę funduszu inwestycyjnego, rachunku papierów wartościowych w domu maklerskim, ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub lokaty bankowej.

Wpłaty dokonywane na IKE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 300% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok. W 2012 r. limit ten został określony na poziomie 10 578 zł. Dodatkowy limit wpłat przewidziano również dla osób małoletnich (pomiędzy 16 a 18 rokiem życia), których wpłaty na IKE nie mogą przekroczyć dochodów uzyskanych przez tę osobę w danym roku z tytułu umowy o pracę.

Warto pamiętać, że założenie IKE nie oznacza zobowiązania do comiesięcznych wpłat na konto aż do czasu przejścia na emeryturę. Częstotliwość wpłat określa się w umowie z instytucją finansową (np. kwartalnie, półrocznie czy nawet rocznie). Zwykle podawane są minimalne wysokości jednorazowych wpłat i minimalnej sumy wpłat w ciągu roku. W większości przypadków nie trzeba się zobowiązywać do regularnego oszczędzania. Możliwy jest wybór takiego IKE, które nie wymaga obowiązkowego opłacania regularnej składki. Wówczas, gdy z określonych powodów nie będzie możliwe dokonywanie wpłaty na IKE (np. z powodu utraty pracy lub innych nieprzewidzianych wydatków), umowa o prowadzenie IKE nie wygaśnie a zgromadzone środki są dalej pomnażane.

Środki gromadzone na IKE traktowane są jak indywidualne oszczędności i w przypadku śmierci posiadacza konta są przekazywane wskazanym przez niego osobom. W umowie o prowadzenie IKE oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób, którym zostaną wypłacone środki zgromadzone na IKE w przypadku jego śmierci. Dyspozycję tę można zmieniać w trakcie prowadzenia IKE. Jeżeli oszczędzający nie wskaże w umowie osób dziedziczących środki, wchodzi one do spadku. Inaczej może być jedynie w przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – kwestie wypłaty środków po śmierci ubezpieczonego reguluje umowa z zakładem ubezpieczeń na życie. Osoba uprawniona do środków zgromadzonych na IKE zmarłego może dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do pracowniczego programu emerytalnego (czyli powiększyć swoje oszczędności emerytalne).

Wpłata na IKE jest wpłata środków pieniężnych dokonywana przez oszczędzającego na indywidualne konto emerytalne lub przekazanie pożytków z papierów wartościowych zgromadzonych na indywidualne konto emerytalne oszczędzającego. Nie jest więc wpłata na indywidualne konto emerytalne transfer środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym. Dlatego też inaczej obliczane jest zobowiązanie podatkowe wynikające z rozwiązania umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego, jeżeli wszystkie środki gromadzone na rachunku pochodziły z wpłat oszczędzającego i pochodzących od nich zysków. Inaczej też liczone jest zobowiązanie podatkowe,

jeżeli środki zgromadzone na rachunku pochodzą także z transferu środków z pracowniczego programu emerytalnego. W drugim przypadku, całość środków transferowanych na indywidualne konto emerytalne traktowana jest jako dochód podatnika.

Środki emerytalne zgromadzone na IKE można wypłacić po osiągnięciu 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia i spełnieniu dodatkowych wymogów ustalonych przez ustawę. Wymogiem tym jest dokonywanie wpłat na IKE co najmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych, albo dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na pięć lat przed dniem złożenia wniosku o dokonanie wypłaty.

W trakcie trwania umowy o prowadzenie IKE możliwe jest dokonanie częściowych wypłat zgromadzonych środków. Taka sytuacja może nastąpić jedynie w przypadku nie zachodzenia przesłanek do wypłaty lub wypłaty transferowej. Co istotne, częściowej wypłacie podlegają wyłącznie wpłaty dokonane na IKE. Częściowy zwrot środków z IKE powoduje obowiązek odprowadzenia należnego podatku dochodowego od zysków kapitałowych. Możliwe jest dokonanie zwrotu wszystkich środków zgromadzonych na IKE. Wiązałoby się to z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE. Dokonanie częściowego zwrotu lub zwrotu wszystkich środków rodzi obowiązek podatkowy. W takim przypadku, instytucja prowadząca IKE zobowiązana jest do odprowadzenia 19% ryczałtowego podatku dochodowego od osób fizycznych.

Pracowniczy program emerytalny – uwagi ogólne

Grupową formą oszczędzania jest PPE funkcjonujące na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz. U. Nr 116, poz. 1207 z późn. zm.). Tworzony przez zawarcie umowy zakładowej albo umowy międzyzakładowej. Umowę tę zawiera pracodawca z reprezentacją pracowników. PPE jest rejestrowany przez organ nadzoru. Prawo do uczestnictwa w PPE przysługuje pracownikowi, który jest zatrudniony u danego pracodawcy nie krócej niż 3 miesiące. Przystępując do PPE, uczestnik może wskazać osobę, której mają być wypłacone środki zgromadzone w programie w razie śmierci uczestnika. PPE mogą być prowadzone w formie funduszu emerytalnego, umowy o wnoszenie przez pracodawcę składek pracowników do funduszu inwestycyjnego, umowy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników z zakładem ubezpieczeń w formie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zarządzania zagranicznego.

Składkę podstawową finansuje pracodawca. Kwota wpłacanej składki podstawowej nie może przekroczyć 7% wynagrodzenia uczestnika. Wysokość składki podstawowej ustalana jest procentowo od wynagrodzenia, w jednakowej kwocie dla wszystkich uczestników, albo procentowo od wynagrodzenia, z określeniem maksymalnej kwotowej wysokości tej składki. Składka wpłacana na rachunek uczestnika PPE obliczana jest w stosunku do wysokości wynagrodzenia pracownika, jednakże składka ta, w odróżnieniu od wynagrodzenia, nie jest podstawą do odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne, oraz nie jest od niej odprowadzany podatek dochodowy od osób fizycznych. Ewentualna składka na ubezpieczenie emerytalne oraz ewentualny podatek, opłacane są jedynie w przypadku przerwania gromadzenia oszczędności w PPE lub kontynuacji oszczędzania w formie IKE. Zgodnie z intencją ustawodawcy, zachęcać ma to do konsekwentnego odkładania środków, które będą wykorzystane po osiągnięciu 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia. W przeciwnym wypadku, traktowane są jak forma wynagrodzenia za pracę, co rodzi obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne oraz podatek dochodowy od osób fizycznych.

