

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 42

CZERWIEC 2010

SPIS TREŚCI

Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych – I kwartał 2010 r. w porównaniu do I kwartału 2009 r.	3
Aktualności	4
Praktyczne wskazówki związane z likwidacją szkód z ubezpieczeń domów i mieszkań	11
Podział i dziedziczenie środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu emerytalnego	19
Najczęstsze problemy zgłaszane do Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych – I kwartał 2010 r.	21
Podstawowe informacje na temat obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i jego podstaw prawnych	29
Pomniejszenie wartości części koniecznych do naprawy pojazdu (tzw. potrącenie amortyzacyjne ub merkantylny ubytek wartości) w przypadku likwidacji szkody w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego	33
Przesłanki rozwiązania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	37
Dopuszczalność zatrzymania pojazdu przez warsztat w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń nie pokrył w pełni kosztów naprawy	44
Roszczenie regresowe zakładu ubezpieczeń po wypłacie odszkodowania z ubezpieczenia mienia	46
Ubezpieczenie NNW dzieci i młodzieży szkolnej i akademickiej – podstawowe zagadnienia	47
Problemy zgłaszane Rzecznikowi Ubezpieczonych w związku z ochroną danych osobowych oraz ich dalszym wykorzystywaniem w toku prowadzonych czynności ubezpieczeniowych	50
Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny	54
Wręczenie nagród IX edycji Konkursu Rzecznika Ubezpieczonych na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych	56

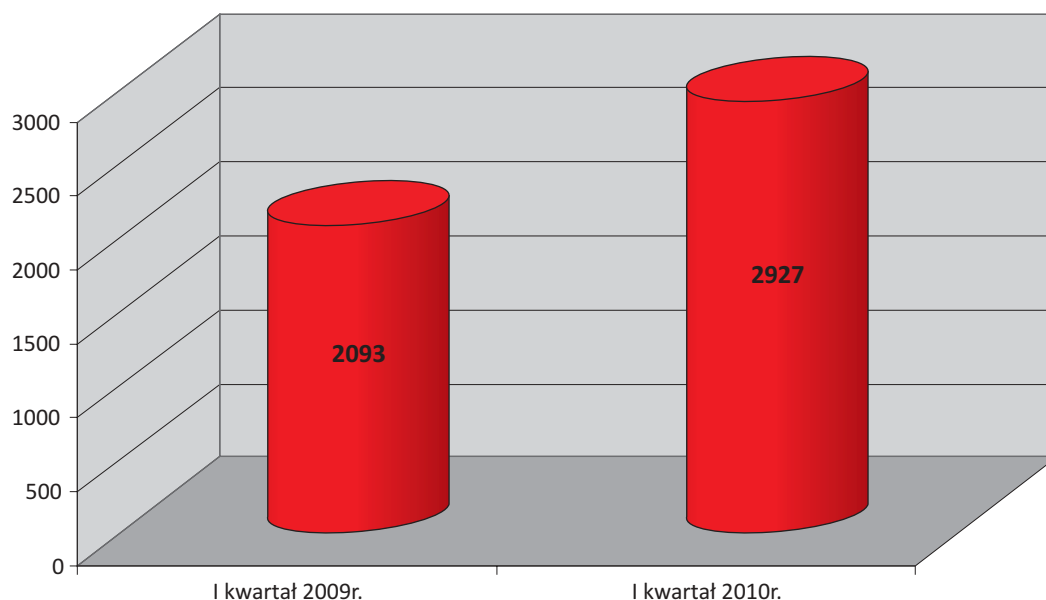
Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych – I kwartał 2010 r. w porównaniu do I kwartału 2009 r.

Z roku na rok wzrasta liczba spraw kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych i to zarówno skarg, jak i próśb o informacje i porady. Powodów tego stanu rzeczy jest kilka, w tym m.in. wzrost w społeczeństwie świadomości ubezpieczeniowej w zakresie swych praw i wynikające stąd słuszne przekonanie o możliwości ich dochodzenia oraz szersza wiedza o Urzędzie Rzecznika Ubezpieczonych.

Prowadzone od początku istnienia Urzędu postępowania skargowe, które podobnie jak inne formy pomocy świadczonej przez Rzecznika Ubezpieczonych, wykazują znaczącą dynamikę.

W I kwartale 2010 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 2 927 pisemnych skarg zgłaszanych w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych tj. o 39,8% więcej niż w I kwartale 2009 r. (wykres nr 1).

Wykres nr 1
Liczba skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych



Tematyka skarg (wykres nr 2)

W zakresie problematyki skarg nie zaobserwowano zasadniczych różnic, co oznacza, iż w I kwartale 2010 r., podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych (59,7%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 33,3%, składek ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych – 15,1%, ubezpieczeń autocasco – 9,4%, ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów – 0,6% oraz ubezpieczeń assistance – 0,2% i Zielonej Karty – 0,1%.

W porównaniu do I kwartału 2009 r. procentowy udział grupy skarg odnoszącej się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych uległ zmniejszeniu o 3,0%, natomiast liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 435 skarg. Spadek skarg o 4,6% nastąpił w odniesieniu do spraw dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz o 0,4% w odniesieniu do dobrowolnych umów ubezpieczeń autocasco.

Ubezpieczenia komunikacyjne od początku istnienia Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych stanowiły największą liczebnie grupę skarg. Pomimo spadku w stosunku do roku poprzedniego, tendencja ta występuje nadal. Tak znacząca wielkość wynika głównie z faktu, że są to – i zapewne będą w przyszłości – najczęściej zawierane umowy ubezpieczenia, choćby z racji obowiązku zawarcia ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz masowego charakteru pozostałych ubezpieczeń komunikacyjnych.

Ubezpieczający i poszkodowani w zakresie tej grupy ubezpieczeń skarżyli się przede wszystkim na:

- całkowitą odmowę uznania roszczenia o odszkodowanie lub świadczenie;
- odmowę uznania części roszczenia;
- opieszale prowadzenie postępowań likwidacyjnych, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń;
- odmowę lub utrudnienia w udostępnianiu akt szkody;
- brak wyczerpujących uzasadnień dla przyjmowanych przez zakład ubezpieczeń stanowisk, zarówno gdy dotyczyły one odmowy uznania roszczenia, jak i wysokości ustalonego odszkodowania lub świadczenia.

Aktualności

14.03.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych wziął udział w Targach Wiedzy Konsumentkiej zorganizowanych z okazji Światowego Dnia Praw Konsumenta. Na targach zaprezentowano działalność Biura na rzecz konsumentów usług ubezpieczeniowych.

30.03.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, uczestniczyła w spotkaniu członków organizacji FIN-NET, które odbyło się w siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli.

08.04.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego pt. „Aktualne tendencje w Prawie Konsumentkim”.

08.04.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Cezary Orłowski, wziął udział w seminarium organizowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń pt. „Prywatne ubezpieczenia szpitalne – szanse, wyzwania i ograniczenia”.

12.04.2010 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk, wzięła udział w uroczystości wręczenia nagród w VI Wielkopolskiej Olimpiadzie Wiedzy Konsumentkiej, w której Rzecznik Ubezpieczonych ufundował nagrody dla laureatów.

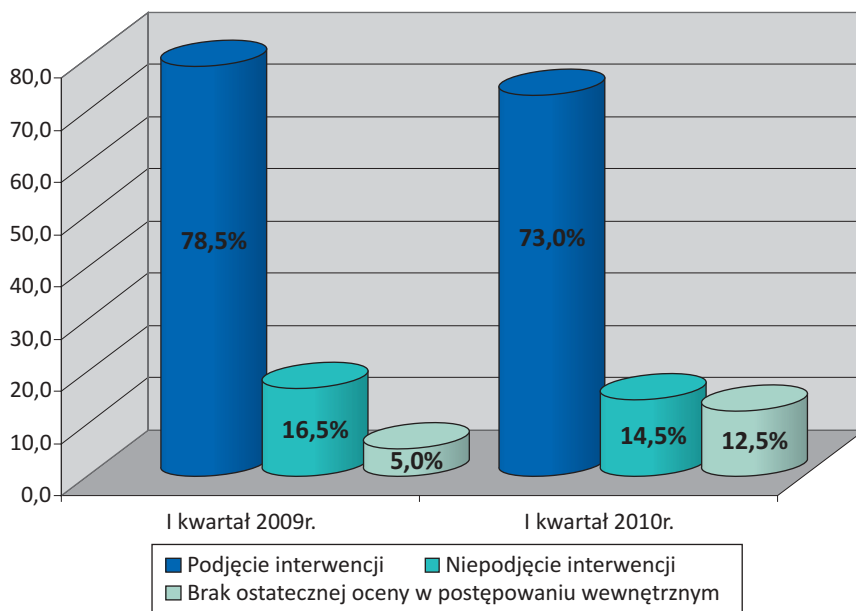
19.04.2010 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk, wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń pt. „Jakość danych w systemach informatycznych zakładów ubezpieczeń”.

07.05.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, wzięła udział w Konferencji Jubileuszowej z okazji 5-lecia działalności Europejskiego Centrum Konsumentkiego w Polsce.

13.05.2010 – Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk oraz Zastępca Dyrektora Biura Rzecznika, Aleksander Daszewski, wzięli udział w konferencji

Wykres nr 2

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych



Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń, bo 15,1% przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych. Procentowy ich udział uległ zwiększeniu w stosunku do I kwartału ubiegłego roku o 1,7%.

Bezpośrednią przyczyną formułowania tego rodzaju skarg było m.in.:

- występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego dochodziło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza lub zmianą dotychczasowego ubezpieczyciela;
- wezwanie do zapłaty przez zakład ubezpieczeń przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę; zakłady ubezpieczeń korzystając z usług firm windykacyjnych lub kierując sprawę bezpośrednio do sądu, liczą na brak wiedzy byłego klienta, co do możliwości uwolnienia się od płatności za sprawą podniesienia zarzutu przedawnienia roszczeń;
- uzyskanie zwrotu od zakładu ubezpieczeń niewykorzystanej części składki za OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w następstwie zbycia pojazdu;
- kwestionowanie wysokości składek, w tym zgłaszanie wątpliwości i pytań dotyczących konstrukcji тариф składek.

Przyczyną powstawania tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest w znacznej mierze nadal brak znajomości przez część posiadaczy pojazdów przepisów określających zasady funkcjonowania tego ubezpieczenia, w tym zmian jakie wprowadziła od 1 stycznia 2004 r. ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

Ponadto część skarg dotyczyła UFG, w tym:

- nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 0,2%;
- odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych zgłaszanych do Funduszu – 0,8%.

W stosunku do I kwartału 2009 r. liczba skarg dotycząca pierwszej grupy nie uległa zmianie, co oznacza, iż zarówno w I kwartale 2009 r., jak i w I kwartale 2010 r. wyniosła 0,2%, natomiast w drugiej grupie zwiększyła się o 0,4%.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym drugie miejsce z uwagi na liczbę zajmują skargi dotyczące ubezpieczeń na życie. Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg uległ zwiększeniu w stosunku do I kwartału roku ubiegłego o 0,3% (tabela nr 1).

W grupie skarg związanych z ubezpieczeniami tzw. starego portfela, tj. z umowami na życie zawartymi jeszcze z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń przed 1989 r. a realizowanych obecnie przez PZU Życie S.A., w stosunku do roku minionego procentowy udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu o 0,5%. W ostatnich kilku latach wyraźnie zaznacza się tendencja wygasania skarg odnoszących się do ww. problematyki.

Tabela nr 1
Podział skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych

Lp.	Podział skarg	I kwartał 2009 r.		I kwartał 2010 r.	
		Liczba	%	Liczba	%
1.	Dział I – Ubezpieczenia na życie	320	15,3	457	15,6
2.	Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	1770	86,4	2465	84,2
3.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	3	0,1	5	0,2
4.	Ogółem	2093	100	2927	100

Natomiast w grupie skarg dotyczącej ubezpieczeń na życie zawartych po 1989 r. procentowy udział w ogólnej liczbie skarg uległ zwiększeniu o 0,8% w stosunku do roku ubiegłego.

Najczęściej podnoszonymi zarzutami pod adresem zakładów ubezpieczeń były:

- a) odmowa uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, z uzasadnieniem, iż:
 - zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieści się w granicach ochrony gwarantowanej umową;
 - ubezpieczony zataił lub podał niepełne informacje o stanie zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - b) spory odnośnie wysokości świadczenia – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia;
 - c) opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń;
 - d) zbyt niska wobec oczekiwań ubezpieczonego, bądź całkowita odmowa wypłaty, tzw. wartości wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania. Skargi te są konsekwencją rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdy ubezpieczony ubiega się o przewidziany w umowie wykup polisy. Wypowiadanie tych umów w czasie ich trwania wywołane jest między innymi pogorszeniem sytuacji materialnej ubezpieczonych, jak też w większości przypadków dowodzi nietrafności decyzji zawarcia części tych umów lub wystąpienia niekorzystnych zdarzeń losowych;
 - e) wysokie opłaty likwidacyjne (w pierwszym roku polisowym nawet do 99%), związane z wykupem polisy;
 - f) okoliczności towarzyszące zawarciu umowy ubezpieczenia, a zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczającego, wynikająca z braku rzetelnej i obiektywnej informacji ze strony agenta;
- dodatkowo, w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych brak możliwości zapoznania się z o.w.u., w przypadku gdy ubezpieczającym jest bank oraz brak oceny ryzyka przez zakład ubezpieczeń, tj. rezygnacja z wywiadu medycznego.

W naszej opinii poziom niezadowolenia z zawarcia niedostosowanej do potrzeb ubezpieczonego umowy ubezpieczenia na życie wynika również z nieodpowiedniego poziomu świadomości ubezpieczających, co odzwierciedla się m.in. w ich mało aktywnej postawie w kontaktach z agentami przed i przy zawieraniu umowy (np. brak, czy też niska liczba pytań o szczegóły umowy i przedterminowe jej rozwiązanie).

Odnośnie skarg dotyczących tzw. starego portfela, to podobnie jak w latach minionych, ich przedmiotem była zbyt niska kwota ustalonego świadczenia, bądź to z tytułu ubezpieczenia dzieci (tzw. ubezpieczenie posagowe) lub ubezpieczenia renty odroczonej. Część skarg w tej grupie dotyczyła problemu przedawnienia roszczeń z tytułu zawartej umowy. Niestety problem waloryzacji tych świadczeń nie doczekał się systemowych rozwiązań, które pozwoliłyby na uzyskanie od PZU Życie S.A. świadczeń w spodziewanej przez ubezpieczonych wysokości, dlatego znaczna część spornych spraw kierowana jest na drogę sądową. Pomimo wskazywanego zjawiska w licznych przypadkach, w wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych dochodziło do zawarcia ugody, bez konieczności uciekania się do drogi postępowania sądowego.

Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń, bo 1,2% przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych. Większość spraw dotyczyła zwrotu części składki przypadającej proporcjonalnie do okresu o jaki uległ skróceniu planowany okres ochrony ubezpieczeniowej, w związku z wcześniejszą spłatą kredytu lub pożyczki. Zdaniem wielu zakładów ubezpieczeń składka ubezpieczeniowa jest obliczana i pobierana jednorazowo za cały okres przewidywanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej grupie osób, które zaciągnęły kredyt i nie podlega zatem zwrotowi. W opinii ubezpieczyciela fakt wcześniejszej spłaty kredytu przez niektóre osoby nie stanowi podstawy do zwrotu części składki ubezpieczeniowej. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych wcześniejsza spłata zadłużenia skraca czas, w którym ponoszone jest ryzyko ubezpieczeniowe, co powinno skutkować zwrotem niewykorzystanej części składki.

W I kwartale 2010 r. następną grupą skarg dotyczyła ubezpieczeń OC, w tym m.in. OC z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia, OC z tytułu wykonywania zawodu oraz OC w życiu prywatnym. Liczba w tej grupie skarg w ostatnich latach wykazuje tendencje wzrostową. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg w stosunku do I kwartału 2009 r. wzrósł o 1,0%.

Aktualności

uzgodnieniowej zorganizowanej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w temacie przyjęcia Strategii Polityki Konsumenckiej na lata 2010 – 2013.

17 – 19.05.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz Zastępca Dyrektora Biura Rzecznika, Aleksander Daszewski, wzięli udział w konferencji naukowej zorganizowanej w Pałacu w Rydzynie przez Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu oraz Katedrę Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu pt. „Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku”.

21.05.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych oraz Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej zorganizowali konferencję pt. „Ochrona danych osobowych w ubezpieczeniach – problemy w praktyce obrotu”. Sprawozdanie z konferencji dostępne jest na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl) a także w „Gazecie Ubezpieczeniowej” nr 25 (584) 2010.

25.05.2010 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Magdalena Kudlak oraz Mariusz Denisiuk, wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń pt. „III filar – recepta na wyższą emeryturę”.

26.05.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, kierownictwo Biura Rzecznika, Krystyna Krawczyk i Aleksander Daszewski oraz pracownik Biura Rzecznika, Małgorzata Więcko, wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, Akademię Leona Koźmińskiego oraz Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego pt. „Ubezpieczenia w Polskim obszarze Rynku Europejskiego A.D. 2010”.

27 – 29.05.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, Zastępca Dyrektora Biura Rzecznika,

W skargach podnoszone były najczęściej następujące kwestie:

- odmowa wypłaty odszkodowania / świadczenia motywowana przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy;
- ustalanie przez zakład ubezpieczeń nieadekwatnej do rozmiaru szkody wysokości odszkodowania / świadczenia, co zdaniem skarżących wynika z braku staranności w określaniu zakresu szkody, a także w części przypadków – ze zbyt nisko określonej sumy gwarancyjnej;
- opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń.