Uczestnik PPE może zadeklarować także składkę dodatkową, jeżeli umowa zakładowa tego nie zakazuje. Jej wysokość uczestnik określa w deklaracji. Możliwa jest także zmiana wysokości składki dodatkowej lub rezygnacja z jej wnoszenia. Suma składek dodatkowych wniesionych przez uczestnika do jednego PPE w ciągu roku kalendarzowego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej czteroipółkrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok. W przypadku, gdy kwota ustalona w sposób określony w zdaniu pierwszym będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, wówczas obowiązuje kwota ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.

Wypłata z PPE następuje na wniosek uczestnika po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat lub na wniosek uczestnika po przedstawieniu przez niego decyzji o przyznaniu prawa do emerytury i po ukończeniu 55 roku życia. Wypłata następuje także w przypadku ukończenia przez uczestnika 70 lat, jeżeli wcześniej nie wystąpił z wnioskiem o wypłatę środków oraz na wniosek osoby uprawnionej, w przypadku śmierci uczestnika. W przypadku wystąpienia uczestnika z PPE, środki przez niego zgromadzone przekazywane są na wskazane przez niego IKE.

Zwrot środków

Zwrot środków zgromadzonych na IKE następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.

W przypadku, gdy na IKE oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z PPE, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego. Środki te stanowią przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W takim

przypadku zwrotu środków z IKE, środki te również podlegają zryczałtowanemu podatkowi dochodowemu w wysokości 19% dochodu. Dochodem jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne.

Jak zostało wspomniane, ustawa o IKE przewiduje możliwość dokonania zwrotu, czyli wycofania całości środków zgromadzonych na IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki wypłaty bądź wypłaty transferowej. Zgodnie z treścią art. 37 ust. 3 ustawy o IKE, w przypadku gdy na IKE oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, instytucja finansowa przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego. Środki te stanowią przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto, w przypadku zwrotu środków z indywidualnego konta emerytalnego, środki te, zgodnie z treścią art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 51, poz. 307 z późn. zm.), podlegają zryczałtowanemu podatkowi dochodowemu w wysokości 19% dochodu. Zgodnie z art. 30 ust. 3a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, dochodem jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne.

Zgodnie z treścią art. 2 pkt 4 ustawy o IKE, wpłatą na indywidualne konto emerytalne jest wpłata środków pieniężnych dokonywana przez oszczędzającego na indywidualne konto emerytalne lub przekazanie pożytków z papierów wartościowych zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym oszczędzającego. Nie jest więc wpłatą na IKE transfer środków zgromadzonych w PPE. Dlatego też inaczej obliczane jest zobowiązanie podatkowe wynikające z rozwiązania umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego, jeżeli wszystkie środki gromadzone na rachunku pochodziły z wpłat oszczędzającego i pochodzących od nich zysków. Inaczej też liczone jest zobowiązanie podatkowe, jeżeli środki zgromadzone na rachunku pochodzą także z transferu środków z pracowniczego programu emerytalnego. W drugim przypadku, całość środków transferowanych na IKE traktowana jest jako dochód podatnika.

Tak restrykcyjne przepisy dotyczące odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne i podatku dochodowego od osób fizycznych wynika z ustawy o PPE, zgodnie z którą składka wpłacana na rachunek uczestnika pracowniczego programu emerytalnego obliczana jest w stosunku do wysokości wynagrodzenia pracownika, jednakże składka ta, w odróżnieniu od wynagrodzenia, nie jest podstawą do odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne, oraz nie jest od niej odprowadzany podatek dochodowy od osób fizycznych. Ewentualna składka na ubezpieczenie emerytalne oraz ewentualny podatek, opłacane są jedynie w przypadku przerwania gromadzenia oszczędności na cel emerytalny w formie pracowniczego programu emerytalnego lub kontynuacji oszczędzania w formie indywidualnego konta emerytalnego. Zgodnie z intencją ustawodawcy, zachęcać ma to do konsekwentnego odkładania środków, które będą wykorzystane po osiągnięciu 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia. W przeciwnym wypadku, traktowane są jak forma wynagrodzenia za pracę, co rodzi obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie emerytalne oraz podatek dochodowy od osób fizycznych.

Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych – co nowego?

350 tys. indywidualnych odwiedzających stronę internetową Rzecznika Ubezpieczonych w ciągu pierwszego półrocza 2012 r. Daje to ponad 58 tys. miesięcznie i prawie 2 tys. dziennie osób odwiedzających stronę Rzecznika. Można przedstawić tezę, że nie są to osoby do końca zadowolone z realizacji umowy ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń i do wizyty na portalu Rzecznika Ubezpieczonych skłoniły je obawy przed mogącymi wystąpić problemami w kontaktach z zakładami ubezpieczeń. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że wśród odwiedzających stronę internetową Rzecznika są także osoby chcące poszerzyć swoją wiedzę z zakresu ubezpieczeń, poszukują orzecznictwa sądowego, czy potrzebują wzoru pisma dotyczącego jakiegoś konkretnego problemu. Z sygnałów jakie docierają do nas różnymi kanałami, wiemy, że nasz portal jest również bardzo popularny wśród pracowników zakładów ubezpieczeń, kancelarii odszkodowawczych, profesjonalnych pełnomocników, czy też studentów.

Głównym założeniem portalu www.rzu.gov.pl jest jednak dostarczanie wiedzy, informacji i wskazówek osobom, których interesy Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje – ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych.

Od momentu, kiedy strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych przybrała swój obecny wygląd, a było to na przełomie lat 2007/2008, na portalu pojawiają się coraz to nowe rozwiązania techniczne. Układ treści, które na bieżąco są aktualizowane, staramy się prezentować i łączyć w sposób, który pozwoli na jak najłatwiejsze nawigowanie po stronie i jak najszybsze odnajdywanie przez użytkownika portalu interesujących go w danym momencie treści. Oczywiście nie będziemy tu opisywać każdej strony z portalu internetowego Rzecznika – trzeba go po prostu odwiedzić – jednakże chcielibyśmy przedstawić kilka wdrożonych projektów, które cieszą się największą popularnością wśród użytkowników.

Najczęściej odwiedzane miejsca na stronie

Intensywnie rozbudowywanym, a także aktualizowanym w ostatnim okresie, działem strony internetowej było „**Vademecum ubezpieczonego**” w części poświęconej często zadawanym pytaniom oraz „ABC Ubezpieczeń” – można tam zapoznać się z kompleksowymi opracowaniami na temat poszczególnych rodzajów ubezpieczeń, a także w formie pytań i odpowiedzi uzyskać informację na pojawiające się problemy ubezpieczeń komunikacyjnych, mieszkaniowych, turystycznych, NNW, życiowych, rolnych, małych i średnich przedsiębiorstw i zabezpieczenia emerytalnego (OFE, PPE, IKE, IKZE). Zakładka ta zawiera również pozycję „**Najczęstsze pytania i odpowiedzi na temat**”, w której znajdziemy najbardziej aktualne opracowania najczęściej pojawiających się problemów, które na bieżąco odnotowywane są podczas dyżurów telefonicznych czy poradnictwa mailowego.

Drugim projektem ułatwiającym poszkodowanym poszukującym pomocy na stronach internetowych Rzecznika Ubezpieczonych jest baza wzorów pism przydatnych w dochodzeniu roszczeń od ubezpieczycieli oraz przed sądem. Baza wzorów została umieszczona w zakładce „**Serwis prawny**”. Zawarte są tam przykładowe wzory odwołań od stanowiska zakładu ubezpieczeń (w ramach postępowania reklamacyjnego), wzory wezwań do zapłaty odszkodowania kierowanych do ubezpieczycieli w przypadkach nieterminowej realizacji zobowiązań umownych, wzory ugód w postępowaniu z zakładami ubezpieczeń, wzory pozwów o zapłatę (stosowane w postępowaniach zwykłych i uproszczonych), a także wzory pism przydatne w ramach zabezpieczenia emerytalnego. Na chwilę obecną w bazie znajduje się ponad 50 wzorów różnego rodzaju pism i oczywiście planowana jest dalsza rozbudowa zbioru o wzory pism w najczęściej spotykanych w praktyce sporach.

Trzecim działem na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych, który odnotowuje liczne wizyty internautów jest „**Baza orzecznictwa sądowego**”. Znajduje się ona w zakładce „**Serwis prawny**”. Pozyskiwane w ramach współpracy Rzecznika Ubezpieczonych z Sądem Najwyższym oraz sądami okręgowymi, apelacyjnymi orzeczenia z zakresu ubezpieczeń gospodarczych umożliwiają poszkodowanym łatwe zapoznanie się z linią orzecznictwa sądowego, a tym samym przyczyniają się do skuteczniejszej ochrony praw konsumentów. Prezentowane w bazie orzecznictwo podzielone zostało zgodnie z rozdziałem kodeksowym (numeracją przepisów kodeksu cywilnego). Ponadto, aby ułatwić poszukiwanie orzeczeń w konkretnych kwestiach, przy numerach poszczególnych przepisów umieszczone zostały krótkie hasła tematyczne, które wskazują, gdzie znaleźć potrzebne rozstrzygnięcie. Zbiór ten jest na bieżąco rozbudowywany i aktualizowany. Obecnie w bazie znajduje się ponad 1 tys. orzeczeń wraz z uzasadnieniami.



Piotr Budzianowski
starszy specjalista w Biurze
Rzecznika Ubezpieczonych

Na stronie głównej portalu zamieszczane są materiały informacyjne dotyczące aktualnej działalności Urzędu, a także bieżących wydarzeń, które mają związek z reprezentowanymi przez Rzecznika Ubezpieczonych interesami osób. Są to różnego rodzaju poradniki – „Jak postępować w przypadku powstania szkody spowodowanej silnym wiatrem albo huraganem. Praktyczne wskazówki związane z rozpatrywaniem roszczeń ubezpieczeniowych”; „Przed wakacjami – co warto wiedzieć?” – oraz materiały informacyjne, np. „Raport Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie skarg w I półroczu 2012 roku”.

W ostatnim czasie Rzecznik Ubezpieczonych na swojej stronie na portalu społecznościowym Facebook rozpoczął akcje edukacyjną **„Edukacja ubezpieczeniowa z Rzecznikiem”**, gdzie co tydzień publikowane są materiały informacyjne, które zawarte są także na stronie internetowej Rzecznika, dotyczące najczęściej spotykanych problemów w codziennej praktyce Rzecznika Ubezpieczonych. Ta forma prezentacji informacji i materiałów ma na celu dotarcie do jak najszerszego grona osób zainteresowanych tematyką ubezpieczeniową.

Internet w dzisiejszych czasach jest kluczowym medium, przez które zainteresowane podmioty – instytucje państwowe, firmy prywatne – mogą dzielić się informacjami i wiedzą z danego zakresu oraz prezentować swoją markę. Z drugiej strony Internet jest narzędziem, które służy do poszukiwania tych właśnie informacji przez osoby zainteresowane zdobyciem wiedzy w danym zakresie. Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych spełnia rolę właśnie takiej platformy, gdzie szeroko prezentowane są materiały i informacje z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i społecznych, a osoby poszukujące takiej właśnie wiedzy, przy pomocy naszej strony mogą ją w sposób łatwy zdobyć i zrozumieć.