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg w prezentowanym okresie sprawozdawczym, zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych. Procentowy ich udział w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego, uległ zwiększeniu o 0,6%.

Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej:

- brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją jej zakresu wynikającego z zawartej umowy wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia;
- niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w o.w.u.;
- niedopełnienie wymogów ustalonych w o.w.u. dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

W I kwartale 2010 r., podobnie jak w I analogicznym okresie 2009 r. odnotowano 2,0% pisemnych wystąpień zawierających zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych z zakresu pozostałych ubezpieczeń osobowych oraz ubezpieczeń majątkowych.

Następna grupa skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2010 r. dotyczyła ubezpieczenia NNW, w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej. Łącznie procentowy ich udział w całości skarg wyniósł 1,9%, co spowodowało, iż w stosunku do I kwartału 2009 r. nie uległ on zmianie.

Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące:

- odmowy przyznania świadczenia z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie – gdy zdaniem zakładu ubezpieczeń nie mieści się ono w granicach zakreślonych w umowie;
- sporu odnośnie wysokości świadczenia – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia.

Dodatkowo, analizując grupę skarg NNW zawieranych na rzecz dzieci, młodzieży i studentów przez szkoły, uczelnie i placówki wychowawcze, można zauważyć, iż wskazują one na pewne błędy i zaniedbania występujące w okresie poprzedzającym zawarcie umowy i to zarówno po stronie ubezpieczających (pracownicy szkół, uczelni itd.), którzy na ogół decydują o wyborze konkretnego rodzaju umowy ubezpieczenia oraz zakładu ubezpieczeń, jak i po stronie pośredników ubezpieczeniowych, którzy nie zawsze potrafią doradzić odpowiedni do potrzeb ubezpieczonych zakres ochrony ubezpieczeniowej. Z analizy tych skarg wynika również, iż brak jest dostatecznej informacji skierowanej do rodziców odnośnie warunków zawieranej na rzecz ich dzieci umowy ubezpieczenia.

W stosunku do analogicznego okresu sprawozdawczego ubiegłego roku, uległa zmniejszeniu o 1,9% grupa skarg odnoszących się do ubezpieczeń turystycznych tj.:

- ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą;
- ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży;
- ubezpieczenia bagażu.

Przyczyną tych skarg były najczęściej:

- odmowa przyznania odszkodowania / świadczenia, motywowana przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z za-kresu zawartej umowy;
- spory odnośnie wysokości odszkodowania / świadczenia, wynikające przede wszystkim ze zbyt niskiej sumy ubezpieczenia;
- opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń.

W I kwartale 2010 r. w porównaniu do I kwartału ubiegłego roku wzrosła o 1,0% liczba skarg odnoszących się do ubezpieczeń kredytu oraz obowiązkowych ubezpieczeń budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego o 0,9% (tabela nr 2).

Tabela nr 2
Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych

Rodzaj ubezpieczenia	I kwartał 2009 r.		I kwartał 2010 r.	
	Liczba	%	Liczba	%
DZIAŁ I - Ubezpieczenia na życie	320	15,3	457	15,6
Ubezpieczenia zawarte przed 1989r. (tzw. stary portfel)	20	1,0	14	0,5
Ubezpieczenia zawarte po 1989r.:	300	14,3	443	15,1
– Ubezpieczenia na życie	82	3,9	152	5,2
– Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	6	0,3	2	0,1
– Ubezpieczenia na życie z ub. funduszem kapitałowym	26	1,2	31	1,0
– Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	156	7,5	204	7,0
– Ubezpieczenia rentowe	-	-	3	0,1
– Pozostałe, w tym: składki (sposób naliczania, wymiar, zwrot), interpretacja przepisów ubezpieczeniowych, procedury stosowane przez z.u.	30	1,4	51	1,7
DZIAŁ II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	1770	84,6	2465	84,2
Ubezpieczenia komunikacyjne:	1313	62,7	1748	59,7
– OC	793	37,9	974	33,3
– AC	204	9,8	275	9,4
– Zielona Karta	5	0,2	3	0,1
– Assistance	6	0,3	7	0,2
– Składki: sposób naliczania, wymiar, zwrot, tzw. podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	281	13,4	442	15,1
– NNW kierowcy i pasażerów	11	0,5	17	0,6
– UFG (kary i regres)	5	0,2	5	0,2
– UFG (dot. likwidacji szkód)	8	0,4	25	0,8
Ubezpieczenia OC (pozostałe)	121	5,8	199	6,8
Ubezpieczenia mienia	90	4,3	142	4,9
Ubezpieczenia turystyczne:	54	2,6	20	0,7
– Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	39	1,9	16	0,6
– Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	9	0,4	1	0,0
– Ubezpieczenia bagażu	6	0,3	3	0,1
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	41	2,0	58	2,0
Ubezpieczenia NNW	31	1,5	40	1,4
Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	14	0,7	15	0,5
OC rolników	13	0,7	13	0,4
Regresy	11	0,5	17	0,6
Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	9	0,4	14	0,5
Ubezpieczenia upraw	7	0,3	7	0,2
Ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	5	0,2	31	1,1
Ubezpieczenia kredytu	5	0,2	35	1,2
Składki (pozostałe): sposób naliczania, wymiar, zwrot	3	0,15	26	0,9
Ubezpieczenia ochrony prawnej	3	0,15	-	-
Casco statków powietrznych i morskich	2	0,1	-	-
Upadłość zakładów ubezpieczeń	2	0,1	-	-
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie rolnym	1	0,05	1	0,0
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie domowym	-	-	1	0,0
Ubezpieczenia sprzętu gospodarstwa domowego	-	-	1	0,0
Ubezpieczenia kart płatniczych	1	0,05	2	0,1
Ubezpieczenia ryzyk finansowych	-	-	1	0,0
Ubezpieczenia, kosztów leczenia	1	0,05	-	-
Ubezpieczenia dziennego pobytu w szpitalu	-	-	1	0,0
Ubezpieczenia operacji	-	-	2	0,1
OC pojazdów lądowych i statków	1	0,05	-	-
Brak danych umożliwiających podjęcie interwencji w sprawie	42	2,0	91	3,1
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	3	0,1	5	0,2
Ogółem	2093	100	2927	100

Aktualności

Aleksander Daszewski oraz pracownik Biura, Anna Dąbrowska, wzięli udział w XIII Kongresie Brokerów odbywającym się pod hasłem „Co nam przeszkadza w rozwoju rynku ubezpieczeniowego?”.

28.05.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko, wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez Urząd Komisji Nadzoru Finansowego pt. „Ubezpieczenia typu bancassurance. Kodeks etyki i dobre praktyki na rynku bancassurance”.

02.06.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Bartłomiej Chmielowiec, wzięł udział w konferencji zorganizowanej przez DEKRA Polska Sp. z o.o. poświęconej Bezpieczeństwu Ruchu Drogowego.

8 – 9.06.2010 – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Małgorzata Więcko oraz Cezary Orłowski, wzięli udział w kolejnej już konferencji poświęconej problematyce Bancassurance, zorganizowanej przez Institute for International Research.

17.06.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, kierownictwo Biura Rzecznika, Krystyna Krawczyk i Aleksander Daszewski oraz pracownik Biura Rzecznika, Anna Dąbrowska, wzięli udział w konferencji naukowej zorganizowanej przez Katedrę Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pt. „Ubezpieczenia grupowe na życie a prawo zamówień publicznych”.

21.06.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, Zastępca Dyrektora Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Aleksander Daszewski oraz pracownicy Biura Rzecznika, Anna Dąbrowska i Bartłomiej Chmielowiec, wzięli udział w konferencji zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń pt. „Kierunki zmian Kodeksu Cywilnego w zakresie umowy ubezpieczenia”.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

Pozostałe grupy skarg, kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, zarówno w I kwartale 2010 r., jak i w I kwartale 2009 r. nie przekroczyły 1% ogółu spraw (szczegółowe dane zawiera tabela nr 2).

Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W I kwartale 2010 r., podobnie jak w analogicznym okresie sprawozdawczym, zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w czterech grupach problemów (tabela nr 3):

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia;
- oddalenia roszczenia zgłoszonego z tytułu umowy ubezpieczenia;
- opieszałości w postępowaniu likwidacyjnym;
- występowania tzw. podwójnego ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych.

W stosunku do I kwartału 2009 r. liczba skarg dotycząca pierwszej grupy zmniejszyła się o 4,2%, natomiast w pozostałych grupach nastąpił wzrost – w drugiej grupie o 2,2%, oraz w trzeciej i czwartej grupie o 0,7%.

Tabela nr 3
Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych
wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych

Lp.	Przyczyna skargi	I kwartał 2009 r.		I kwartał 2010 r.	
		Liczba	%	Liczba	%
1.	Zaniżona wartość wykupu polisy Dział I	21	1,0	21	0,7
2.	Odmowa wykupu wartości polisy Dział I	6	0,3	9	0,3
3.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia Dział I	5	0,2	7	0,2
4.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	4	0,2	8	0,3
5.	Opieszałość w wykupie polisy Dział I	2	0,1	1	0,0
6.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy Dział I	1	0,0	1	0,0
7.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I	1	0,0	1	0,0
8.	Oddalenie roszczenia Dział I	585	28,0	883	30,2
	Dział II	166	7,9	264	9,1
		419	20,1	619	21,1
9.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I	763	36,5	946	32,3
	Dział II	64	3,1	58	2,0
		699	33,4	888	30,3
10.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I	266	12,7	391	13,4
	Dział II	11	0,5	25	0,9
		255	12,2	366	12,5
11.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejścia opłacania składek Dział I	96	4,6	190	6,5
	Dział II	17	0,8	35	1,2
		79	3,8	155	5,3
12.	Inne, w tym; interpretacja przepisów ubezpieczeniowych, procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń Dział I	103	4,9	111	3,8
	Dział II	21	1,0	25	0,9
		82	3,9	86	2,9
13.	Brak wyraźnej przyczyny skargi Dział I	17	0,8	22	0,8
	Dział II	1	0,0	3	0,1
		16	0,8	19	0,7
14.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	204	9,8	309	10,5
15.	Odmowa anulowania, zmniejszenia lub rozło- żenia na raty kar i należności regresowych Dział II	16	0,8	22	0,8
16.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	3	0,1	5	0,2
17.	Ogółem	2093	100	2927	100

Inne przyczyny skarg to m.in.:

- sposób kształtowania taryf składek oraz zawartych w nich systemów zniżek i zwyżek (bonus / malus), zarówno w ubezpieczeniach obowiązkowych, jak i w dobrowolnych;
- rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek;
- wezwania do zapłaty przez zakład ubezpieczeń przedawnionych składek ubezpieczeniowych lub ich rat wraz z odsetkami za zwłokę;
- praca agentów ubezpieczeniowych;
- brak należytego uzasadniania stanowiska zajmowanego przez zakład ubezpieczeń, zwłaszcza w przypadkach nieuwzględnienia roszczeń w całości lub w części.

Dodatkowo, w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie przyczyną skarg były:

- odmowa, bądź zbyt niska – wobec oczekiwań ubezpieczonego – tzw. wartość wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania;
- odmowa przejęcia obowiązku opłacania składek przez zakład ubezpieczeń;
- zmiana ogólnych warunków umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania;
- odmowa kontynuacji umowy ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń;
- nieprawidłowe zarządzanie polisą.

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i wynik interwencji

Jak przedstawiono na wykresie nr 2 w I kwartale 2010 r. w zdecydowanej większości spraw, bo w 73,0%, Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do I kwartału 2009 r. o 5,5%. Z uwagi jednak na znaczący wzrost dynamiki skarg kierowanych do Rzecznika (39,8%), liczbowo grupa tych spraw wzrosła o 493 skargi.

Podjęcie interwencji w danej sprawie (najczęściej wobec zakładu ubezpieczeń) miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo bądź interes ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Nie oznacza to, że po zakończeniu postępowania w danej sprawie ocena ta zawsze potwierdzała się. Brak całości dokumentacji sprawy i opieranie się w zasadzie tylko na materiałach i wyjaśnieniach przesłanych przez skarżącego powodowało w pewnych przypadkach, że po wyjaśnieniach zakładu ubezpieczeń bądź UFG, Rzecznik zmieniał swoje pierwotne stanowisko.

Zakłady ubezpieczeń, odnosząc się do interwencji Rzecznika Ubezpieczonych bądź uznawały jej zasadność, bądź też podtrzymywały dotychczas zajęte stanowisko, uzupełniając je zazwyczaj dodatkowymi wyjaśnieniami. Kolejno, eksperci Biura Rzecznika poddawali sprawę powtórnej ocenie, od której zależały dalsze kroki postępowania. W przypadku uznania potrzeby dalszej zasadności interwencji, kontynuowano ją. Zakres i częstotliwość wymiany stanowisk i argumentów oraz co za tym idzie, czas załatwiania skargi różnił się więc w konkretnych przypadkach.

W sytuacjach wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych przesłankami podmiotowymi bądź przedmiotowymi, Rzecznik Ubezpieczonych podejmował interwencję wnosząc o uwzględnienie i zastosowanie trybu wyjątkowego (tzw. kulancji ubezpieczeniowej), mimo istnienia przesłanek negatywnych dla skarżącego.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- zakład ubezpieczeń uznał zasadność interwencji i zmienił swoje stanowisko w całości lub części;
- skarżący zawarł ugodę z zakładem ubezpieczeń, wystąpił na drogę sądową lub wycofał skargę;
- zakład ubezpieczeń ostatecznie podtrzymał dotychczasowe stanowisko;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, iż prawa i interes ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia nie zostały naruszone.

We wszystkich przypadkach zainteresowany otrzymywał wyjaśnienie stanu prawnego, z którego – w powiązaniu ze stanem faktycznym – wynikało rozstrzygnięcie jego sprawy. W przypadku nieuwzględnienia skargi skarżący był informowany o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej ze wskazaniem na możliwość zwolnienia od kosztów sądowych oraz okolicznościach, które musiałby udowodnić w takim postępowaniu, aby mieć szansę na korzystne dla siebie jej rozstrzygnięcie. Rzecznik Ubezpieczonych wskazywał, iż ciężar udowodnienia faktów spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Oznacza to, że w toku procesu – chcąc uzyskać korzystne dla siebie orzeczenie sądu – należy wykazać, za pomocą nie budzących wątpliwości dowodów zasadność zgłoszonych żądań oraz podniesionych wobec zakładu ubezpieczeń zarzutów. W sytuacjach, gdy Biuro Rzecznika Ubezpieczonych dysponowało orzecznictwem sądowym w analogicznym dla sprawy stanie faktycznym i prawnym, przekazywało je skarżącemu.

W sprawach, gdzie zakład ubezpieczeń usztywnił swoje stanowisko, natomiast Rzecznik Ubezpieczonych domniemywał, iż jest ono niezasadne a spór dotyczył oceny stanu faktycznego, Rzecznik wskazywał, na możliwość zasięgnięcia opinii u niezależnego rzeczoznawcy w szkodach majątkowych oraz w szkodach osobowych opinii medycznej, jeszcze przed skierowaniem sprawy na drogę postępowania sądowego. Rzecznik Ubezpieczonych informował także, iż opinia taka może być następnie wykorzystana w sporze sądowym, ale będzie mieć wtedy wyłącznie charakter tzw. dokumentu prywatnego, co oznacza, że Sąd może, ale nie musi brać pod uwagę zawartych w niej wniosków i może np. zasięgnąć w toku procesu opinii innego biegłego, wpisanego na listę biegłych sądowych.

Dodatkowo, w uzasadnionych sprawach, w szczególności, gdy spór dotyczył oceny stanu prawnego, Rzecznik Ubezpieczonych informował skarżącego, iż w przypadku wytoczenia powództwa cywilnego przeciwko ubezpieczycielowi może udzielić dalszej pomocy poprzez przedstawienie sądowi oświadczenia zawierającego istotny pogląd w sprawie.

Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji w 425 przypadkach, co stanowiło 14,5% ogółu spraw, które wpłynęły do Biura Rzecznika w I kwartale 2010 r. Procentowy ich udział w ogólnej liczbie skarg uległ zmniejszeniu w stosunku do I kwartału 2009 r. o 2,0%.

Podstawową przyczyną niepodjęcia interwencji było stwierdzenie, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na stwierdzenie naruszenia prawa, bądź interesów osób, które Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje. Nie podejmowano również interwencji w sprawach kierowanych do Rzecznika jako do kolejnego adresata („do wiadomości”), gdyż ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą. Pewna grupa spraw wymagała uzupełnienia o dodatkowe informacje, bez których dalsze badanie jej było niemożliwe. Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji zaliczono również przypadki braku właściwości Rzecznika Ubezpieczonych, tj. sprawy, w których toczy się postępowanie przed sądem, zapadły już wyroki sądowe lub zawarto ugodę z zakładem ubezpieczeń, zawierającą zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń.