Ubezpieczenia w latach II wojny światowej

Wybuch wojny światowej pierwszego września 1939 r. oraz okupacja terytorium naszego kraju przez wojska hitlerowskie i sowieckie, wstrząsnęły podstawami finansowymi wszystkich, dotychczas istniejących i działających w Polsce towarzystw ubezpieczeniowych. Dla przykładu, majątek największego ubezpieczyciela – Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, liczący w chwili wybuchu wojny ponad 78 mln zł raptownie zmalał do niewiele ponad 5 mln zł.

Nowy rozdział w dziejach narodu był okresem tragicznym zarówno dla całego społeczeństwa, jak i dla jego struktur społecznych i gospodarczych, w tym także dla ubezpieczeń.

O losach całego społeczeństwa, jak i o naszej gospodarce decydowali dwaj okupanci: stalinowski Związek Sowiecki – na mniejszej części terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i hitlerowska Trzecia Rzesza – na zdecydowanie większej części polskiego terytorium. ZSRR panował na tych terenach stosunkowo krótko, bo do czerwca 1941 r., tj. do ataku hitlerowskich Niemiec. W ciągu tych kilkunastu miesięcy, na terenach wschodnich województw Polski zaprowadzony został, obowiązujący w Związku Radzieckim jeden system ubezpieczeniowy – państwowy, tzw. GOSSTRACH (*Gosudarstwiennoje Strachowanije*). Działalność dawnych polskich towarzystw ubezpieczeniowych na tych terenach została natychmiast zlikwidowana.

Natomiast na terenach zajętych przez Niemcy, problem ubezpieczeń przedstawiał się inaczej. Część tych ziem włączona została do Rzeszy, a z części utworzono tzw. Generalne Gubernatorstwo. Na terenach włączonych do Rzeszy, istniejące do 1939 r. polskie zakłady ubezpieczeniowe zostały przejęte przez okupanta i włączone do działających już na tych terenach towarzystw niemieckich.

Decyzją władz hitlerowskich w Berlinie:

- Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych przekazano niemieckiej instytucji Lebensversicherungsanstalt w Gdańsku;
- angielskie towarzystwo Prudential oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Przeworność S.A. włączono do Aschener Feuerversicherungsgesellschaft;
- Assicurazioni Generali Trieste S.A. i Towarzystwo Ubezpieczeń Polonia S.A. oraz Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń Patria S.A. i Warszawianka przekazane zostały zakładowi Allianz A.G.;
- Towarzystwo Ubezpieczeniowe Orzeł S.A. włączono do Magdeburger Feuerversicherungsgesellschaft;
- Krakowskie Towarzystwo Ubezpieczeń Florianka S.A. zostało włączone do Towarzystwa Victoria w Berlinie;
- Danziger Feuersocietet wchłonęło Poznańsko–Warszawskie Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A. (ten gdański zakład ubezpieczeń od ognia miał także oddział w Toruniu, położonym w tzw. Kraju Warty).

Wyjątkowo, Towarzystwo Ubezpieczeń Piast S.A., przekazane zostało włoskiemu towarzystwu Riunione Adriatica di Sicurtà S.A. w Trieście (należy pamiętać, że Włochy były wiernym sojusznikiem Rzeszy).

Towarzystwa ubezpieczeniowe niemieckie, wraz z przejęciem całości portfeli polskich zakładów ubezpieczeniowych, przejęły także ich zobowiązania. Wypłacane więc były polisy i pobierane inkasa. Wypłaty odszkodowań dotyczyły jednak tylko ubezpieczeń od ognia, włamania i odpowiedzialności cywilnej.

Stosunki gospodarcze i społeczne na terenie utworzonego przez Niemców Generalnego Gubernatorstwa (*Generalgouvernement*) uległy radykalnej zmianie. Mienie państwowe zostało skonfiskowane, wielkie fabryki przestawiono na produkcję wojenną, podobnie jak duże gospodarstwa rolne. Dla ludności polskiej czynna jednak była opieka społeczna, sądownictwo polskie, zachowano polski samorząd gospodarczy, działały Izby Przemysłowo–Handlowe. O losie większych zakładów i instytucji decydował specjalny urząd powołany przez władze niemieckie: Główny Urząd Powierniczy–Wschód. W jego imieniu do zakładów i przedsiębiorstw kierowani byli tzw. Treuhänderzy, nadzorujący ich działalność oraz posiadający decydujący wpływ na postanowienia polskich dyrekcji czy kierownictw.

Na terenie Generalnego Gubernatorstwa mogły nadal działać prywatne zakłady ubezpieczeniowe. Podstawą było rozporządzenie o ubezpieczeniu indywidualnym wydane przez Generalnego Gubernatora dr. Hansa Franka, stojącego na czele Urzędu Generalnego Gubernatorstwa ds. Zajętych Polskich Terenów (*Amt des Generalgouvernement für die besetzten polnischen Gebiete*). Od lipca 1940 r. był to już rząd Generalnego Gubernatorstwa (*Regierung des Generalgouvernements*) z siedzibą w Krakowie. Dokument ten podpisany został dnia 21 grudnia 1939 r., a jego treść była następująca: „Przedsiębiorstwom ubezpieczeniowym, dopuszczonym do dnia 31 sierpnia 1939 roku przez polskie władze nadzorcze do wykonywania czynności w Rzeczypospolitej Polskiej, wolno nadal wykonywać czynności w Generalnym Gubernatorstwie bez specjalnego zezwolenia. Poza tym wypadkiem wolno wykonywać działalność ubezpieczeniową tylko za zezwoleniem kierownika Wydziału Gospodarczego w Urzędzie Generalnego Gubernatora”.



Marian Szczęśniak
dziennikarz – historyk

Wrześniowe działania wojenne spowodowały jednak załamanie rynku finansowego, a także zniszczenie przeważającej części majątku. Oznaczało to często ich faktyczną materialną samolikwidację. Towarzystwa ubezpieczeniowe przez pewien czas działały, choć w ograniczonym zakresie. Wśród prosperujących można między innymi wymienić Zjednoczone Towarzystwa Ubezpieczeń Generali – Port – Polonia S.A., prowadzące ubezpieczenia szyb i szkła (była to spółka z poważnym kapitałem włoskim). Towarzystwo Ubezpieczeń Riunione Adriatica di Sicurta oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Piast S.A. działały normalnie do końca 1944 r. przyjmując składki i wypłacając odszkodowania. Dyрекcję tych Towarzystw, mającą swą siedzibę w Warszawie, po upadku Powstania Warszawskiego przeniesiono do Częstochowy. Świadectwem uległości wobec okupanta był fakt, że polisy Towarzystwa Ubezpieczeń Silesia S.A., natychmiast po wkroczeniu Niemców, bo już w 1939 r., wystawiane były w języku niemieckim. Towarzystwo Ubezpieczeniowe Orzeł S.A. w Warszawie przyjmowało ubezpieczenia ogniowe, od kradzieży z włamaniem, transportowe i gradowe. Działo Towarzystwo Ubezpieczeniowe Orzeł i Prudential, Towarzystwo Ubezpieczeń Vita – Katowice, również Patria Towarzystwo Asekuracyjne i Reasekuracyjne S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń Piast S.A. także prowadziło normalną działalność.

Wszystkie te zakłady działały pod nadzorem niemieckim, ograniczone także były zarówno pod względem terytorialnym, jak i rodzajem oraz jakością pełnionych usług.

Liczyły się jednak dwa towarzystwa, znane na przedwojennym rynku ubezpieczeniowym, a po wrześniu 1939 r. mające spełniać szczególną rolę zarówno narzuconą przez okupanta, jak i wynikającą z potrzeb zniewolonego społeczeństwa polskiego. Towarzystwami tymi były: Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych i Towarzystwo Reasekuracyjne Warta.

Jednak działalność zagraniczna Towarzystwa Asekuracyjnego Warta była bardzo ograniczona. Zawężona jedynie do Rzeszy Niemieckiej, Austrii, krajów okupowanych, jak Czechy, Morawy, Słowacja, Francja, do krajów neutralnych (Szwajcaria) i do tych, które były w sojuszu z Rzeszą Niemiecką (Włochy i Węgry). Obroty finansowe z tymi krajami były jednak minimalne. W kontaktach z większością dotychczasowych, przedwojennych partnerów zagranicznych nastąpiły zwroty portfeli.

Podstawowym, krajowym partnerem reasekuracyjnym pozostał PZUW (główny akcjonariusz Warty). Dyrektorem Towarzystwa Reasekuracyjnego Warta mianowali Niemcy wieloletniego członka zarządu Warty, Stanisława Wądołowskiego (zginął w czasie Powstania Warszawskiego). Przez cały okres okupacji wszystkie prowadzone przez Wartę prace nadzorował niemiecki komisarz (Treuhänder), którym był ubezpieczeniowiec z Gdańska dr Heinrich Niehuss.

Praktycznie, jedynym liczącym się poważnym ubezpieczycielem polskim w Generalnym Gubernatorstwie był PZUW. Władze okupacyjne w sposób specjalny potraktowały ten zakład ubezpieczeniowy. Niemcy nie mogli nie doceniać znaczenia powszechnych ubezpieczeń, zwłaszcza ogólnych i rolnych, w tym także zagadnień prewencyjnych i spraw odszkodowań. Polska wieś i polska gospodarka miały w planach hitlerowców wspierać gospodarkę Rzeszy, służyły temu m.in. kontyngenty. Hitlerowcy protekcyjnie traktowali więc PZUW. Zgodzili się na kontynuowanie działalności tego największego i najbardziej popularnego w Polsce towarzystwa ubezpieczeniowego, ale pod nadzorem niemieckiego powiernika – Treuhändera. Komisarzem hitlerowcy mianowali Niemca, Heinricha Niehussa, tego samego, który nadzorował równocześnie Towarzystwo Asekuracyjne Warta.

Dla zapewnienia kontroli i nadzoru nad działającymi na terenie GG towarzystwami ubezpieczeniowymi, władze niemieckie powołały w Głównym Wydziale Gospodarczym Rządu Generalnego Gubernatorstwa specjalny Urząd Nadzoru nad Ubezpieczeniami z siedzibą w Warszawie (*Aufsichtamt für das Versicherungswesen*). Urząd ten traktował Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych jako część służby publicznej, wykonującej zadania pod nadzorem niemieckich organów rządowych.

Dla Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych okupacja hitlerowska i sowiecka były okresem szczególnym. Instytucja ta, postawiona w nowej roli, zaczęła spełniać zadania, jakich nie wykonywała żadna organizacja ubezpieczeniowa w świecie. Specyficzne warunki terroru hitlerowskiego i stalinowskiego sprawiły, by obok realizacji statutowych zadań *stricte* ubezpieczeniowych włączyć się w patriotyczny nurt walki z okupantami poprzez wspieranie podziemnego ruchu oporu.

Kontynuowanie działalności PZUW leżało także w interesie społeczeństwa polskiego i było zgodne z podejmowanymi już we wrześniu 1939 r. przez prezydenta m.st. Warszawy Stefana Starzyńskiego, próbami organizowania bytu społeczeństwa polskiego w specyficznych warunkach okupacji hitlerowskiej.

Początkowo, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych obejmował swoim zasięgiem nie tylko Generalne Gubernatorstwo, ale krótko także ziemie wcielone do Rzeszy. Przez pewien czas były to nawet najlepiej pracujące oddziały, które w dużym stopniu przyczyniły się do łagodzenia trudności finansowych Centrali. Taka sytuacja trwała do końca 1940 r. Władze niemieckie stopniowo wymieniały jednak polski personel na niemiecki. Wprowadzone nowe przepisy celne utrudniały przelewy wpłat i dochodów do Centrali. W końcu łączność organizacyjna z Warszawą została przerwana, funkcje kierownicze w inspektoratach na terenach włączonych do Rzeszy objęli Niemcy, a same zakłady powiązane z niemieckimi (najczęściej przejmując je organizacyjnie).