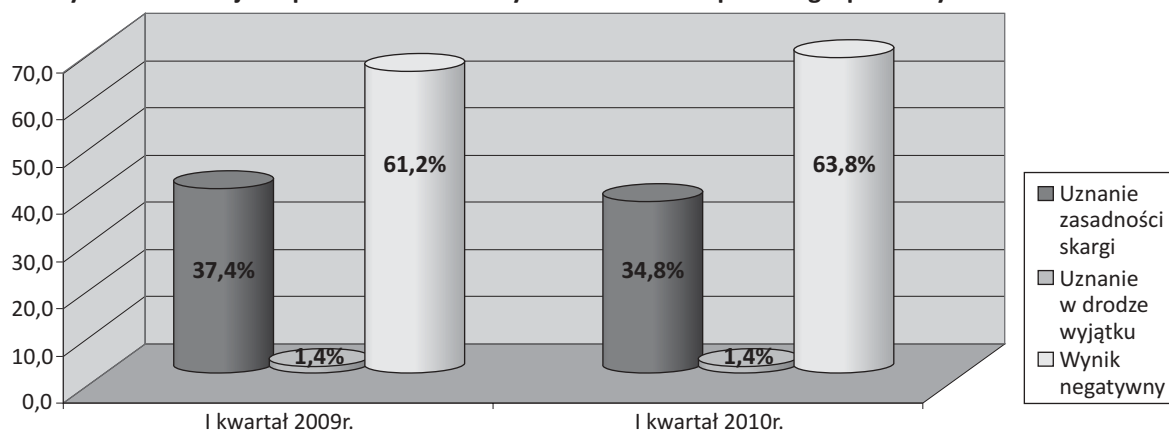
Wobec 12,5% skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale w 2010 r., z uwagi na wzrost dynamiki (39,8%) wnoszonych spraw, nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym. Dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania. Dla porównania – w I kwartale 2009 r. skargi te stanowiły 5,0% ogółu spraw.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym, w wyniku interwencji Rzecznik Ubezpieczonych w odniesieniu do 36,2% skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w drodze wyjątku wobec 1,4% spraw (wykres nr 3). Tym samym skuteczność interwencji (efektywność) Rzecznika Ubezpieczonych uległa zmniejszeniu o 2,6% w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego.

Przyczyn braku zmiany stanowiska na korzyść skarżącego, Rzecznik Ubezpieczonych upatruje w:

- stosowaniu przez niektóre zakłady ubezpieczeń, niekorzystnej dla ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia interpretacji przepisów z zakresu ubezpieczeń obowiązkowych (np. w sprawach tzw. podwójnego ubezpieczenia);
- stosowaniu jednostronnej interpretacji przepisów o.w.u., nieprzyjaznej dla ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia;
- wzroście liczby sporów odnoszących się głównie do stanu faktycznego, w którym Rzecznik Ubezpieczonych nie prowadzi odrębnego postępowania dowodowego;
- wzroście liczby skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął czynności interwencyjne (najczęściej wobec zakładu ubezpieczeń);
- braku woli poprawy wizerunku przynajmniej przez część zakładów ubezpieczeń; ten czynnik jest jednak wciąż zbyt słaby, zwłaszcza w polityce niektórych zakładów ubezpieczeń i nadal istnieje w tym względzie spore zróżnicowanie.

Wykres nr 3
Wynik interwencji w sprawach zakończonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych



Dokonując jednak obiektywnej oceny wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych należy stwierdzić, iż jest on nadal wysoki. Szczególnie w sytuacji, gdy interwencje Rzecznika Ubezpieczonych – nie posiadającego uprawnień władczych – w zakładach ubezpieczeń mają zasadniczo charakter mediacyjny oraz, że Rzecznik nie prowadzi odrębnego badania stanu faktycznego. W naszej opinii, wynik ten świadczy jednak o zasadności podejmowanych działań, które w znacznej mierze pozwalają wyeliminować nieprawidłowości powstałe w toku likwidacji szkody.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że postępowanie skargowe, często dotyczące znacznych kwot, jest bezpłatne, a jednocześnie prowadzone przez Urząd działający profesjonalnie i obiektywnie reprezentujący interesy konsumentów. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych postępowanie skargowe jest również korzystne dla zakładów ubezpieczeń, gdyż w wielu przypadkach pozwala na szybkie zakończenie sporu wynikającego z błędów własnych pracowników lub pośredników ubezpieczeniowych, zapobiegając skierowaniu sporu na drogę sądową. Nadto, zakłady ubezpieczeń, analizując informacje o nieprawidłowościach sygnalizowanych w skargach konsumentów, mają możliwość wprowadzenia niezbędnych zmian wewnętrznych, np. w procedurach likwidacyjnych, organizacji pracy poszczególnych działów, jak i możliwość prawidłowego zarządzania zasobami ludzkimi, szczególnie w procesach likwidacji szkód.

Praktyczne wskazówki związane z likwidacją szkód z ubezpieczeń domów i mieszkań



Cezary Orłowski
starszy specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Wstęp

Poniżej przedstawione opracowanie ma na celu przybliżenie arkan praktyki postępowania likwidacyjnego ukształtowanej na polskim rynku ubezpieczeń oraz nakreślenie głównych problemów powstałych na etapie realizacji praw z umowy ubezpieczenia dobrowolnego. Choć niniejsza publikacja nawiązuje do praktyki likwidacji szkód z ubezpieczeń mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, to omawiane poniżej zagadnienia można również odnieść, w drodze analogii, do pozostałych ubezpieczeń dobrowolnych.

Świadomi otaczających nas zagrożeń możliwości powstania szkód, które często prowadzą do wysokich strat majątkowych, poszukujemy zabezpieczenia przed ujemnymi skutkami wypadków. Oprócz życia i zdrowia, dobrem, które każdemu członkowi rodziny daje poczucie bezpieczeństwa, azylu jest dom, mieszkanie. Stąd też szczególna piecza nad zachowaniem trwałości ww. dobra. Niestety nie wszystkie zagrożenia potrafimy przewidzieć i tym bardziej im zapobiec. Dlatego też zabezpieczamy się na wypadek zajścia zdarzenia losowego zawierając umowę ubezpieczenia z jednym z wielu ubezpieczycieli funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeń majątkowych. Bez wątplenia takim zabezpieczeniem jest ubezpieczenie mieszkania i domu. Ubezpieczenie to ma przede wszystkim zapewnić poczucie bezpieczeństwa na wypadek zajścia zdarzenia losowego poprzez możliwość usunięcia skutków szkód drogą przyznanego osobie ubezpieczonej odszkodowania.

Regulacja zasad likwidacji szkody na etapie zawarcia umowy ubezpieczenia

Proces likwidacji szkód tak naprawdę, w przypadku każdego ubezpieczenia dobrowolnego mienia, ma swój początek już na etapie zawarcia umowy ubezpieczenia. Bowiern dla realizacji praw wynikających z umowy ubezpieczenia istotny jest kształt umowy nadany jej w chwili zawarcia. To wówczas ubezpieczający dokonuje wyboru odpowiedniego wariantu ubezpieczenia determinującego zazwyczaj określony tryb likwidacji szkody.

Ubezpieczający z racji, iż dane ubezpieczenie jest dobrowolnym, korzysta ze swobody zawarcia umowy oraz wyboru właściwego pod względem zakresu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia, z pośród szerokiej gamy dostępnych na rynku produktów ubezpieczeniowych. Zawarcie umowy ubezpieczenia dobrowolnego powoduje, że treść postanowień umowy ubezpieczenia występująca często pod nazwą ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.) staje się wiążącym prawem dla stron umowy. Oznacza to, że stosowana przez ubezpieczyciela, w ramach umowy ubezpieczenia, siatka pojęciowa powinna być w sposób jasny i wyczerpujący uregulowana w treści postanowień umowy¹. W przypadku sporu interpretacyjnego, nie jest zatem możliwe, odwoływanie się przez ubezpieczyciela do regulacji pozaumownych i wywodzenia na tej podstawie skutków prawnych względem zawartej umowy ubezpieczenia.

W związku z powyższym, istotne z punktu widzenia zapewnienia pełnej ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie zgodnym z oczekiwaniami ubezpieczającego, jest przeprowadzenie, jeszcze przed dokonaniem wyboru produktu ubezpieczeniowego, analizy treści postanowień umowy. Wyciągnięte na tej podstawie wnioski pozwolą dokonać trafnego wyboru ubezpieczenia. Brak zaznajomienia się z treścią o.w.u., poleganie wyłącznie na zapewnieniach reklamy albo pośrednika ubezpieczeniowego, może w konsekwencji prowadzić do późniejszych rozczarowań na etapie likwidacji szkody.

Analizując postanowienia o.w.u. należy zwrócić szczególną uwagę na ich przejrzystość, słownik zastosowanych pojęć i definicji. Ogólne warunki, które w swojej treści wprowadzają bardzo szeroki katalog wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności, zawężając tym samym zakres faktycznej ochrony ubezpieczeniowej, powinny dyskwalifikować taką umowę. Mało precyzyjne i niejasne o.w.u. mogą w przyszłości, w trakcie likwidacji szkody, przysporzyć wiele problemów interpretacyjnych². „Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”, to jednak ubezpieczyciele często wbrew literze prawa stoją na stanowisku, iż w ich ocenie sporne postanowienie umowne nie budzi wątpliwości interpretacyjnych, w związku z czym ww. przepis nie ma zastosowania.

Ponadto, o jakości o.w.u. stanowić może zastosowana w treści o.w.u. hierarchia postanowień umownych. Jeżeli więc ubezpieczyciel w pierwszej kolejności kładzie nacisk na określenie za jakie okoliczności nie odpowiada, zaś pozostałą część postanowień umownych przenosi na dalszy plan, wówczas taki porządek ubezpieczający powinien potraktować jako ostrzeżenie wskazujące, iż ubezpieczyciel większą wagę przypisuje temu za co nie odpowiada niż funkcji ochronnej ubezpieczenia.

¹ Szerzej: E. Kiziewicz, *Kradzież a przywłaszczenie w ubezpieczeniu autocasco*, Monitor Ubezpieczeniowy nr 41, marzec 2010.

² Tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66.

Zastrzec należy, iż powyższa ocena nie ma na celu deprecjonowanie istoty wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej lecz tylko zwrócenie uwagi na ten ważny aspekt „wyboru”, właściwej pod względem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, umowy ubezpieczenia, a także możliwych negatywnych następstw dokonanego wyboru, gdy dojdzie do realizacji umowy ubezpieczenia.

Zajście zdarzenia losowego, a obowiązki spoczywające na ubezpieczającym

Ogólne warunki ubezpieczeń, z racji iż stanowią uzupełnienie norm prawnych dotyczących umowy ubezpieczenia, mogą nałożyć na ubezpieczającego inne obowiązki niż przewidziane w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny³, w szczególności polegające na zachowaniu określonych w umowie środków ostrożności przy zabezpieczeniu mienia, czy dopełnienia bliżej nieokreślonych aktów staranności w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Niezachowanie określonych w umowie ubezpieczenia środków mających na celu ratowanie przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżeniu szkodzie, jeśli jest następstwem umyślnego działania bądź rażącego niedbalstwa, zwalnia ubezpieczyciela z odpowiedzialności za szkodę – art. 826 § 3 k.c.

Zatem zanim jeszcze dojdzie do szkody, warto mieć więc wiedzę, gdzie znajdują się główne zawory umożliwiające nam w sytuacji awaryjnej odcięcie wody, gazu, a także główny bezpiecznik zapewniający możliwość natychmiastowego wyłączenia napięcia we wszystkich pomieszczeniach lokalowych. Znajomość położenia ww. newralgicznych punktów pozwala szybko i skutecznie reagować na powstałe zagrożenie, doprowadzając w ten sposób do zminimalizowania rozmiarów szkody.

Wątpliwe pod względem prawnym jest natomiast odmawianie przez ubezpieczyciela wypłaty odszkodowania w sytuacji niewłaściwego postępowania ubezpieczającego przed szkodą wyrażającego się niedochowaniem tzw. powinności „przedwypadkowych” określonych w umowie ubezpieczenia⁴.

Swoboda stron w kształtowaniu stosunku ubezpieczenia nie jest nieograniczona. W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych treść postanowień o.w.u. jest nadawana przez ubezpieczyciela, nie oznacza to jednak (po ich stronie) całkowitej swobody w kształtowaniu treści umowy. Z jednej strony, treść o.w.u. podlega pewnym wymogom ustawowym określonym w art. 12, 12a, 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Z drugiej strony, swoboda kształtowania treści umowy podlega wymogom interpretacji właściwym dla oświadczeń woli, tj. zgodnie z art. 65 k.c., a także jest poddana kontroli pod kątem regulacji art. 807 k.c. i art. 353¹ k.c. Stąd też granice woli stron w konstruowaniu postanowień o.w.u. wyznaczają trzy grupy zasad: pierwsza – wynikająca z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, druga – ukształtowana przez treść i cel stosunku ubezpieczenia i trzecia – zawierająca ograniczenia wynikające z zasad współzycia społecznego⁵.

Skutek prawny, przewidziany w art. 826 § 3 k.c., za niezastosowanie przez ubezpieczającego środków określonych w art. 826 § 1 k.c., odnosi się jedynie do okoliczności z chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Brak jest natomiast jakiegokolwiek regulacji w tym względzie dotyczącej obowiązków spoczywających na ubezpieczającym zmierzających do zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia w ramach czynności „przedwypadkowych”.

Wątpliwość jak dalece ubezpieczyciel może posunąć się w zakresie regulacji obowiązków związanych z zapobieganiem powstania szkody, powinna rozstrzygać interpretacja art. 353¹ k.c., zgodnie z którym treść lub cel stosunku zobowiązaniowego nie może sprzeciwiać się jego właściwości (naturze), ustawie, a także zasadom współzycia społecznego. Przenosząc powyższe na grunt umowy ubezpieczenia należy wskazać, iż jest to umowa wzajemna⁶, której celem jest zapewnienie przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w zamian za zapłatę odpowiedniej składki (art. 805 k.c.). Immanentną cechą tego stosunku zobowiązaniowego jest więc ekwiwalentność (równowaga) świadczeń. Zbyt daleko idące powinności „przedwypadkowe” nałożone na ubezpieczającego w treści o.w.u. mogą w istotny sposób naruszać powyższą zasadę. Bowiem nadmiar kształtowanych w ten sposób obowiązków nie znajduje odzwierciedlenia w świadczeniu wzajemnym ubezpieczyciela. Co więcej, ciągła dbałość, poświęcenie uwagi oraz sprawowanie nieprzerwanej pieczy nad przedmiotem ubezpieczenia sprowadza się do zapobieżenia skonkretyzowaniu się zobowiązania ubezpieczyciela, które jest przecież istotnym elementem umowy ubezpieczenia. Sytuacji takiej nie sposób uznać za prawidłową, a tym bardziej zgodną z istotą zobowiązania, którą jest właśnie to, że ubezpieczający za zapłatę odpowiedniej składki zapewnia sobie niejako gwarancję, że zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego nie będzie wiązało się dla niego z niedogodnością w postaci osobistego świadczenia. W przeciwnym razie dochodzi do absurdu, w którym ubezpieczający robi wszystko, aby nie doszło do ziszczenia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego odpowiedzialność ubezpieczyciela, a ponadto ubezpieczyciel w razie stwierdzenia nieprawidłowości po stronie ubezpieczającego przed zajściem wypadku jest uprawniony do odmowy

³ Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93 (dalej: k.c.).

⁴ Wniosek wynikający z dotychczasowej obserwacji i przemyśleń powstałych na bazie własnych doświadczeń związanych z likwidacją szkód.

⁵ A. Gadomska, *Glosa do uchwały SN z dnia 5 sierpnia 2005 r.* (sygn. akt III CZP 40 / 2004, opub. LEX, Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa 2006 / 1 / 55).

⁶ M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 66; pogląd przeciwny: M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia...*, s. 46–48, 117–118.

wypłaty odszkodowania. Na tym tle rysuje się tylko jednostronna korzyść – po stronie ubezpieczyciela, z tak ukształtowanego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zatem, zawierając z ubezpieczającym umowę ubezpieczenia przyjmuje, iż związane z przedmiotem ubezpieczenia ryzyko powstania szkody mieści się w granicach bezpieczeństwa. Tym samym to ubezpieczyciel bierze na siebie konsekwencje niewłaściwej oceny ryzyka związanej z danym przedmiotem ubezpieczenia. Jeżeli więc przedmiot ubezpieczenia nie jest należycie zabezpieczony przed powstaniem szkody, wówczas ubezpieczyciel, podejmując decyzję o jego przyjęciu do ubezpieczenia, powinien liczyć się z możliwością wystąpienia szkody. Ubezpieczyciel nie może później – na etapie likwidacji szkody – podnieść zarzut, iż ubezpieczone mienie przed przyjęciem ubezpieczenia nie spełniało norm budowlanych albo nie miało dostatecznych zabezpieczeń antywłamaniowych. W przypadku likwidacji szkód z ubezpieczeń mieszkań przykładem takiego odmownego stanowiska może być powoływanie się na nienależyty stan rynien, dachu lub zastosowana przed ubezpieczeniem aranżacja wnętrza mieszkania stanowiąca naruszenie norm budowlanych.

Na podstawie analizy przepisów kodeksu cywilnego można dojść do wniosku, iż jedyną sankcją jaką może stosować ubezpieczyciel w okresie „przedwypadkowym” w stosunku do ubezpieczającego naruszającego powinności związane z dbałością o należyty stan przedmiotu ubezpieczenia jest uprawnienie do zmiany wysokości składki.

Kwestia oceny ryzyka powstania szkody spoczywa bowiem na ubezpieczycielu jako podmiocie w sposób profesjonalny prowadzącym swą działalność i powinna znaleźć odzwierciedlenie w wysokości składki. Kodeks cywilny w art. 816 daje uprawnienie weryfikacji tego ryzyka i ochrony ubezpieczyciela przed jego zwiększeniem poprzez przyznanie zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do żądania podwyższenia składki. Jest to jedyna metoda kompensowania sobie przez ubezpieczyciela zmiany jego sytuacji w czasie obowiązywania umowy, dlatego też przerzucanie na ubezpieczającego obowiązków związanych z minimalizowaniem czy też zapobieganiem powstania szkody na etapie przedwypadkowym uznaje należy za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego jako nieznaające ekwiwalentu w świadczeniu wzajemnym ubezpieczyciela, zwłaszcza gdy jedynie ubezpieczycielowi przyznaje się kompetencję do ich kreowania.