Na terenie Generalnego Gubernatorstwa działały także niektóre niemieckie towarzystwa ubezpieczeniowe (m.in. Allianz A.G.). Ale mogli w nich ubezpieczać się tylko Niemcy i osoby narodowości niemieckiej, posiadające tzw. *Volkslistę*.

W towarzystwach ubezpieczeniowych niemieckich, zgodnie z dyrektywą ministra Rzeszy Hermana Goeringa, odszkodowania dla osób pochodzenia żydowskiego, osób rozstrzelanych i zmarłych w obozach koncentracyjnych oraz zamordowanych w getcie, nie były wypłacane, lecz przekazywano je do kasy państwowej Rzeszy. Odmowa wypłaty odszkodowania bardzo często była motywowana oficjalnym stwierdzeniem, że brak jest wiarygodnych informacji o śmierci osoby ubezpieczonej. Zasada ta była bezwzględnie przestrzegana przez towarzystwa niemieckie, mimo że umowy ubezpieczeniowe były podpisane z nimi przed 1 września 1939 r. Dotyczyło to np. takich towarzystw, jak Allianz A.G. z Niemiec, Assicurazioni Generali z Włoch, Reunione Adriatica di Sicurtà z Włoch.

Sz szczególnie negatywną rolę w okresie II wojny odegrało towarzystwo Allianz AG. Członkami zarządu byli znani hitlerowcy, funkcjonariusze NSDAP, skazani po wojnie na kary śmierci za zbrodnie przeciwko ludzkości. Między innymi Allianz ubezpieczał od ognia fabryki, które korzystały z siły roboczej więźniów z obozu koncentracyjnego Oświęcim. Sam obóz oświęcimski nie był ubezpieczony, ponieważ jego nieruchomości były własnością Skarbu Państwa. Jednak agenci ubezpieczeniowi z Towarzystwa Allianz wizytowali zarówno obóz jak i fabryki, w których zatrudnieni byli więźniowie i sporządzali odpowiednie raporty dotyczące ryzyka ubezpieczeniowego. W jednym z raportów Allianz z obozu można wyczytać, że „(...) ryzyko pożaru jest bardzo ograniczone ze względu na fakt, iż obiekt jest pod nadzorem wojskowym, który zapewnia porządek i czystość”.

Allianz ubezpieczał także transporty osób wywożonych do obozów koncentracyjnych i na przymusowe roboty do Rzeszy.

Osobom pochodzenia żydowskiego odmawiane były wypłaty odszkodowań za śmierć w obozach koncentracyjnych i getcie, a także za zniszczenie majątku oraz za polisy, np. z tytułu ubezpieczeń posagowych i innych. Decyzją Głównego Urzędu Powierniczego wszystkie zaległe i bieżące odszkodowania za nieruchomości żydowskie miały być wpłacane na konto tego Urzędu. Centrala i inspektoraty PZUW jak tylko mogły próbowały omijać tę decyzję Niemców. Często to się udawało, ale czasem powodowało groźne następstwa.

W okresie II wojny światowej można było spotkać się z oddolnymi inicjatywami tworzenia ubezpieczeń na wzór pierwotnych form praubezpieczeń, jako instytucji pomocy wzajemnej. Organizacje takie tworzone były w najmniej oczekiwanych środowiskach, w warunkach ograniczonej wolności i stałego zagrożenia. Przykładem może być tzw. Obozowe Stowarzyszenie Asekuracyjne (OSA) zorganizowane przez oficerów polskich w oflagu Woldenberg II C. Trudno dziś stwierdzić, ilu oficerów było członkami tego stowarzyszenia, ale polisa, która była przechowywana w krakowskim, niestety w niedopuszczalny sposób zaprzepaszczonym (jedynym w świecie) Muzeum Ubezpieczeniowym w Krakowie nosi (a raczej nosiła) numer 1376. Była wystawiona 15 kwietnia 1942 r. na nazwisko por. Jerzego Grabowskiego.

W oflagu Woldenberg przez cały okres niewoli prowadzone były różnego rodzaju kursy dokształcające a nawet studia wyższe. Obok ekonomii czy historii gospodarczej organizowano wykłady z dziedziny ubezpieczeń. Wykładowcami tego przedmiotu byli przedwojenni ubezpieczeniowcy por. Jan Rękawek i ppor. Gracjan Daszkiewicz (łącznie wykładało 17 wykładowców). Należy przypuszczać, iż właśnie z ich inicjatywy i przy ich fachowej pomocy zorganizowano Obozowe Stowarzyszenie Asekuracyjne.

W 1941 r., po napaści Niemiec na Związek Sowiecki, hitlerowcy stopniowo zajmowali obszary leżące przed wojną w granicach Rzeczypospolitej. Z trzech dawnych, polskich województw: lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego Niemcy utworzyli tzw. Dystrykt Galicja. Powstał więc problem uruchomienia działalności PZUW na tych terenach wschodnich. Okazało się, że istniały tam (w szczątkowej formie) dawne placówki – oddziały wojewódzkie i powiatowe. Po uzyskaniu zgody niemieckiego komisarza w PZUW i okupacyjnych władz administracyjnych, przedstawiciele Centrali udali się na te tereny i pomogli w odtworzeniu działalności ubezpieczeniowej PZUW. We Lwowie utworzono oddział podległy bezpośrednio Centrali, który zajął się ubezpieczeniami przymusowymi. Oddział ten posiadał specjalne uprawnienia. Na jego czele stanął komisarz Niemiec, który oparł swoją działalność na pracownikach dawnego ukraińskiego Towarzystwa Ubezpieczeń Dniester. Pracownicy narodowości polskiej, wywodzący się z dawnych kadr PZUW, byli dyskryminowani i w większości usunięci z pracy. Po długich staraniach Centrali PZUW uruchomiono we Lwowie drugi oddział ubezpieczeniowy, który zajął się ubezpieczeniami dobrowolnymi i zwierząt. Zatrudniono w nim usuniętych przez niemieckiego komisarza polskich pracowników. Nowa komórka zajęła się ubezpieczeniami dobrowolnymi i zwierząt. Jednak działające równolegle Towarzystwo Ubezpieczeniowe Dniester prowadziło bardzo agresywną propagandę, skierowaną głównie do ludności ukraińskiej. Nawoływało ono do wycofywania polis ubezpieczeniowych z PZUW i ubezpieczanie się w Dniesterze.