Zachowanie ubezpieczonego w obliczu zajścia wypadku ubezpieczeniowego, z uwagi na sankcję wynikającą z art. 826 § 3 k.c., jest przedmiotem analizy ubezpieczyciela. Jeżeli zatem dojdzie do szkody, wówczas w pierwszej kolejności działania ubezpieczonego powinny być skierowane na ratowanie życia i zdrowia współlokatorów, a następnie na podjęciu działań zmierzających do ratowania dobytku poprzez stawienie czoła sile sprawczej szkody, tj. podjęcie działań zmierzających do odwrócenia, zminimalizowania szkody.

Z drugiej strony, ubezpieczyciel na podstawie art. 826 § 4 k.c. zobowiązany jest do refundacji kosztów wynikłych z działań zmierzających do minimalizowania szkody, bądź jej odwrócenia. Górną granicę odpowiedzialności w tym zakresie wyznacza suma ubezpieczenia. Stąd też np. w przypadku gwałtownej ulewy, gdy dojdzie do zalania ulicy na skutek niedrożności studzienek kanalizacyjnych, koszt który poniósł ubezpieczony na zakup worków z piaskiem służących odgródnieniu nieruchomości od terenu objętego działaniem wody powinien być zwrócony przez ubezpieczyciela.

Zanim zgłosimy szkodę

W przypadku szkody w mieniu np. polegającej na zalaniu mieszkania, w pierwszej kolejności ubezpieczony powinien przystąpić do spisu powstałych strat (tzw. spis inwentarza). Jeżeli jest to szkoda częściowa, tzn. o niewielkim rozmiarze, warte z punktu widzenia procesu dochodzenia odszkodowania od ubezpieczyciela jest przeprowadzenie samodzielnego pomiaru obszaru mieszkania lub domu objętego zalaniem albo w przypadku pożaru – oddziaływaniem czynnika termicznego.

Powyższa wskazówka podyktowana jest względami ostrożnościowymi. Chociaż przy likwidacji szkody z góry nie można zakładać złej wiary po stronie ubezpieczyciela (w osobie likwidatora szkody, rzeczoznawcy ubezpieczeniowego), to mimo tego zdarzają się przypadki braku rzetelności, pomyłek przy sporządzaniu protokołu szkody. Stąd też ubezpieczony powinien dążyć do aktywnego uczestnictwa w procesie likwidacji szkody, na każdym jej etapie, kontrolując w ten sposób jej przebieg. Zatem wynik porównania spisu uszkodzeń dokonanego przez osobę ubezpieczoną powinien być zgodny z danymi naniesionymi przez rzeczoznawcę ubezpieczeniowego do protokołu szkody. Brak takiej zgodności może oznaczać, że pominięto element szkody lub niewłaściwie oszacowano rozmiar wypadku ubezpieczeniowego.

Po ustaleniu zakresu strat należy określić wstępną przyczynę powstania szkody. Przyczyna szkody może być od nas niezależna jak również być konsekwencją nieostrożności ubezpieczonego. Pęknięcie wężyka pod umywalką jest przykładem działania niezależnego od osoby ubezpieczonej. W takim przypadku najczęściej do usterki dochodzi na skutek zmęczenia materiału, wady produkcyjnej (niewłaściwego spojenia zakończenia wężyka), niskiej jakości zastosowanych materiałów. Rzadko natomiast występują przypadki niewłaściwego montażu – przyłączenia ww. elementu. Czasami bywa i tak, że szkoda powstaje w wyniku braku ostrożności osoby ubezpieczonej, np. poprzez pozostawienie pracującej pralki i wyjście z domu na czas prania, podczas którego dochodzi do zalania łazienki na skutek awarii pralki. Również niezależne od woli ubezpieczonego jest zalanie spowodowane przez sąsiada z góry. Dla zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dobrowolnego istotne jest tylko wystąpienie zdarzenia przewidzianego w umowie. Wpływ na powstanie szkody ze strony ubezpieczonego ma jedynie wtedy znaczenie, gdy działanie to nosi znamiona winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa – art. 827 §1 k.c.

Zgłoszenie szkody

Z reguły postanowienia o.w.u. udzielają odpowiedzi na pytanie czy zgłoszenie szkody powinno być dokonane w formie pisemnej, czy też kontaktując się z infolinią ubezpieczyciela, tj. w drodze rozmowy telefonicznej. Na chwilę obecną przeważająca część ubezpieczycieli preferuje formę telefonicznego zgłoszenia szkody. Wskazana preferencja nie niweczy znaczenia prawnego zgłoszenia dokonanego w innej formie, np. pisemnej lub za pośrednictwem wiadomości mailowej albo faksu. W zasadzie szkodę z ubezpieczenia mieszkania lub domu można zgłosić w placówce ubezpieczyciela najbliższym miejscu zamieszkania ubezpieczonego. Ubezpieczyciel nie ma prawa odsyłać konsumenta do innego oddziału firmy. Kwestia właściwej organizacyjnie jednostki do rozpatrywania roszczeń jest sprawą wewnętrzną ubezpieczyciela, a zatem problemy logistyczne nie powinny obarczać osoby występującej z roszczeniem. Zakład ubezpieczeń niezależnie od tego, do której jednostki wpłynęło zgłoszenie, powinien podjąć postępowanie likwidacyjne i w ramach struktury wewnętrznej przekazać zgłoszenie szkody do właściwej komórki likwidacyjnej.

Samo zgłoszenie szkody najczęściej polega na wypełnieniu przygotowanego przez ubezpieczyciela druku zgłoszenia szkody. Zgłoszenie szkody w innej formie nie będzie jednak skutkowało brakiem skuteczności, istotna bowiem jest treść, a nie forma w jakiej złożono oświadczenie woli. Od pewnego czasu ubezpieczyciele preferują model telefonicznego zawiadomienia o szkodzie. Również złożenie zawiadomienia w tej formie jest skuteczne, jednakże mimo tego w dalszej części postępowania ubezpieczyciel wymaga pisemnego zgłoszenia szkody.

Znaczenie terminu zgłoszenia szkody

Data zgłoszenia szkody jest datą początkową związaną z procesem rozpatrywania roszczenia i ma doniosłe znaczenie dla określenia terminu końcowego, związanego z postępowaniem wyjaśniającym ubezpieczyciela.

Stosownie bowiem do art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany poinformować o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podjąć postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel ma także obowiązek poinformować osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia jego odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Powyższe czynności w praktyce ubezpieczeniowej nazywane są likwidacją szkody.

Zgodnie zaś z treścią art. 817 k.c., zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o zdarzeniu ma obowiązek wypłaty świadczenia albo pisemnego powiadomienia osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaty bezspornej części świadczenia, czyli sumy pieniężnej, której wysokość została dotychczas ustalona jako wysokość powstałej szkody.

Powstrzymanie się lub zwłoka ubezpieczyciela w realizacji wypłaty świadczenia, czyni uzasadnionym zarzut nienależytego wykonania zobowiązania, co z kolei powoduje powstanie obowiązku naprawienia wynikłej z tego szkody, tj. zapłaty odsetek za zwłokę. Stąd też, jeżeli ubezpieczyciel w sposób niezasadny opóźnia się z wypłatą odszkodowania poszkodowany może wówczas żądać odsetek ustawowych za czas opóźnienia na podstawie art. 481 § 1 k.c. Obecnie, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie określenia wysokości odsetek ustawowych⁷, wynoszą one 13% w skali roku.

Do określenia okresu zwłoki ubezpieczyciela istotna jest więc wiedza dotycząca daty zgłoszenia szkody, gdyż od niej liczony jest 30-dniowy termin na realizację wypłaty świadczenia. Od tak ustalonego terminu końcowego do dnia spełnienia świadczenia naliczamy dopiero odsetki ustawowe.

Moment zawiadomienia o szkodzie wpływa również na przedawnienie roszczenia, bowiem bieg przedawnienia roszczenia zostaje przerwany przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń roszczenia i zaczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie otrzymał na piśmie oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia (art. 819 §4 k.c.).

Przedawnienie roszczeń powoduje, że zakład ubezpieczeń może się zwolnić z wypłaty odszkodowania, jednakże pod warunkiem podniesienia zarzutu przedawnienia. Wówczas ubezpieczyciel, pomimo istnienia roszczenia, nie ma obowiązku jego zaspokojenia.

Kwestię przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia reguluje art. 819 k.c. Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się po upływie trzech lat od dnia, w którym nastąpiła wymagalność roszczenia. Przyjąć należy, że w przypadku roszczeń ubezpieczeniowych bieg przedawnienia zaczyna biec dopiero z momentem, w którym osoba uprawniona do świadczenia dowiedziała się o zdarzeniu i przysługującym jej uprawnieniu.

Późne zgłoszenie szkody i jego wpływ na wypłatę odszkodowania

W treści o.w.u. dość często można się spotkać z wymogiem powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zajściu wypadku ubezpieczeniowego w określonym terminie. Zwykle jest to termin 3 – 7 dniowy, w zależności od ubezpieczyciela i rodzaju o.w.u.

⁷ Dz. U. z dnia 12 grudnia 2008 r., nr 220, poz. 1434.

Brak powiadomienia ubezpieczyciela w określonym terminie może skutkować odpowiednim zmniejszeniem odszkodowania, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku – art. 818 § 3 k.c. Powyższa sankcja występuje w większości o.w.u. stosowanych przez ubezpieczycieli. W praktyce naruszenie ww. terminu nie powinno powodować oddalenia roszczenia lecz ewentualne zmniejszenie wysokości odszkodowania odpowiednio do zakresu niemożliwych do ustalenia następstw szkody.

W przypadku, gdy do zalania mieszkania doszło w czasie nieobecności poszkodowanego związanej z urlopem wypoczynkowym, szkoda powinna zostać zgłoszona niezwłocznie, najdalej w terminie określonym w o.w.u., licząc od dnia dowiedzenia się o jej istnieniu.

Postępowanie w trakcie likwidacji szkody

Czynności podejmowane przez ubezpieczycieli w czasie rozpatrywania roszczenia w praktyce ubezpieczeniowej występują pod nazwą likwidacji szkody lub postępowania wyjaśniającego.

Ubezpieczyciel w trakcie likwidacji szkody zazwyczaj występuje do osoby ubezpieczonej o udokumentowanie roszczenia poprzez przedstawienie dokumentów uzasadniających powstanie szkody oraz jej wysokość. Należy jednak wskazać, iż ciężar weryfikacji zgłoszonego zdarzenia, pod względem faktycznym i prawnym, spoczywa na ubezpieczycielu. Na powyższy obowiązek wskazuje art. 16 ustawy. W tej sprawie wypowiedział się także Sąd Najwyższy w sprawie o sygn. akt III CKN 1105 / 98⁸. W uzasadnieniu wyroku czytamy, że „*Po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku zakład ubezpieczeń obowiązany jest do ustalenia przestanek swojej odpowiedzialności oraz do zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty*”. Nie ma więc wątpliwości, że ciężar ustaleń w zakresie rozmiaru szkody jak i odpowiedzialności spoczywa na ubezpieczycielu. Zatem nie jest uzasadnione kierowanie przez ubezpieczycieli do ubezpieczonych pism informujących o tym, że wysokość powstałej straty majątkowej powinna być wykazana przez osobę ubezpieczoną poprzez przeprowadzenie naprawy i udokumentowanie kosztu naprawy rachunkami. Za powyższym stwierdzeniem przemawia ponadto fakt, iż obowiązek naprawy szkody po stronie ubezpieczyciela powstaje z momentem wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego czy ubezpieczony przeprowadzi naprawę rzeczy uszkodzonej czy też nie.

Niezależnie od rozmiarów powstałej szkody w naszym dobytku, do oceny rozmiarów szkody, zawsze niezbędne jest przeprowadzenie oględzin uszkodzonego bądź zniszczonego mienia. Ubezpieczony jest wówczas zobowiązany na podstawie postanowień zawartych w o.w.u.⁹ do udostępnienia pomieszczeń nieruchomości, w których doszło do szkody, aby rzeczoznawcy ubezpieczeniowi mogli dokonać oceny stanu technicznego nieruchomości oraz zakresu uszkodzeń.

Na tym etapie likwidacji szkody przydatne są ustalenia ubezpieczonego, co do rozmiarów szkody. Trzeba bowiem zadbać by prowadzone przez rzeczoznawców ubezpieczeniowych ustalenia odpowiadały spostrzeżeniom ubezpieczonego.

Niestety zdarzyć się może, że protokół opisujący zakres uszkodzeń nie zostanie udostępniony ubezpieczonemu. Wówczas, o wyniku poczynionych przez rzeczoznawcę ubezpieczeniowego ustaleń, ubezpieczony dowiaduje się dopiero po przekazaniu mu sporządzonego przez ubezpieczyciela kosztorysu naprawy. Rezultatem braku omówienia z ubezpieczonym treści protokołu są częste nieporozumienia. Późniejsze (poza protokołem) zgłaszanie uwag, co do ustaleń z oględzin, może zakłócić proces rozpatrywania roszczenia, a w konsekwencji powodować jego wydłużenie.

W toku likwidacji szkody bardzo ważnym jej aspektem jest prawidłowy przepływ informacji umożliwiający w sposób wyczerpujący uzyskać wiedzę dotyczącą etapu, na którym znajduje się rozpatrywane roszczenie. Najszybszym rozwiązaniem umożliwiającym uzyskanie informacji jest droga telefoniczna. Niestety z uwagi na zastosowany przez ubezpieczycieli mechanizm infolinii kontakt z opiekunem naszej sprawy jest przeważnie ograniczony i sprowadza się jedynie do otrzymywania zdawkowych informacji dotyczących rozpatrywanego roszczenia. Szczegółowe dane dotyczące likwidacji szkody możemy jedynie uzyskać w drodze rozmowy z likwidatorem szkody, który nie jest pracownikiem infolinii, a zatem nie zawsze jest dyspozycyjny, gdyż koncentruje się na własnym zakresie obowiązków.

Pisemna droga uzyskiwania informacji może lecz nie musi dawać lepszych rezultatów. Ujemną konsekwencją tego rozwiązania jest czas oczekiwania na odpowiedź ze strony ubezpieczyciela.

Niektóre zakłady ubezpieczeń stosują tzw. procedurę uproszczoną likwidacji szkód polegającą na likwidacji szkody bez potrzeby jej pisemnego zgłoszenia oraz przeprowadzania oględzin uszkodzonego mienia. W praktyce wypłata odszkodowania ma miejsce zaraz po zgłoszeniu szkody. Ubezpieczony w trakcie rozmowy telefonicznej opisuje zdarzenie, rozmiar szkody, a konsultant ubezpieczyciela na podstawie przekazanych informacji dokonuje wyliczenia szkody i przedstawia propozycję ugodowego zakończenia procesu rozpatrywania roszczenia poprzez wypłatę kwoty wynikającej z kosztorysowego wyliczenia szkody. W przypadku braku zgody ze strony ubezpieczonego na takie postępowanie likwidacja szkody zostaje skierowana na tor standardowej likwidacji szkody.

⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2000 r. (sygn. akt III CKN 1105 / 98, opubl. OSNC 2000, nr 7–8, poz. 134, Wokanda 2000 / 4 / 9, Biul.SN 2000 / 7 / 7, Pr.Gosp. 2000 / 10 / 1, LEX 39669) „Przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej”.

⁹ W przypadku ich braku można taki obowiązek wywnioskować z art. 354 §2 k.c., tj. obowiązku współdziałania wierzyciela w takim samym zakresie jak dłużnika względem niego.

Sposób naprawienia szkody

Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych, w tym mieszkaniowych jest uzależnione od wariantu ubezpieczenia domu, mieszkania. Zasadą jest podział tego typu produktów na ubezpieczenie mienia w wartości rzeczywistej oraz w wartości odtworzeniowej (nowej).

Przy wartości rzeczywistej ubezpieczyciele stosują ustalony na podstawie oględzin bądź w oparciu o wiek nieruchomości procentowy stopień zużycia. Sposób szacowania stopnia zużycia powinien być określony w treści o.w.u. W przeciwnym razie postępowanie ubezpieczyciela nie mające podstawy w umowie jest bezprawne i nie będzie wiązało ubezpieczającego. Ubezpieczyciele często do określenia stopnia zużycia wykorzystują tabele, według których określonemu wiekowi przedmiotu ubezpieczenia przypisuje się wyrażony w procentach stopień zużycia. Stąd też inkorporowanie do umowy treści tabeli albo wręczanie jej razem z o.w.u. przed zawarciem umowy czyni z niej wiążący strony element umowy ubezpieczenia. Powyższy stan rzeczy nie budzi żadnych wątpliwości prawnych, bowiem zgodnie z art. 384 §1 k.c. „ustalony przez jedną ze stron umowy wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy”. Z kolei zgodnie z art. 384 § 4 k.c. „jeżeli jedna ze stron posługuje się wzorcem umowy w postaci elektronicznej powinna udostępnić go drugiej stronie przed zawarciem umowy w taki sposób, aby mogła ona wzorzec ten przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności”.

Inaczej rzecz wygląda jeżeli o.w.u. nie zawierają postanowień dotyczących stopnia zużycia, a ubezpieczyciel w wyliczeniu odszkodowania powołuje się na treść tabeli, która nie została wręczona ubezpieczającemu wraz z o.w.u. przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciele często zastaniają się wówczas argumentem ogólnej dostępności do tabel zamieszczonych np. na łamach strony internetowej danego zakładu ubezpieczeń¹⁰. Jednakże sam fakt, iż tabela norm procentowego zużycia jest dostępna na stronie internetowej, tudzież siedzibie Towarzystwa, nie czyni zadość wymogowi stawianemu przez ustawodawcę w art. 384 k.c. i w konsekwencji treść postanowień tabeli w stosunkach z konsumentem stanowi postanowienia, z których treścią nie mógł się on zapoznać przed zawarciem umowy. Należy bowiem zwrócić uwagę, iż nie każdy z konsumentów zawierających umowę na podstawie przedmiotowych o.w.u. musi posiadać dostęp do internetu, co więcej nie musi potrafić z niego korzystać. Również nie zawsze możliwe może być udanie się do placówki ubezpieczyciela celem zapoznania się z rzeczoną tabelą. Nawet gdyby konsument taką możliwość posiadał, to wymaga podkreślenia, że zgodnie z dyspozycją art. 384 k.c. najistotniejszym jest jednak to, że treść tabeli winna być doręczona konsumentowi jeszcze przed zawarciem umowy. Jak wynika z dyspozycji art. 384 § 4 k.c. wzorzec umowny może być przekazany konsumentowi przed zawarciem umowy również w formie elektronicznej, jednakże w sposób aby mogła ona wzorzec taki przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności, czyli np. na płycie CD.

Ponadto, zapis umowny umożliwiający stosowanie w rozliczeniu szkody norm zużycia eksploatacyjnego bez sprecyzowania zasad określania stopnia zużycia i sposobu jego stosowania może stanowić klauzulę abuzywną zdefiniowaną w art. 385³ pkt 9 k.c., zgodnie z którym niedozwolonym postanowieniem umownym jest takie, które przynajmniej kontrahentowi konsumenta uprawnia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.

Przy ubezpieczeniu w wariantcie wartości odtworzeniowej sytuacja nie budzi żadnych wątpliwości. Wartość odszkodowania stanowi rzeczywisty, realny koszt związany z doprowadzeniem rzeczy uszkodzonej do stanu sprzed szkody, bez stosowania stopnia zużycia. W przeważającej liczbie rozpatrywanych roszczeń ubezpieczyciele stosują rozliczenie kosztorysowe na podstawie programów eksperckich np. „SEKOCENBUD”, „NORMA”. W takim przypadku, otrzymując wycenę należy zwrócić uwagę na wysokość stosowanych stawek za jedną roboczogodzinę (rbg) oraz cen materiału i sprzętu oraz porównać wartości z tymi, które funkcjonują na lokalnym rynku usług budowlanych.

Niezadowolający rezultat sporządzonej przez ubezpieczyciela wyceny nie musi oznaczać braku możliwości wpłynięcia na zmianę wartości końcowych wyceny. Jeżeli po lekturze wyceny zostaną spostrzeżone uchybienia, wówczas należy niezwłocznie wystąpić do ubezpieczyciela z żądaniem ponownego przeliczenia szkody.

Problem współwłasności oraz cesja praw z umowy ubezpieczenia

W trakcie likwidacji szkody zdarza się, że ubezpieczyciel uzależnia wypłatę odszkodowania na rachunek bankowy jednego z właścicieli nieruchomości od zgody pozostałych. Powyższe postępowanie, w części przypadków, nie jest jednak zgodne z prawem, gdyż stosownie do treści art. 37 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy¹¹ „Zgoda drugiego małżonka jest potrzebna do dokonania:

- 1) czynności prawnej prowadzącej do zbycia, obciążenia, odpłatnego nabycia nieruchomości lub użytkowania wieczystego, jak również prowadzącej do oddania nieruchomości do używania lub pobierania z niej pożytków,
- 2) czynności prawnej prowadzącej do zbycia, obciążenia, odpłatnego nabycia prawa rzeczowego, którego przedmiotem jest budynek lub lokal,
- 3) czynności prawnej prowadzącej do zbycia, obciążenia, odpłatnego nabycia i wydzierżawienia gospodarstwa rolnego lub przedsiębiorstwa,
- 4) darowizny z majątku wspólnego, z wyjątkiem drobnych darowizn zwyczajowo przyjętych”.

¹⁰ Tak wynika m.in. z analizy postępowań interwencyjnych Rzecznika Ubezpieczonych.

¹¹ Dz. U. nr 9, poz. 59.

Zatem w pozostałych przypadkach czynności prawnych jak chociażby dochodzenie odszkodowań, zgoda drugiego małżonka nie jest konieczna. Stąd też zgłoszenie szkody, czynne uczestnictwo w procesie likwidacji szkody, oraz odbiór odszkodowania nie będą wymagały zgody współwłaścicieli (drugiego małżonka). Ubezpieczyciel dokonując wypłaty odszkodowania do rąk współwłaściciela (małżonka) występującego z roszczeniem odszkodowawczym wypełnia w ten sposób ciążący na nim obowiązek odszkodowawczy.

Natomiast, w sytuacji gdy właściciele nieruchomości nie są małżeństwem zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego dotyczące współwłasności w częściach ułamkowych (art. 195 – 221 k.c.).

Zgodnie z art. 209 k.c., każdy ze współwłaścicieli może wykonywać wszelkie czynności i dochodzić wszelkich roszczeń, które zmierzają do zachowania wspólnego prawa. Na tej też podstawie, w przypadku powstania szkody, w wyniku której jeden ze współwłaścicieli będzie uprawnionym do odbioru odszkodowania, przysługuje mu prawo do ubiegania się o całą kwotę odszkodowania o ile uzyskane odszkodowanie będzie służyło zachowaniu wspólnego prawa, tj. naprawie uszkodzeń domu lub mieszkania powstałych np. na skutek zalania. Przeznaczenie uzyskanego odszkodowania na inne cele wymagać będzie zgody pozostałych właścicieli rzeczy, gdyż taka czynność jest przekroczeniem czynności zwykłego zarządu – art. 199 k.c. Może jednak się zdarzyć, że właściciele nieruchomości nie są jednomyślni co do sposobu rozliczenia szkody i odbioru odszkodowania. Jeżeli ubezpieczyciel otrzyma sprzeciw jednego ze współwłaścicieli co do sposobu rozliczenia szkody z innym współwłaścicielem, wówczas odszkodowanie powinno zostać podzielone stosownie do udziałów współwłaścicieli. Bowiem z chwilą powstania stosunku współwłasności prawo własności na rzeczy wspólnej ulega podziałowi odpowiednio do udziałów współwłaścicieli. Każdemu z uczestników przysługuje odtąd część jednego prawa własności, która co do treści (zawartości) równa się samemu prawu własności, a różni się od niego tylko objętością¹².

W obecnej rzeczywistości rynku nieruchomości znaczna ich część jest nabywana w drodze finansowania kredytowego. W umowach kredytowych banki oprócz zabezpieczenia w postaci hipoteki stosują także ubezpieczenie nieruchomości połączone z przelewem wierzytelności z umowy ubezpieczenia na bank (cesja). Ubezpieczyciel w wyniku podstawienia podmiotowego cesjonariusza – banku w miejsce właściciela nieruchomości jest zobowiązany wobec ostatniego do realizacji wypłaty odszkodowania. W praktyce ubezpieczyciele prowadzą proces likwidacji szkody wspólnie z ubezpieczonym do czasu ustalenia wysokości odszkodowania. Następnie występują do banku z zapytaniem o sposób w jaki ma nastąpić uregulowanie należności, tzn. czy odszkodowanie należy wypłacić na rachunek banku czy też cedenta (ubezpieczonego). Z punktu widzenia prawnego występowanie z ww. zapytaniem nie jest konieczne, skoro w drodze cesji uprawnionym do odszkodowania jest wyłącznie bank. Jednakże postępowanie takie wynika ze względów praktycznych, gdyż umowa cesji oraz adnotacja o przelewie wierzytelności poczyniona na polisie, zwykle nie zawierają numeru rachunku banku, co w przypadku zaistnienia szkody wiąże się z koniecznością wystąpienia do banku z prośbą o wskazanie właściwego numeru rachunku bankowego.

Uzgadnianie wysokości szkody

Po wizycie rzeczoznawcy ubezpieczeniowego ubezpieczony powinien otrzymać informację dotyczącą wyliczenia szkody. Dobrą praktyką wśród ubezpieczycieli jest przysyłanie wydruku sporządzonej wyceny ubezpieczonym. Niestety nie jest ona obecna u wszystkich ubezpieczycieli. W przypadku braku przesłania kosztorysu, ubezpieczony powinien wnioskować o jego udostępnienie na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Sporządzony kosztorys jest symulacją przewidywanych kosztów wiążących się z przeprowadzeniem remontu, jednakże wartości końcowe kosztorysu nie powinny odbiegać od ceny za daną usługę funkcjonującej na lokalnym rynku usług remontowych. Konsument musi być w takiej sytuacji uzbrojony w wiedzę dotyczącą możliwych kosztów remontu, a także dysponować kopią dokumentacji ubezpieczyciela mającą wpływ na ustalenie wysokości odszkodowania. W ten sposób uzyskuje możliwość sprawdzenia czy wycena jest sporządzona rzetelnie tj. odwzorowuje pełen zakres szkody, a także czy stawki za robociznę oraz materiały konieczne do przeprowadzenia remontu nie zostały zaniżone. Ubezpieczony jeżeli stwierdzi nieprawidłowości w wycenie powinien niezwłocznie wystąpić do ubezpieczyciela o korektę – ponowną wycenę, uwzględniającą uwagi ubezpieczonego.

W całym procesie likwidacji szkody, z uwagi na masowy charakter rozpatrywania roszczeń przez ubezpieczycieli, należy być czujnym na każdym jego etapie i alarmować ubezpieczyciela o stwierdzonych nieprawidłowościach, żądając ich usunięcia. W większości przypadków rozliczeń szkód, powstałe wątpliwości związane z kosztorysowym ustaleniem wysokości odszkodowania znikają, gdy ubezpieczony przeprowadzi naprawę i przedstawi rachunki dokumentujące koszt z tym związany. Choć przeprowadzenie naprawy nie warunkuje obowiązku po stronie ubezpieczyciela naprawienia szkody (obowiązek ten powstaje w chwili wyrządzenia szkody), to w praktyce likwidacji szkód mieszkaniowych rzadko osoby poszkodowane nie decydują się na przeprowadzenie naprawy. Powyższe postępowanie sprowadza się więc do nieprawidłowej sytuacji, w której ubezpieczony w pierwszej kolejności zmuszony jest do świadczenia osobistego, a następnie dopiero uzyskuje odszkodowanie za powstałą szkodę. Taki stan rzeczy nie odpowiada też istocie umowy ubezpieczenia, która przecież ma gwarantować wypłatę odpowiedniej sumy pieniężnej koniecznej do przeprowadzenia naprawy.

¹² E. Gniewek, *System Prawa Prywatnego. Prawo rzeczowe*, C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2007, t. III, s. 438.

Nieterminowa likwidacja szkody

Jeżeli ubezpieczyciel nie zajmuje stanowiska w sprawie w terminie określonym w umowie lub ustawie, wówczas na podstawie art. 16 ust. 2. ustawy o działalności ubezpieczeniowej powinien zawiadomić pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłacić bezsporną część odszkodowania. Nie dochowanie ww. wymogom skutkuje, o czym była mowa wyżej, obowiązkiem naprawienia szkody w postaci naliczenia i wypłaty odsetek ustawowych – art. 481 k.c.

Stosownie do treści art. 15 ustawy o działalności ubezpieczeniowej 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 ustawy, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. Ubezpieczyciel zajmuje więc stanowisko końcowe w sprawie rozpatrywanego roszczenia na podstawie poczynionych ustaleń dotyczących okoliczności faktycznych. Następnie, w rezultacie przeprowadzonych działań, analizuje stan faktyczny pod względem prawnym w celu ustalenia odpowiedzialności za szkodę. Powyższy proces nie musi zawsze kończyć się uznaniem roszczenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy rezultat poczynionych w sprawie działań skłania do jego oddalenia. Jednak wynik postępowania wyjaśniającego, aby mógł uchodzić za obiektywny, musi być przede wszystkim poparty zgromadzonym w aktach szkody materiałem dowodowym. Jeśli zatem w trakcie likwidacji szkody ujawniły się istotne wątpliwości co do odpowiedzialności za szkodę, wówczas czynności podejmowane przez zakład ubezpieczeń powinny mieć charakter całościowy, tzn. ubezpieczyciel powinien wykorzystać wszystkie dostępne mu możliwości (środki dowodowe) weryfikacji zgłoszonego roszczenia poprzez np. rozpytanie świadków, zlecenie sporządzenia opinii specjalistycznej.

W sytuacji całkowitej odmowy wypłaty odszkodowania albo tylko jego części, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do uzasadnienia stanowiska końcowego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej – art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W praktyce jednak, czego dowodem jest analiza licznych skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych, uzasadnienie stanowiska końcowego ubezpieczyciela bywa niestety lakoniczne. W takiej sytuacji ubezpieczony powinien wystąpić do ubezpieczyciela z wnioskiem o szczegółowe uzasadnienie stanowiska oraz na podstawie art. 16 ust. 4 ww. ustawy żądać udostępnienia informacji i dokumentów zgromadzonych w sprawie w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla ubezpieczonego, zaś koszty sporządzenia kserokopii ponoszone przez ubezpieczonego nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Po uzyskaniu kompletu dokumentacji należy wystąpić do ubezpieczyciela z odwołaniem albo skierować skargę do Rzecznika Ubezpieczonych na postępowanie ubezpieczyciela. Rzecznik Ubezpieczonych, podejmując interwencję, zwróci się do ubezpieczyciela o wyjaśnienie podstaw faktycznych i prawnych zajętego stanowiska w celu zbadania czy w trakcie postępowania związanego z rozpatrywanym roszczeniem nie doszło do naruszenia przepisów prawa.

Odwołanie a problem terminów

Na zakończenie należy poruszyć jeszcze jedno zagadnienie związane z kwestią kierowanych do zakładów ubezpieczeń odwołań i terminów ich rozpatrywania. Zakończenie postępowania likwidacyjnego nie zawsze jest uwieńczone sukcesem, tzn. zdarzają się przypadki, gdy ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub części albo wypłacona kwota odszkodowania jest zaniżona w stosunku do rzeczywistego rozmiaru szkody. Kwestionowanie stanowiska zakładu ubezpieczeń nie stanowi nowego roszczenia, a zatem stosowanie przepisów dotyczących terminów rozpatrywania roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, tj. terminu 30-dniowego jako adekwatnego do czasu rozpatrywania odwołania, nie powinno mieć miejsca. Ponadto spór co do wysokości odszkodowania nie stanowi okoliczności wymagającej wyjaśnienia, jak czasami argumentują to ubezpieczyciele, a co za tym idzie pozwalających na wypłatę odszkodowania w 14 dni po ich wyjaśnieniu lecz sprowadza się do weryfikacji dotychczas poczynionych w sprawie ustaleń. Zakłady ubezpieczeń, na podstawie stworzonych przez siebie procedur, ustalają termin np. 30-dniowy odpowiedzi na pismo złożone przez skarżącego.

Procedury te jednak nie wiążą osoby składającej to pismo, gdyż nie istnieją przepisy szczególne, które wprowadzałyby odrębny termin odpowiedzi na pismo odwoławcze od stanowiska zakładu ubezpieczeń, a jedynymi wiążącymi terminami są terminy zawarte w art. 817 § 1 i § 3 k.c. Z uwagi, iż składane przez ubezpieczających odwołania mają najczęściej związek z niewłaściwie przeprowadzonymi ustaleniami faktycznymi w zakresie wysokości szkody, proces weryfikacji poprawności tychże ustaleń powinien odbyć się w ramach terminów regulujących czas likwidacji szkody i w przypadku wydłużenia całego postępowania, skutkować naliczeniem odsetek za zwłokę w likwidacji szkody.

Podział i dziedziczenie środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu emerytalnego

Uwagi ogólne

Zgodnie z konstrukcją ubezpieczenia emerytalnego, część składki emerytalnej odprowadzanej od pobieranego wynagrodzenia za pracę przekazywana jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym. Tak gromadzone środki przeznaczone są na wypłatę, po osiągnięciu wieku emerytalnego, kapitałowej części emerytury. Gromadzeniu środków w otwartym funduszu emerytalnym towarzyszy zasada ograniczonego prawa do dysponowania nimi. Oznacza to, iż osoba ubezpieczona nie może dokonać wcześniejszej wypłaty środków z funduszu emerytalnego, nie może też, poza pewnymi wyjątkami, wystąpić z otwartego funduszu emerytalnego. Pomimo sygnalizowanego braku możliwości nieskrępowanego decydowania o środkach gromadzonych w funduszu, traktowane są one jako majątek osoby ubezpieczonej. Tym samym będą wchodziły w skład majątku wspólnego małżonków, a także będą podlegały dziedziczeniu na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej. Poniżej przedstawione zostaną reguły dotyczące podziału środków gromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych i podczas wypłacania świadczenia emerytalnego, do którego dochodzi w wypadku rozwodu lub unieważnienia małżeństwa lub w razie śmierci ubezpieczonego. Zasygnalizowane zostaną także zasady regulujące dziedziczenie środków przekazanych z otwartego funduszu emerytalnego do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych, w związku z przejściem członka otwartego funduszu emerytalnego na emeryturę.