Naczelnym dyrektorem Zarządu Centralnego PZUW w Warszawie był Bronisław Ziemięcki. Stanowisko to pełnił od 1936 do 1944 r. Inżynier – technolog z wykształcenia, działacz PPS, członek tzw. Rządu Lubelskiego w 1918 r.,

dwukrotny minister Pracy i Opieki Społecznej, wielokrotny poseł na Sejm RP, wieloletni prezydent Łodzi. Dzięki niemu nastąpił wzrost działalności prewencyjnej PZUW, bowiem za najważniejsze funkcje zakładu uznawał nie zyski finansowe, lecz cele społeczne i gospodarcze. W październiku 1939 r. stanął na czele reaktywowanego PZUW. Kierował Zakładem z wielkim pożytkiem dla kraju. W okresie okupacji działał w ruchu oporu jako dyrektor Departamentu Robót Publicznych i Odbudowy Delegatury Rządu na Kraj. W 1944 r. został aresztowany i rozstrzelany przez Niemców. Po jego tragicznej śmierci obowiązki naczelnego dyrektora PZUW przejął Władysław Gustowski, który pełnił tę funkcję do 19 marca 1945 r. (choć formalnie tzw. rząd lubelski już w lutym 1945 r. mianował dyrektorem naczelnym PZUW dr. Edmunda Giebartowskiego).

Działalność ubezpieczeniowa PZUW była podczas wojny kontynuacją najważniejszych zadań, tradycyjnie realizowanych od wielu lat. Dobrze prosperujący był dział ubezpieczeń dobrowolnych, który obejmował ubezpieczenia od ognia, gradobicia, na wypadek kradzieży, od odpowiedzialności cywilnej, od nieszczęśliwych wypadków i autocasco. Bardzo szeroko rozwijane były przymusowe ubezpieczenia ruchomości rolnych od ognia. W 1942 r. wyodrębniono w Centrali Dyрекcję Ubezpieczeń Zwierząt, powołując odpowiednie komórki w oddziałach. Kluczowym zadaniem była odbudowa budynków niszczonej przez pożary. Pogorzelncom udzielano pożyczek z funduszy PZUW. Prowadzono lustracje kominów i udzielano pożyczek na ich przebudowę. Ważnym odcinkiem była prewencja i ochrona przeciwpożarowa. W ramach działań prewencyjnych opracowywane były modele i wzory zbiorników wodnych, hydrantów itp. Zakład pokrywał znaczną część wydatków związanych z utrzymaniem Ochotniczych Straży Pożarnych.

Szczególnie ważnym, choć nietypowym zadaniem realizowanym przez PZUW była rejestracja i szacowanie szkód wojennych, zarówno z okresu wrześniowych walk, jak i powodowanych represjami okupanta (np. pacyfikacjami wsi). Zakład prowadził to bardzo starannie zarówno na terenach GG, jak i włączonych do Rzeszy. Dane te miały umożliwić w latach powojennych dokładne obliczenie ogólnych strat rzeczowych i majątkowych społeczeństwa polskiego, poniesionych w czasie II wojny światowej. Niestety, cała sumiennie przygotowana dokumentacja, obejmująca także analizę ekonomiczno-statystyczną strat, uległa zniszczeniu w czasie Powstania Warszawskiego w sierpniu 1944 r.

Ważnym kierunkiem pracy, ściśle powiązany z ubezpieczeniem, była także prewencja, prowadzona jednak w zmienionych formach organizacyjnych. Do zadań w dziedzinie prewencyjnej należała racjonalna odbudowa wsi po pożarach masowych, przeciwpożarowe zaopatrzenie wodne oraz kontrola stanu bezpieczeństwa pożarowego w osiedlach.

Szczególnego znaczenia nabrał jednak nieoficjalny program działalności Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych – program konspiracyjny: zapewnienie przetrwania okresu okupacji oraz przygotowanie i zachowanie wykwalifikowanych sił na okres powojenny. W 1943 r. utworzono centrum wyszkoleniowe dla techników budowlanych, w którym zorganizowano kilka turnusów (m.in. dla „Społem”). Ideą tego szkolenia było przygotowanie kadr technicznych niezbędnych do odbudowy zniszczonych miast i wsi po zakończeniu działań wojennych i odzyskaniu niepodległości.

W związku z sytuacją wojenną i okupacyjną, Zarząd Centralny PZUW wypracował specjalny program działania, dostosowany do zaistniałych warunków. Zasadniczym założeniem była pomoc w przetrwaniu społeczeństwa polskiego. Postanowiono przede wszystkim kontynuować działalność asekuracyjną dla dobra ubezpieczonych. Starano się upraszczać i przyspieszać likwidację szkód pożarowych i innych (także będących wynikiem pacyfikacji niemieckich) oraz dokonywać bez zwłoki wypłaty odszkodowań w maksymalnych wysokościach.

Realizowano również poważne zadania specyficzne dla warunków okupacyjnych. Dbano, by zbierane składki nie były przejmowane przez kasy okupanta. W tym celu nie robiono oszczędności w wypłatach odszkodowań oraz zwiększano maksymalnie stan zatrudnienia w komórkach organizacyjnych PZUW, co umożliwiało materialne przetrwanie okupacji dużej liczbie Polaków. Kolejnym zadaniem było spełnianie funkcji „przechowalni” dla wielu działaczy konspiracyjnych oraz starania, by jak największą liczbę kobiet i mężczyzn, zwłaszcza młodych, uchronić od wywiezienia na przymusowe roboty do Rzeszy. PZUW dbał także o sprawy socjalne i bytowe ogromnej rzeszy pracowników – ubezpieczeniowców zatrudnionych zarówno w Centrali, jak i w oddziałach terenowych. Byli pracownicy otrzymywali renty i emerytury. Rodziny pracowników poległych, zaginionych, przebywających w obozach jenieckich, a nawet rodziny więźniów obozów koncentracyjnych otrzymywały 50% miesięcznych wynagrodzeń.