Podział środków w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. nr 9, poz. 59, z późn. zm.), w art. 31 ust. 1 reguluje, iż z chwilą zawarcia małżeństwa powstaje między małżonkami z mocy ustawy wspólność majątkowa (wspólność ustawowa) obejmująca przedmioty majątkowe nabyte w czasie jej trwania przez oboje małżonków lub przez jednego z nich (majątek wspólny). Co istotne, ust. 2 tego artykułu podkreśla, iż do majątku wspólnego należą w szczególności środki zgromadzone na rachunku otwartego lub pracowniczego funduszu emerytalnego każdego z małżonków. Tym samym, o ile małżonkowie inaczej nie uregulowali łączących ich stosunków majątkowych, np. nie ustanowili rozdzielności majątkowej, środki zgromadzone na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym stanowią ich majątek wspólny.

Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2010 r., nr 34, poz. 189) ustaliła zasady podziału środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym w związku z rozwodem lub unieważnieniem małżeństwa. Zgodnie z art. 126 ustawy, jeżeli małżeństwo członka otwartego funduszu uległo rozwiązaniu przez rozwód lub zostało unieważnione, środki zgromadzone na rachunku członka funduszu, przypadające byłemu współmałżonkowi w wyniku podziału majątku wspólnego małżonków, są przekazywane w ramach wypłaty transferowej na rachunek byłego współmałżonka w otwartym funduszu. Tym samym, podziałowi podlegają wyłącznie te środki, które zostały zgromadzone podczas trwania wspólności majątkowej. Ponadto, co istotne, środki przypadające byłemu małżonkowi, przekazywane są na jego rachunek w otwartym funduszu emerytalnym. Małżonkowie powinni więc porozumieć się co do podziału majątku wspólnego, a tym samym ustalić w jaki sposób dokonują podziału środków zgromadzonych na rachunku lub rachunkach (oobojga byłych małżonków) w funduszu lub funduszach emerytalnych. W przypadku braku porozumienia co do podziału majątku wspólnego, konieczne będzie dokonanie sądowego podziału majątku.

Jeżeli byłym małżonkiem, uprawniony jest do otrzymania części środków zgromadzonych na rachunku w funduszu emerytalnym swego byłego małżonka, nie posiada rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, wówczas stosownie do postanowień art. 128 ustawy, zobowiązany jest do przystąpienia do wybranego przez siebie funduszu emerytalnego i poinformowania o tym fakcie funduszu, z którego mają być przekazane środki wynikające z podziału. Jeżeli takiej informacji nie udzieli w terminie 2 miesięcy od dnia przedstawienia dowodu podziału środków, otwarty fundusz, do którego należy drugi z byłych małżonków, niezwłocznie otworzy rachunek na nazwisko byłego małżonka uprawnionego i przekaże na ten rachunek, w ramach wypłaty transferowej, przypadające mu środki zgromadzone na rachunku jego byłego małżonka. Z chwilą otwarcia rachunku byłym współmałżonkiem uprawnionym uzyskuje członkostwo w funduszu. Fundusz niezwłocznie potwierdza na piśmie warunki członkostwa uprawnionego małżonka. Do realizacji wypłaty dochodzi zgodnie z zasadami dokonywania wypłat transferowych między funduszami emerytalnymi, a zatem dokonana będzie w jednym z czterech terminów: w lutym, maju, sierpniu lub listopadzie.

Osobom, które dotychczas nie posiadały rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, a którym otwarty fundusz emerytalny taki rachunek założył w związku z obowiązkiem przekazania na niego środków wynikających z podziału, przysługuje prawo do jednorazowej wypłaty wszystkich środków zgromadzonych na rachunku, jeżeli nastąpi jeden z trzech poniższych warunków. Po pierwsze, osoba taka złoży wniosek o wypłatę i jednocześnie przedłoży decyzję przyznającą emeryturę, zaopatrzenie emerytalne, emeryturę dla rolników lub uposażenie w stanie spoczynku. Po drugie, nienabędzie prawa do emerytury mimo ukończenia 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn. Sytuacja ta możliwa jest w przypadku osób objętych tzw. starym systemem emerytalnym. Będzie to więc możliwe w przypadku osiągnięcia wieku emerytalnego, jednak niewystarczającego do uzyskania prawa do emerytury okresu zatrudnienia. Po trzecie, wniosek



Mariusz Denisiuk
starszy specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

zostanie złożony przez osobę urodzoną przed dniem 1 stycznia 1969 r., jeżeli zgromadzone na ich rachunku środki w kwocie ustalonej w dniu złożenia wniosku nie są wyższe od kwoty stanowiącej 50% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale jeżeli otwarcie rachunku nastąpiło przed dniem 1 stycznia 2002 r. lub 150% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale jeżeli otwarcie rachunku nastąpiło po dniu 1 stycznia 2002 r.

Nie tracą prawa do wcześniejszej emerytury osoby, którym otwarty fundusz emerytalny otworzył rachunek na podstawie art. 128 ustawy. Ponadto, osobom które w powyższych okolicznościach stały się członkami otwartego funduszu emerytalnego, a osoby te mogły skorzystać z prawa do nieprzystępowania do otwartego funduszu emerytalnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie odprowadza na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym części składki emerytalnej. Powyższe uregulowania zawarte są w art. 129a ustawy.

Podział środków w razie śmierci członka funduszu emerytalnego

Ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych przewiduje wypłatę środków zgromadzonych na rachunku osoby ubezpieczonej w związku z jej śmiercią w dwóch częściach. Pierwszą jest część należna małżonkowi zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego, drugą jest część należna osobie wskazanej (uposażonej) przez zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego.

Zgodnie z postanowieniem art. 131 ustawy, otwarty fundusz emerytalny dokonuje wypłaty transferowej połowy środków zgromadzonych na rachunku zmarłego na rachunek małżonka zmarłego w otwartym funduszu, w zakresie, w jakim środki te stanowiły przedmiot małżeńskiej wspólności majątkowej. Jeżeli więc małżonkowie pozostawali w ustawowej wspólności majątkowej, a zatem nie miało miejsca żadne umowne ograniczenie wspólności, na rachunek małżonka, prowadzony w otwartym funduszu emerytalnym, zostanie przelana połowa zgromadzonych środków. Jeżeli małżonek nie ma rachunku w otwartym funduszu emerytalnym i nie założy go samodzielnie, fundusz w którym gromadzone były środki, zobowiązany jest taki rachunek założyć. W takim przypadku aktualne są zasady wypłaty dotyczące podziału środków w razie rozwodu lub unieważnienia małżeństwa. Podstawą do wypłaty będą więc stosunki majątkowe potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Wypłata dokonywana jest w terminach wskazanych dla wypłat transferowych, a zatem w miesiącach lutym, maju, sierpniu lub listopadzie, jednak nie wcześniej niż w terminie jednego miesiąca od przedstawienia dokumentów potwierdzających uprawnienie do wypłaty. Są nimi odpis aktu zgonu, odpisu aktu małżeństwa oraz pisemne oświadczenie stwierdzające, czy do chwili śmierci członka funduszu nie zaszły żadne zmiany w stosunkach majątkowych między małżonkami.

Środki zgromadzone na rachunku zmarłego członka otwartego funduszu emerytalnego, które nie zostaną wypłacone małżonkowi ubezpieczonego, przekazywane są, zgodnie z postanowieniem art. 132 ustawy, osobom uposażonym przez zmarłego. Należy przypomnieć, iż przystępując do otwartego funduszu emerytalnego, członek funduszu może wskazać osoby upoważnione do otrzymania pozostałej części zgromadzonych środków. Wypłaty takiej dokonuje się w terminie trzech miesięcy, ale nie wcześniej niż w terminie jednego miesiąca, od dnia przedstawienia funduszowi urzędowego dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej. Wypłata dokonywana bezpośrednio na rzecz osoby wskazanej przez zmarłego następuje w formie wypłaty jednorazowej lub w formie wypłaty w ratach płatnych przez okres nie dłuższy niż 2 lata, zgodnie z pisemną dyspozycją osoby uprawnionej. Jeżeli osobą uprawnioną jest małżonek zmarłego członka funduszu, wówczas wypłata może być przekazana, jeśli takie będzie jego żądanie na rachunek w otwartym funduszu emerytalnym.

W razie braku osób wskazanych przez zmarłego, zgromadzone środki wchodzą w skład spadku. W takim przypadku powyższe zasady stosuje się odpowiednio do spadkobierców, którzy dodatkowo obowiązani są przedłożyć funduszowi prawomocne stwierdzenie nabycia spadku.

Dziedziczenie środków przekazanych do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych

Zgodnie z przepisem art. 20 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. nr 228, poz. 1507), po osiągnięciu 65 roku życia, nabywając prawo do emerytury kapitałowej i tym samym przystępując do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych, emeryt może wskazać imiennie jedną lub kilka osób uposażonych, na rzecz których po jego śmierci ma nastąpić wypłata jednorazowego świadczenia pieniężnego, zwana wypłatą gwarantowaną.

Osoba uposażona, zgodnie z dyspozycją emeryta, nabywa prawo do całości albo części wypłaty gwarantowanej, jeżeli śmierć emeryta nastąpiła w ciągu trzech lat od dnia przekazania składki do funduszu dożywotnich emerytur kapitałowych. Brak wskazania osoby uposażonej oznacza wskazanie jako osoby uposażonej małżonka, o ile w chwili śmierci emeryta pozostawał z nim we wspólności ustawowej, a w przypadku gdy nie posiada małżonka, z którym pozostawał we wspólności ustawowej, wypłata gwarantowana wchodzi w skład spadku. Jeżeli emeryt wskazał kilka osób uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w wypłacie gwarantowanej, uważa się, że udziały tych osób są równe.

Ponadto, emeryt może w każdym czasie zmienić poprzednią dyspozycję, wskazując inne osoby uposażone zamiast lub oprócz osób dotychczas wskazanych, jak również oznaczając w inny sposób udział wskazanych osób w wypłacie środków, albo odwołać poprzednią dyspozycję, nie wskazując żadnych innych osób.

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych rozważań, środki gromadzone w kapitałowej części systemu emerytalnego, w odróżnieniu od środków gromadzonych na rachunku prowadzonym w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, podlegają podziałowi między małżonkami w razie rozwodu, a w razie śmierci osoby ubezpieczonej podlegają pewnemu rodzajowi dziedziczenia. W tym miejscu należy podkreślić, iż dla skutecznej i szybkiej realizacji wypłat związanych z opisywanymi przypadkami, niezbędne jest stałe aktualizowanie danych dotyczących małżonka, stosunków majątkowych oraz osób uprawnionych do uzyskania środków zgromadzonych na rachunku w funduszu.

Najczęstsze problemy zgłaszane do Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych – I kwartał 2010 r.

Rola Rzecznika Ubezpieczonych jako ośrodka informacji i edukacji prawno–ubezpieczeniowej wzrasta z roku na rok. Działalność edukacyjno–informacyjna Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych prowadzona jest m.in. w ramach dziesięciogodzinnych dyżurów telefonicznych pełnionych przez ekspertów Biura.

Od 2002 r. prowadzona jest ewidencja rozmów telefonicznych w zakresie ubezpieczeń gospodarczych. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe i organizacyjne początkowo dyżury telefoniczne prowadzone były jedynie w godzinach pracy Biura Rzecznika Ubezpieczonych, wyłącznie przez etatowych pracowników. Jednak, z uwagi na pojawiające się sygnały ze strony konsumentów, iż dyżury w godzinach przedpołudniowych nie są dla wszystkich dostępne, rozszerzono czas trwania dyżuru telefonicznego ekspertów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych również o godziny popołudniowe.

W trakcie trwającego od poniedziałku do piątku – nieprzerwanie 10 godzin dziennie – dyżuru telefonicznego (od godz. 9.00 do 19.00) eksperci udzielający wskazówek, wyjaśnień i odpowiedzi na poruszane w rozmowie kwestie w ten bezpośredni sposób starają się rozwiązać bieżące problemy z jakimi zwracają się telefonujące osoby. Taka forma kontaktów jest pozytywnie oceniana przez konsumentów, którzy oczekują natychmiastowej, rzeczowej i bezpłatnej pomocy, a także ukierunkowania co do dalszych możliwości i sposobów samodzielnego prowadzenia sprawy. W ramach poradnictwa telefonicznego można bowiem otrzymać informację prawno–ubezpieczeniową, stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w odniesieniu do najczęściej pojawiających się problemów, wytyczne co do dalszego prowadzenia sprawy, a także przykładowe orzeczenia sądów, a zwłaszcza Sądu Najwyższego. W trakcie przeprowadzanych rozmów telefonicznych dyżurujący eksperci często proponują skorzystanie z profesjonalnych informacji zamieszczonych na stronie internetowej Rzecznika (www.rzu.gov.pl). Można tam znaleźć odpowiedzi na najczęściej nurtujące konsumentów pytania, przepisy prawne, bazę orzecznictwa z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, bazę przykładowych wzorów odwołań od stanowiska zakładu ubezpieczeń, wezwań do zapłaty odszkodowania, ugód zawieranych z ubezpieczycielem, oraz wzory pozwów o zapłatę. Informacje te mogą okazać się dla konsumenta bardzo pomocne w samodzielnym prowadzeniu i załatwieniu sprawy. Dyżurujący eksperci informują również o możliwości złożenia pisemnej skargi / wniosku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych z prośbą o zbadanie sprawy, a także przedstawiają zasady i tryb rozpatrywania wniesionej skargi.

Napływające drogą telefoniczną sygnały od konsumentów są bogatym źródłem wiedzy o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego, a także pozwalają na wczesne i szybkie reagowanie na dostrzeżone i sygnalizowane nieprawidłowe zjawiska występujące po stronie ubezpieczycieli w trakcie likwidacji szkód. Często pojawiające się sygnały w trakcie prowadzonego poradnictwa telefonicznego mają następnie swoje odzwierciedlenie w napływających pisemnych skargach np. problem dopuszczalności dochodzenia przez ubezpieczycieli roszczeń o zapłatę zaległej (często przedawnionej) raty składki za obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Rzecznik Ubezpieczonych, z uwagi na ogromną skalę zainteresowania poradnictwem telefonicznym, dostrzega konieczność uruchomienia drugiej równoległej działającej infolinii. Liczba udzielonych przez ekspertów Biura porad telefonicznych w I kwartale 2010 r. wyniosła 3 274 tj. przeprowadzono o 77 rozmów więcej w porównaniu do analogicznego okresu 2009 r. Ten nieznaczny wzrost wynika z faktu, iż funkcjonuje tylko jedna infolinia, która jest wyjątkowo oblegana przez konsumentów potrzebujących często kompleksowej porady prawno–ubezpieczeniowej. Dla zobrazowania stale rosnącej liczby przeprowadzanych rozmów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, mimo ograniczeń technicznych ze strony Biura, należy wskazać, że w 2006 r. przeprowadzono 9 081 rozmów, w 2007 r. udzielono 9 504 porad, w 2008 r. – 10 003, a w minionym roku – 11 479. Biorąc pod uwagę liczbę udzielonych porad w trakcie telefonicznych dyżurów eksperckich z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I kwartale 2010 r., należy przypuszczać, że na koniec bieżącego roku liczba przeprowadzonych rozmów może przekroczyć 13 000. Uruchomienie równoległej do obecnie działającej infolinii mogłoby spowodować zaspokojenie potrzeb konsumentów na korzystanie z tej szybkiej i profesjonalnej formy pomocy, a liczba udzielanych porad prawdopodobnie wzrosłaby dwukrotnie. Niestety jej uruchomienie wiąże się z poniesieniem dodatkowych kosztów organizacyjnych, przede wszystkim związanych z zatrudnieniem wykwalifikowanych prawników, ekspertów z zakresu ubezpieczeń gospodarczych.

W I kwartale 2010 r. w zakresie ubezpieczeń gospodarczych przeprowadzono 3 274 rozmowy telefoniczne (tabela nr 1, wykres do tab. nr 1). Dla porównania, w analogicznym okresie 2009 r. udzielono 3 197 porad.

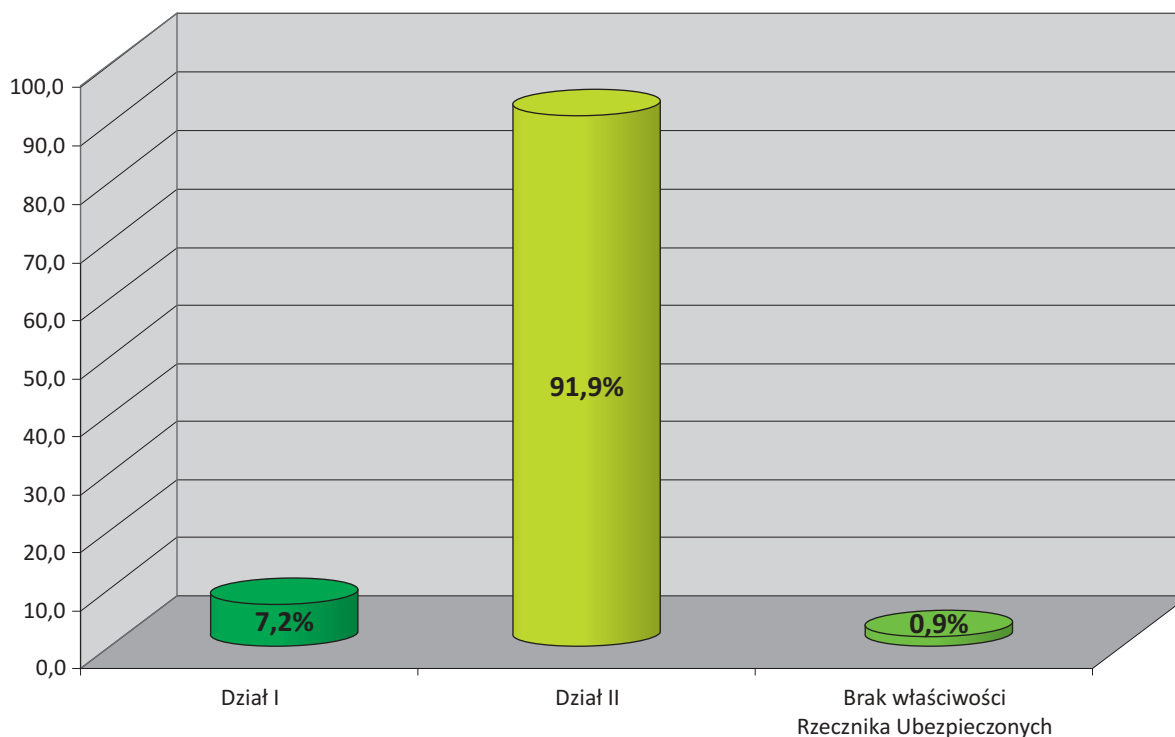
W zakresie ubezpieczeń na życie (dział I) odnotowano łącznie 235 porad, co stanowiło 7,2% przeprowadzonych rozmów. W tej grupie spraw niewielka część rozmów tj. 0,2% dotyczyła umów zawartych przed 1989 r. przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń, a realizowanych obecnie przez PZU Życie S.A. (tzw. stary portfel). Rozmowy z tego zakresu dotyczyły głównie zbyt niskiej kwoty ustalonego (waloryzowanego) świadczenia z tytułu ubezpieczenia dzieci tzw. ubezpieczeń posagowych i ubezpieczeń renty odroczonej. W odniesieniu do ubezpieczeń na życie zawartych po 1989 r. odnotowano 230 rozmów, co stanowiło 7,0% udzielonych porad. Najczęściej podnoszone w rozmowach zarzuty dotyczyły odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na życie, interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, sporu co do wysokości przyznanego świadczenia wynikającego często z zaniżania przez ubezpieczycieli procentowego uszczerbku na zdrowiu, bądź

prośby o udzielenie wskazówek co do dalszego prowadzenia sprawy. W rozmowach z tego zakresu poruszane były kwestie związane z umowami na życie zawieranymi za pośrednictwem banku tzw. bancassurance, wydatkami poniesionymi na leczenie, interpretacją pojęć, takich jak np.: szpital, zawał serca, macocha, ojczym, a także okolicznościami odnoszącymi się do stanu faktycznego zdarzenia. W trakcie udzielanych porad konsumenci poruszali również kwestie towarzyszące okolicznościom zawierania umowy ubezpieczenia na życie. Rozmówcy często wskazywali na brak profesjonalnej i rzetelnej informacji ze strony pośrednika ubezpieczeniowego o przedstawianej ofercie ubezpieczeniowej, a w konsekwencji tego zakup produktu nieadekwatnego do oczekiwań i możliwości finansowych ubezpieczonego.

Tabela nr 1
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I kwartale 2010 r.

Lp.	Podział skarg	Liczba	%
1.	Dział I – Ubezpieczenia na życie	235	7,2
2.	Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	3010	91,9
3.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	29	0,9
4.	Ogółem	3274	100

Wykres do tab. nr 1
Podział rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I kwartale 2010 r.



W przedstawianym okresie sprawozdawczym odnotowano łącznie 3 010 rozmów z zakresu problematyki pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (dział II), co stanowiło 91,9% wszystkich udzielonych porad.

Najliczniejsza grupa rozmów odnoszących się do ubezpieczeń działu II, podobnie jak w minionych latach, bo aż 2 436 (tj. 74,4% ogółu udzielonych porad) dotyczyła problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych. W tej grupie spraw dominują rozmowy dotyczące zagadnień związanych z obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Stanowiły one 60,3% wszystkich przeprowadzonych rozmów (tabela nr 2).

W zakresie ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych rozmówcy najczęściej zgłaszali uwagi i zapytania o sposób likwidacji szkody metodą szkody całkowitej. Wskazywali, że często ubezpieczyciele zaniżają wartość pojazdu w stanie sprzed szkody, a zawyżają wartość wraku / pozostałości, nie udzielając jednocześnie pomocy w ich zbyciu za ustaloną cenę. Pozostałe rozmowy dotyczyły m.in. uzyskania odszkodowania za wynajem pojazdu zastępczego, prawa osoby poszkodowanej do decydowania o wyborze części stosowanych do naprawy pojazdu, zasadności stosowania przez ubezpieczycieli amortyzacji części, problematyki wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu, obniżania przez zakłady ubezpieczeń stawek za roboczo-godziny oraz kwestii związanych z podatkiem VAT.

Tabela nr 2
Tematyka rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów telefonicznych
z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I kwartale 2010 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
DZIAŁ I – Ubezpieczenia na życie	235	7,2
– Ubezpieczenia zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel)	5	0,2
– Ubezpieczenia zawarte po 1989r.:	230	7,0
– Ubezpieczenia na życie	153	4,7
– Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	9	0,3
– Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	22	0,6
– Ubezpieczenia rentowe	1	0,0
– Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	45	1,4
DZIAŁ II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	3010	91,9
Ubezpieczenia komunikacyjne:	2436	74,4
– OC	1973	60,3
– AC	431	13,2
– NNW kierowcy i pasażerów	17	0,5
– Zielona Karta	8	0,2
– Assistance	7	0,2
Ubezpieczenia OC (pozostałe):	187	5,7
– OC zarządcy drogi	51	1,6
– OC przedsiębiorcy	51	1,6
– OC spółdzielni/zarządcy nieruchomości	31	0,9
– OC wykonywanego zawodu	14	0,4
– OC inne	14	0,4
– OC w życiu prywatnym	13	0,4
– OC lekarzy/szpitali	8	0,2
– OC przewoźnika	5	0,2
Ubezpieczenia mienia:	134	4,1
– Ubezpieczenia mieszkania/domu	117	3,6
– Ubezpieczenia mienia ruchomego	17	0,5
Ubezpieczenia kredytu	46	1,4
Ubezpieczenia NNW:	39	1,2
– Ubezpieczenia NNW	30	0,9
– Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	9	0,3
Ubezpieczenia turystyczne:	29	0,9
– Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	13	0,4
– Ubezpieczenia NNW	9	0,3
– Ubezpieczenia kosztów transportu do kraju	3	0,1
– Ubezpieczenia bagażu i sprzętu turystycznego	2	0,1
– Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	1	0,0
– Ubezpieczenia OC	1	0,0
Obowiązkowe ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	20	0,6
OC rolników	16	0,5
Dobrowolne ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	4	0,1
Ubezpieczenia kosztów leczenia	4	0,1
Ubezpieczenia dziennego pobytu szpitalnego	4	0,1
Gwarancje ubezpieczeniowe	1	0,0
Ubezpieczenia kart płatniczych i kont osobistych	1	0,0
Ubezpieczenia operacji	1	0,0
Brak wskazania rodzaju ubezpieczenia	88	2,7
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	29	0,9
Ogółem	3274	100

Znaczna część rozmów odnosiła się do występowania tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego dochodziło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza lub w przypadku zmiany dotychczasowego ubezpieczyciela. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych pomimo, że w obecnym stanie prawnym nie ma przepisów pozwalających na rozwiązanie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczający powinien mieć możliwość rozwiązania jednej z umów. Należy mieć jednak nadzieję, że trwające w Ministerstwie Finansów prace nad zmianą ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK pozwolą na wyeliminowanie problemu występowania tzw. podwójnego ubezpieczenia w zakresie OC.

W grupie spraw z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych drugie miejsce zajmują rozmowy dotyczące ubezpieczeń autocasco, które stanowiły 13,2% ogółu porad. Przedstawiane problemy związane były najczęściej z likwidacją szkody metodą szkody całkowitej. Często wynikały one z mało starannego i profesjonalnego określenia wartości pojazdu przy zawieraniu ubezpieczenia i przy likwidacji szkody.

Pozostałe rozmowy przeprowadzone w tej grupie spraw w zakresie ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów, ubezpieczeń assistance oraz Zielonej Karty nie przekroczyły 1% udzielonych porad.

Kolejne miejsce pod względem liczby rozmów (187, co stanowiło 5,7% wszystkich rozmów) zajmowała tematyka ubezpieczeń OC (szczegółowe dane przedstawia tabela nr 2). Wysoka pozycja udzielonych porad z zakresu ubezpieczeń OC wynika z faktu, że tegoroczna zima wyrządziła wiele szkód spowodowanych niewłaściwym utrzymaniem stanu dróg, chodników, dachów oraz znajdujących się w ich sąsiedztwie nieruchomości. Rozmowy te dotyczyły przede wszystkim odmowy wypłaty odszkodowania z uwagi na brak ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zawartej umowy, prośby o wskazanie podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody, a także zakresu przysługujących świadczeń. Część rozmów wskazywała na brak należytego określenia przez ubezpieczyciela zakresu i wysokości szkody oraz nieterminowej jej likwidacji.

Następne miejsce zajmowały rozmowy dotyczące problematyki ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 134 rozmowy (4,1%), w tym ubezpieczenia mieszkania lub domu – 117 (3,6%), a ubezpieczenia mienia ruchomego – 17 (0,5%). W rozmowach z tego zakresu poruszane były kwestie zbyt rygorystycznych ograniczeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wynikających z treści o.w.u. skutkujących całkowitą odmową odszkodowania, wypłaty odszkodowania nieadekwatnego do rozmiaru poniesionej szkody i opieszałego prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

Kolejną grupę udzielonych porad stanowiły rozmowy odnoszące się do ubezpieczenia kredytu – 46 spraw tj. 1,4%. Znaczna ich część dotyczyła rozmów przeprowadzonych z kredytobiorcą lub z członkami rodzin zmarłego kredytobiorcy, którzy otrzymali odmowę pomocy w spłacie zaciągniętego kredytu lub odmowę zwrotu części składki ubezpieczeniowej w sytuacji wcześniejszej spłaty kredytu.

Rozmów z zakresu ubezpieczenia NNW odnotowano łącznie 39, co stanowiło 1,2%, w tym ubezpieczeń NNW młodzieży szkolnej 9 (0,3%). W rozmowach poruszane były kwestie związane z odmową wypłaty świadczenia z uwagi na ograniczony zakres ochrony wynikający z zawartej umowy, przyznaniem zaniżonego świadczenia z uwagi na niską sumę ubezpieczenia, a także dotyczyły prośby o interpretację przepisów ubezpieczeniowych.

Pozostałe grupy rozmów nie przekroczyły 1% ogółu udzielonych porad, które zostały przeprowadzone w I kwartale 2010 r. podczas eksperckich dyżurów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych (szczegółowe dane zawiera tabela nr 2).

W przedstawianym okresie sprawozdawczym w przeprowadzonych rozmowach telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w sześciu grupach problemów (tabela nr 3):

- 1) sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania – 20,8% ogółu rozmów;
- 2) oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 15,3%;
- 3) opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym – 12,2%;
- 4) tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 11,3%;
- 5) prośby o ukierunkowanie w działaniu np. odnośnie sposobu postępowania w przypadku powstania szkody, katalogu przysługujących roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia czy prowadzenia postępowania reklamacyjnego – 11,2%;
- 6) interpretacji przepisów ubezpieczeniowych – 9,9%.

Rozmówcy wskazywali również na kwestie związane m.in. z:

- inną przyczyną rozmowy nieokreśloną w tabeli nr 2 – 8,1%;
- ze sposobem naliczania, wysokością, zwrotem, wezwaniem do zapłaty składki lub odmową przejęcia opłacania składek;
- zbyt uciążliwymi procedurami stosowanymi przez ubezpieczycieli w trakcie procesu likwidacji szkody;
- problemem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Pozostałe zarzuty, podnoszone podczas przeprowadzonych rozmów telefonicznych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, nie przekroczyły 1% ogółu rozmów.

W trakcie udzielanych przez dyżurujących ekspertów porad w odniesieniu do szkód na mieniu poruszano najczęściej kwestie związane z:

- sposobem likwidacji szkody w przypadku szkody całkowitej;
- wypłatą odszkodowania z tytułu wynajęcia pojazdu zastępczego;
- możliwością wyboru części stosowanych do naprawy pojazdu (części oryginalne a części alternatywne – zamienniki);

Tabela nr 3
Zarzuty podniesione podczas rozmów telefonicznych z zakresu
ubezpieczeń gospodarczych w I kwartale 2010 r.

Lp.	Przyczyna rozmowy	Liczba	%
1.	Odmowa, zaniżona wartość, opieszałość w wykupie polisy Dział I	8	0,2
2.	Nieprawidłowe zarządzanie polisą Dział I	3	0,1
3.	Zmiana sumy ubezpieczenia Dział I	1	0,0
4.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia Dział I	681	20,8
	Dział II	21	0,6
		660	20,2
5.	Oddalenie roszczenia Dział I	500	15,3
	Dział II	80	2,5
		420	12,8
6.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym Dział I	399	12,2
	Dział II	14	0,4
		385	11,8
7.	Prośba o ukierunkowanie w działaniu Dział I	367	11,2
	Dział II	21	0,6
		346	10,6
8.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych Dział I	324	9,9
	Dział II	33	1,0
		291	8,9
9.	Sposób naliczania, wysokość, zwrot, wezwanie do zapłaty składki, odmowa przejścia opłacania składek Dział I	116	3,6
	Dział II	6	0,2
		110	3,4
10.	Procedury ubezpieczeniowe Dział I	99	3,0
	Dział II	8	0,2
		91	2,8
11.	Problem z rozwiązaniem umowy Dział I	44	1,3
	Dział II	3	0,1
		41	1,2
12.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy Dział I	4	0,1
	Dział II	3	0,1
		1	0,0
13.	Podwójne ubezpieczenie Dział II	369	11,3
14.	Roszczenie regresowe Dział II	26	0,8
15.	Odmowa/utrudnienia wglądu w akta szkodowe Dział II	17	0,5
16.	Opieszałość w przekazywaniu akt do UFG Dział II	14	0,4
17.	Kara za brak OC Dział II	9	0,3
18.	Inna przyczyna rozmowy Dział I	264	8,1
	Dział II	34	1,1
		230	7,0
19.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	29	0,9
20.	Ogółem	3274	100

- amortyzacją części stosowanych przez zakłady ubezpieczeń;
- podatkiem VAT;
- działalnością infolinii zakładów ubezpieczeń;
- odszkodowaniem z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu;
- obniżaniem przez ubezpieczycieli stawek za roboczogodzinę;
- zwrotem kosztów holowania i parkowania pojazdu.

Natomiast w odniesieniu do szkód na osobie konsumentów najczęściej oczekiwali informacji, porady w zakresie:

- wyjaśnienia czym jest zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, jakie są jego cechy i co należy wziąć pod uwagę przy wyliczaniu wysokości zadośćuczynienia;
- zwrotu kosztów poniesionych na leczenie, bądź rehabilitację osoby poszkodowanej;
- roszczenia o utracone zarobki;
- zadośćuczynienia pieniężnego dla najbliższych członków rodziny zmarłego.

Część rozmów dotyczyła sporu co do okoliczności faktycznych zdarzenia, a także ustalania przez ubezpieczycieli odszkodowania nieadekwatnego do rozmiaru szkody poprzez nieuwzględnianie w całości wnoszonego roszczenia lub zaniżanie procentowego uszczerbku na zdrowiu będącego podstawą do określenia wysokości świadczenia.

Tabela nr 4

Liczba rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych w I kwartale 2010r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń dział I – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.12.2009r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	udział z.u. w rynku działu I w % (stan na 31.12.2009r.)*
1.	AEGON TU na Życie S.A.	1	0,426	2,113
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	5	2,128	6,128
3.	PAPUnŻiR Amplico Life S.A.	10	4,255	5,161
4.	AVIVA TU na Życie S.A.	9	3,830	5,502
5.	AXA ŻYCIE TU S.A.	13	5,532	2,058
6.	BENEFIA TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group	-	-	1,359
7.	BZ WBK AVIVA TU na Życie S.A.	-	-	0,561
8.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	12	5,106	1,278
9.	TU na Życie Compensa S.A. Vienna Insurance Group	5	2,128	1,018
10.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	-	-	0,110
11.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	6	2,553	1,652
12.	TU na Życie Europa S.A.	4	1,702	8,893
13.	Generali Życie TU S.A.	10	4,255	3,994
14.	HDI-Gerling Życie TU S.A.	3	1,277	0,587
15.	ING TU na Życie S.A.	4	1,702	8,416
16.	TU INTER ŻYCIE Polska S.A.	-	-	0,006
17.	LINK 4 LIFE TU na Życie S.A.	-	-	0,009
18.	MACIF Życie TUW	1	0,426	0,020
19.	MetLife TU na Życie S.A.	-	-	0,407
20.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	2	0,851	4,002
21.	TU na Życie Polisa Życie S.A.	4	1,702	0,264
22.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	-	-	0,508
23.	PZU Życie S.A.	108	45,957	32,754
	– Ub. zawarte przed 1989r. (tzw. Stary portfel)	5	2,128	
	– Ub. na życie zawarte po 1989r.	103	43,829	
24.	TUW Rejent Life	-	-	0,037
25.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	2	0,851	0,065
26.	Skandia Życie TU S.A.	2	0,851	1,093
27.	TU SKOK Życie S.A.	1	0,426	0,207
28.	UNIQA TU na Życie S.A.	1	0,426	3,173
29.	Uniwersum Życie TU S.A.	-	-	0,015
30.	TUnŻ WARTA S.A.	6	2,553	8,608
31.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	3	1,277	-

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale I.