Zatrudniano, jako inkasentów ubezpieczeniowych, oficerów i podoficerów, ukrywających się w ten sposób przed okupantem. Legitymacje służbowe PZUW były bowiem dla członków ruchu oporu (żołnierzy Armii Krajowej i osób związanych z Delegaturą Rządu na Kraj) niezwykle cennymi dokumentami, umożliwiającymi działalność podziemną.

Legitymację Zarządu Centralnego PZUW na nazwisko Mirona Borduna, jako technika szacunkowego (z oryginalnym podpisem niemieckiego komisarza!), posiadał pierwszy komendant główny Związku Walki Zbrojnej gen. Michał Karaszewicz-Tokarzewski.

Legitymacją PZUW na nazwisko Tomasza Serafińskiego posługiwał się także oficer Związku Walki Zbrojnej Witold Pilecki, wsławiony tym, że na polecenie władz konspiracyjnych przez prawie trzy lata był dobrowolnym więźniem obozu oświęcimskiego, z którego następnie brawurowo uciekł i opracował dla Komendy Głównej AK raport (przekazany na Zachód) o warunkach panujących w tej największej katowni hitlerowskiej. W Polsce Ludowej W. Pilecki został skazany na karę śmierci.

W powiatach graniczących ze Słowacją pracownicy inspektoratów PZUW organizowali punkty przelotowe i pełnili funkcje łączników Delegatury Rządu na Kraj i Komendy Głównej Armii Krajowej z władzami emigracyjnymi. Umożliwiały to „szanowane” przez Niemców legitymacje i pełnomocnictwa PZUW, nie ograniczające działalności tzw. godzinami policyjnymi. Z takich właśnie pełnomocnictw korzystali kurierzy Polski Podziemnej.

Patriotyczne i konspiracyjne akcenty oraz współuczestnictwo w ruchu oporu to cecha charakterystyczna tego Zakładu, zadania, których nie spełniało żadne towarzystwo ubezpieczeniowe w świecie. Prawie pod okiem komisarycznego zarządu niemieckiego wykonywane były funkcje nie mające nic wspólnego z ubezpieczeniami, ale bardzo przydatne dla antyhitlerowskiego ruchu oporu. PZUW przekazywał fundusze kierownictwu Armii Krajowej na cele walki zbrojnej z hitlerowskim okupantem, na wykupywanie aresztowanych przez policję niemiecką a nawet gestapo (co też się zdarzało!). PZUW zabezpieczał warunki materialne wielu przedstawicielom nauki polskiej, profesorom Politechniki Warszawskiej, Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego (obecnie Uniwersytetu Warszawskiego) i innych tajnych uczelni. Legitymacje PZUW chroniły osoby poszukiwane przez Niemców. O skali tych działań świadczą liczby: przed wojną PZUW zatrudniał w całym kraju ok. 1700 pracowników, podczas okupacji, na dużo mniejszym terenie Generalnego Gubernatorstwa – około 4000 pracowników, natomiast wydanych legitymacji służbowych było ponad 8000 (wszystkie oryginalne!). PZUW udzielał pomocy ludności po aktach represji i ekspedycji karnych okupanta. Przykładem jest pomoc mieszkańcom wsi Skłoby zniszczonej po rozbiciu oddziałów majora Hubala.

Cena tych patriotycznych i konspiracyjnych działań była bardzo wysoka. Wielu pracowników i działaczy ubezpieczeniowych poddawano represjom okupanta, licznych aresztowano, wywieziono do obozów koncentracyjnych, około 200 poniosło śmierć, w tym 46 pracowników Centrali. Niepowetowaną stratą dla PZUW i w ogóle polskiego ruchu ubezpieczeniowego było aresztowanie 9 lutego 1944 r. i rozstrzelanie po paru miesiącach dyrektora naczelnego Zarządu Centralnego PZUW Bronisława Ziemięckiego, członka Delegatury Rządu na Kraj.

Warto tu także przypomnieć, że drugą, obok ubezpieczeń instytucją spełniającą w latach okupacji niemieckiej podobnie podwójną rolę, była spółdzielczość, a ściśle Związek Spółdzielni Spożywców „Społem”. Na jego czele stał wybitny patriota Marian Rapacki (w podziemiu kandydat na Delegata Rządu na Kraj), a patriotycznymi działaczami m.in. Stanisław Wojciechowski (były prezydent RP), Maria Dąbrowska, Jerzy Zawiejski, a nawet Edward Osóbka-Morawski. Zasłużonym pracownikiem i działaczem „Społem”, a równocześnie jednym z przywódców Szarych Szeregów był także ich ostatni naczelnik Leon Marszałek.

Zarówno „Społem”, jak i instytucje ubezpieczeniowe nie tylko prowadziły działalność konspiracyjną – antyhitlerowską, ale także w dużym stopniu udzielały pomocy w codziennym życiu mieszkańców.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych przeszedł przez okres okupacji hitlerowskiej i sowieckiej z najwyższą godnością. Mimo ogromnych strat ludzkich i materialnych, mimo tylu zamordowanych i represjonowanych działaczy ubezpieczeniowych, mimo zniszczeń akt, dokumentów i dorobku analityczno-statystycznego, wykonywał zadania statutowe w warunkach szczególnych. Ale spełniał także funkcje inne, nie statutowe, specyficzne dla tego okresu. Ułatwiał społeczeństwu polskiemu przeżyć te trudne lata okupacyjne, by z nadzieją na odbudowę polskich ubezpieczeń według przedwojennych wzorów rozpocząć działalność w wolnej Polsce, w nowej rzeczywistości.

Niestety, niezupełnie tak się stało. Nastąpiły całkowicie odmienne warunki społeczno-gospodarcze, które spowodowały konieczność dostosowania się do wpływów i wzorów sowieckich. Nastąpiła tzw. Polska Ludowa i na wolny rynek trzeba było czekać czterdzieści pięć lat.