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4/2009

W tabelach nr 4 i 5 przedstawiono informacje o poszczególnych podmiotach funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeniowym prowadzących działalność w zakresie ubezpieczeń na życie – dział I oraz w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych – dział II. Informacje te zawierają liczbę przeprowadzonych rozmów telefonicznych wraz z procentem ogólnej liczby rozmów oraz dane o udziale w rynku każdego z wymienionych podmiotów, za podstawę przyjmując zebraną składkę brutto.

Analizując liczbę rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych – w przedstawianym okresie sprawozdawczym – pod kątem działalności podmiotów działu I odnotowano łącznie 235 rozmów tj. 7,2% ogółu udzielonych porad (tabela nr 4).

Zestawienie danych odnoszących się do liczby rozmów na poszczególne Zakłady Ubezpieczeń i Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych działu I dotyczyło 30 podmiotów. Porównując procentowy udział zakładu ubezpieczeń w rynku do procentowego udziału w ogólnej liczbie skarg widoczne jest, że 10 z nich odnotowało wynik, polegający na mniejszym udziale w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W przypadku pozostałych 11 podmiotów wynik ten był odmienny. Wobec 9 zakładów ubezpieczeń działu I nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego. Trzy rozmowy odnosiły się do działalności zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Jedna rozmowa dotyczyła działalności UFG w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń na życie.

W odniesieniu do 23 przypadków rozmówcy nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w dziale I.

W I kwartale 2010 r. odnotowano łącznie 3 010 rozmów odnoszących się do działalności podmiotów działu II, co stanowiło 91,9% wszystkich udzielonych porad (tabela nr 5).

Zestawienie danych odnoszących się do rozmów na postępowanie Zakładów Ubezpieczeń i Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych, prowadzących działalność ubezpieczeniową w dziale II dotyczyło 34 podmiotów. Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału rozmów w ich ogólnej liczbie widoczne jest, że w 14 przypadkach odnotowano rezultat w postaci mniejszego udziału w rozmowach aniżeli ich udział w rynku. W odniesieniu do 12 podmiotów wynik ten jest odmienny. Wobec 8 zakładów ubezpieczeń działu II nie odnotowano żadnego zapytania telefonicznego.

W 40 przeprowadzonych rozmowach poruszano kwestie związane z działalnością UFG, natomiast 2 rozmowy odnosiły się do funkcjonowania PBUK. W 143 sprawach porady dotyczyły działalności oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń, w 10 przypadkach wskazano jako podmiot zagraniczny zakład ubezpieczeń, 4 rozmowy odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń jako reprezentant do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący zakładem ubezpieczeń.

W odniesieniu do 292 udzielonych porad konsumenci nie wskazali nazwy zakładu ubezpieczeń działu II.

W trakcie dyżurów telefonicznych przeprowadzono 29 rozmów, które pozostawały poza zakresem kompetencyjnym Rzecznika Ubezpieczonych, co stanowiło 0,9% ogółu porad.

Mimo, że można zauważyć stale rosnącą świadomość prawno-ubezpieczeniową konsumentów, jest ona nadal niewystarczająca w sporze prowadzonym z silniejszą stroną umowy ubezpieczenia jaką jest zakład ubezpieczeń. Przejawia się to przede wszystkim poprzez wyjątkowe zainteresowanie bezpośrednią formą pomocy świadczoną przez ekspertów Biura Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie udzielanych porad telefonicznych. Eksperskie dyżury telefoniczne są przyjazną, profesjonalną i bezpłatną formą pomocy dla osób pragnących uzyskać informację z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Taka forma kontaktu daje bowiem zainteresowanym jednakowe możliwości szybkiego uzyskania informacji lub porady, zarówno o charakterze ogólnym jak i szczegółowym, bez względu na miejsce zamieszkania. Z tych względów, telefoniczne dyżury eksperckie stały się bardzo cenioną przez konsumentów usług ubezpieczeniowych formą pomocy i doradztwa.

Tabela nr 5

Liczba rozmów przeprowadzonych w trakcie dyżurów telefonicznych w I kwartale 2010r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II – w porównaniu do ich udziału w rynku (stan na 31.12.2009r.)*

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba rozmów	Procent ogólnej liczby rozmów	udział z.u. w rynku działu I w % (stan na 31.12.2009r.)*
1.	TUiR Allianz Polska S.A.	159	5,282	7,604
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	74	2,458	0,957
3.	AXA TUiR S.A.	2	0,066	0,273
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	38	1,262	0,872
5.	BRE Ubezpieczenia TU S.A.	17	0,565	0,446
6.	BZ WBK AVIVA TU Ogólnych S.A.	–	–	0,470
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	119	3,953	3,433
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	1	0,033	0,066
9.	STU Ergo Hestia S.A.	194	6,445	10,369
10.	TU Euler Hermes S.A.	–	–	0,987
11.	TU Europa S.A.	9	0,299	1,659
12.	Generali TU S.A.	106	3,522	3,468
13.	HDI Asekuracja TU S.A.	122	4,053	3,983
14.	HDI Gerling Polska TU S.A.	2	0,066	0,420
15.	TU INTER Polska S.A.	6	0,199	0,322
16.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	89	2,957	3,652
17.	KUKE S.A.	–	–	0,133
18.	Link 4 TU S.A.	170	5,648	1,107
19.	MTU Moje TU S.A.	114	3,787	2,152
20.	TUiR Partner S.A.	–	–	0,002
21.	Polskie Towarzystwo Reasekuracyjne S.A.	–	–	1,297
22.	PTU S.A.	102	3,389	2,094
23.	TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group	54	1,794	1,067
24.	PZU S.A.	674	22,392	36,992
25.	Signal Iduna Polska TU S.A.	5	0,166	0,340
26.	UNIQA TU S.A.	98	3,256	3,658
27.	TUiR WARTA S.A.	321	10,664	8,829
28.	TUW Bezpieczny Dom	–	–	0,000
29.	Concordia Polska TUW	–	–	0,926
30.	TUW Cuprum	–	–	0,107
31.	Pocztowe TUW	5	0,166	0,178
32.	TUW SKOK	1	0,033	0,792
33.	TUW TUW	42	1,395	1,105
34.	TUW TUZ	4	0,133	0,240
35.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	134	4,452	–
	– AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	67	2,226	
	– Liberty Seguros Oddział w Polsce	62	2,060	
	– Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce	1	0,033	
	– pozostałe	4	0,133	
36.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	10	0,332	–
37.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU	4	0,133	–

* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II.

Źródło: www.knf.gov.pl – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 4 / 2009.

Podstawowe informacje na temat obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i jego podstaw prawnych

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie podstawowych informacji na temat obowiązkowego ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych. Z uwagi na poradnikowy charakter opracowania zawiera ono sformułowania uproszczone, które powinny być traktowane wyłącznie jako materiał edukacyjno – informacyjny kierowany do konsumentów usług ubezpieczeniowych celem zapoznania ich z konstrukcją i mechanizmami tego masowego ubezpieczenia.

Każdy właściciel pojazdu mechanicznego (a więc samochodu, motoru, ciągnika rolniczego, a nawet przyczepy) ma obowiązek zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC). Jest to ubezpieczenie, o szczególnej wadze, chroniące przede wszystkim osoby, które mogą zostać poszkodowane wskutek wypadku spowodowanego przez taki pojazd. Zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ma taki skutek dla poszkodowanego, że może on być pewny, że zostanie dokonana rekompensata poniesionych przez niego szkód. Poszkodowany nie jest narażony na to, że sprawcy nie będzie stać na naprawienie szkody lub że wyrządzona szkoda zostanie naprawiona zbyt późno albo w ogóle nie zostanie naprawiona. Poszkodowany może dochodzić swoich roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, którego majątek z założenia powinien być znacznie większy od majątku sprawcy szkody. Właściciel pojazdu nie otrzyma odszkodowania z własnego ubezpieczenia OC jeżeli sam spowodował wypadek. Jednocześnie, ubezpieczenie to chroni właściciela pojazdu w sposób zupełnie inny, niż osoby poszkodowane. Właściciel, w przypadku spowodowania kolizji jest bowiem zwolniony z obowiązku wypłaty odszkodowania osobom poszkodowanym i tym samym, jego majątek jest chroniony przed zmniejszeniem.

Obowiązkowe ubezpieczenie zasadniczo jest zawierane na okres 12 miesięcy. Właściciel ma obowiązek zawrzeć umowę ubezpieczenia w dniu rejestracji pojazdu, a jeżeli chce poruszać się pojazdem przed jego zarejestrowaniem w Polsce, musi zawrzeć ubezpieczenie obowiązkowe przed wprowadzeniem pojazdu na drogę publiczną. Właściciel ma obowiązek zachować ciągłość ubezpieczenia przez cały okres, kiedy pojazd pozostaje zarejestrowany nawet wtedy, gdy nie korzysta z tego pojazdu przez dłuższy czas. Nie można więc doprowadzić do tzw. luki w ubezpieczeniu, gdyż w takim przypadku właściciel pojazdu osobowego będzie obciążony karą w wysokości nawet do 500 Euro. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie – zazwyczaj, gdy dojdzie do wyrejestrowania bądź kasacji pojazdu. Jeżeli właściciel pojazdu mechanicznego, nie później niż na jeden dzień przed upływem 12 miesięcy, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy. Uregulowanie takie powoduje tę korzystną dla właściciela pojazdu sytuację, że jeżeli nie opłaci on składki ubezpieczeniowej na następny roczny okres ubezpieczenia w terminie, korzysta on nadal z ochrony ubezpieczeniowej gwarantowanej umową ubezpieczenia, a ewentualna osoba poszkodowana ma możliwość otrzymania odszkodowania od zakładu ubezpieczeń. Zawarcie następnej umowy nie następuje, jeżeli nie została opłacona w całości 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 albo w przypadku ogłoszenia upadłości lub likwidacji zakładu ubezpieczeń. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych trwa w okresie trwania umowy: rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty a ustaje z chwilą rozwiązania umowy.

Gdy dojdzie do wypadku drogowego podstawową kwestią jest więc sprawdzenie czy sprawca posiada ubezpieczenie. Należy ustalić nazwę zakładu ubezpieczeń, spisać numer polisy, numer rejestracyjny pojazdu i dane kierującego. Jeżeli w wypadku nie było osób rannych nie ma obowiązku wzywania policji. Obaj uczestnicy kolizji mogą przygotować dokumenty, na podstawie których będzie można ubiegać się o odszkodowanie. Sprawca wypadku powinien napisać oświadczenie, w którym przyznaje się do spowodowania wypadku. Można również poprzestać na wypełnieniu standardowego formularza¹, takiego jak ten, który załączony jest na stronie 31.

Jeżeli jest taka możliwość, warto zrobić zdjęcia uszkodzonych pojazdów zaraz po wypadku. Będzie to pomocne podczas analizowania sprawy przez zakład ubezpieczeń. Będzie to również dodatkowym dowodem zarówno okoliczności wypadku, jak również uszkodzeń, które powstały w jego wyniku. Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych uruchamiane jest wtedy, gdy poszkodowany zgłosi się do zakładu ubezpieczeń.

Okoliczności wypadku mogą być bardzo różne – różne mogą też być zasady prawne ustalania odpowiedzialności sprawcy, a tym samym jego ubezpieczyciela. Przy określaniu zakresu odpowiedzialności zarówno zakładu ubezpieczeń jak i posiadacza



Małgorzata Więcko
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Źródło: http://www.pbuk.com.pl/doc/wspolne_oswiadczenie_pl-en.pdf – formularz w wersji angielskiej przygotowany został w 2001 r. przez europejskie stowarzyszenie ubezpieczycieli – CEA.

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

Accident statement

Strona 1/2
Sheet 1/2

1. Data zdarzenia Date of accident	Godzina Time	2. Miejsce zdarzenia: Locality: Kraj: Country:	Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: Poviat: Municipality: Place:	3. Osoby ranné Injured (even if slight) nie <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
4. Strały materialne Material damage inne niż pojazdy A i B after item 4 vehicles A and B? nie <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>		5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel. Witnesses: names, addresses, tel.		

POJAZD A Vehicle A

6. Ubezpieczony (wg *dowodu/poisy ubezpieczenia)
Insured policyholder (see insurance certificate)

NAZWISKO: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub E-mail: _____
Tel. no., e-mail: _____

7. Pojazdy (vehicles)

POJAZD SILNIKOWY (Motor)	PRZYCZEPA (Trailer)
Marka, typ (Mark, type)	Marka, typ (Mark, type)
Nr rejestracyjny (Registration no.)	Nr rejestracyjny (Registration no.)
Kraj rejestracji (Country of registration)	Kraj rejestracji (Country of registration)

8. Zakład ubezpieczeń (wg *dowodu/poisy ubezpieczenia)
Insurance company (see insurance certificate)

NAZWA: _____
Adres: _____
*Dowód ubezpieczenia/poisa wystawiony przez *agenta/oddział
Insurance certificate issued by an agent / bureau

FF (no.) _____
ważny od _____ do _____
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział
Green Card no. issued by an agent / bureau

FF (no.) _____
ważny od _____ do _____
Czy pojazd posiada ubezpieczenie AC?
Does the policy cover material damage to the vehicle?

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)
Driver (see driving license)

NAZWISKO: _____
Imię: _____
Data urodzenia: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub E-mail: _____
Tel. no., e-mail: _____
Nr prawa jazdy: _____
Driving license no.
Kategoria (A, B, ...): _____
Category
Prawo jazdy ważne do: _____
Driving license valid until:

12. OKOLICZNOŚCI

Circumstances

zaznacz krzyżkiem pole odpowiadające
okolicościom zdarzenia
mark with a parking place to help describe the event

A	POJAZDY	B
<input type="checkbox"/> 1	* zaparkowany/człony parked / stopped	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* ruszył z miejsca postoju / otworzył drzwi leaving a parking place / opening the door	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	w trakcie parkowania during a parking place	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	wyjedźzał z parkingu, terenu prywatnego, drogi nieufortyfikowanej emerging from a car park, from private ground, from a road	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę nieufortyfikowaną entering a car park, a private ground, a road	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	wjechał się do ruchu okrężnego entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	poruszał się w ruchu okrężnym circulating	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	uderzył tym samym pasem ruchu uderzając tym samym pasem ruchu stronę przeciwną striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	zmienił pas ruchu changing lanes	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	wyprzedzał overtaking	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	skierował w prawo turning to the right	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	skierował w lewo turning to the left	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	* cofał / zawracał going backward / reversing	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku in the opposite direction arriving on a lane reserved for circulation	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony arriving from the right at road junction	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	* nie uzbliźnił pierwszeństwa przejazdu (jechał na czerwonym świetle) had not observed a right of way sign or a red light	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ← liczba pól zaznaczonych krzyżkami → state number of boxes marked with a cross		

Muszą podpisać obaj kierowcy Must be signed by both drivers
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności,
lecz tylko do potwierdzenia okoliczności / fakty
co pozwoli przypisać odpowiedzialność
Does not constitute an admission of liability, but a summary of essential
and of the facts which will speed up the settlement of claims.

13. Skłóć zdarzenia drogowego
Deal of accident

Zaznaczyć: 1. układ drogi - 2. oznakami drogowymi, jazdy pojazdów
A i B - 3. pozycje pojazdów w momencie zdarzenia - 4. zwrot
drogowe i ogólną sytuację - 5. osoby udeś / numery ulicy
Indicate: 1. the layout of the road - 2. by arrows the direction of vehicles A, B
- 3. their position at the time of impact - 4. the road signs - 5. names of the
streets or roads.

POJAZD B Vehicle B

6. Ubezpieczony (wg *dowodu/poisy ubezpieczenia)
Insured policyholder (see insurance certificate)

NAZWISKO: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub E-mail: _____
Tel. no., e-mail: _____

7. Pojazdy (vehicles)

POJAZD SILNIKOWY (Motor)	PRZYCZEPA (Trailer)
Marka, typ (Mark, type)	Marka, typ (Mark, type)
Nr rejestracyjny (Registration no.)	Nr rejestracyjny (Registration no.)
Kraj rejestracji (Country of registration)	Kraj rejestracji (Country of registration)

8. Zakład ubezpieczeń (wg *dowodu/poisy ubezpieczenia)
Insurance company (see insurance certificate)

NAZWA: _____
Adres: _____
*Dowód ubezpieczenia/poisa wystawiony przez *agenta/oddział
Insurance certificate issued by an agent / bureau

FF (no.) _____
ważny od _____ do _____
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział
Green Card no. issued by an agent / bureau

FF (no.) _____
ważny od _____ do _____
Czy pojazd posiada ubezpieczenie AC?
Does the policy cover material damage to the vehicle?

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)
Driver (see driving license)

NAZWISKO: _____
Imię: _____
Data urodzenia: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub E-mail: _____
Tel. no., e-mail: _____
Nr prawa jazdy: _____
Driving license no.
Kategoria (A, B, ...): _____
Category
Prawo jazdy ważne do: _____
Driving license valid until:

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A
Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow

11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A
(Vehicle damage to vehicle A)

15. Podpisy Kierujących pojazdami
Signatures of the drivers

A _____ B _____

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B
Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow

11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B
(Vehicle damage to vehicle B)

14. Uwagi:
My remarks

14. Uwagi:
My remarks

czy kierowcy pojazdu, stosuje się przepis art. 436 w zw. z art. 435 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny². Zastosowanie mogą mieć dwie zasady odpowiedzialności cywilnej określone w kodeksie cywilnym: zasada ryzyka lub zasada winy. Najczęściej spotykane są przypadki, w których odpowiedzialność uczestników kolizji ustala się na zasadzie winy. Gdy dochodzi do zderzenia się pojazdów należy bowiem udowodnić, kto spowodował wypadek, a więc ustalić kto jest winny. Zderzenie należy odróżnić od najechania pojazdu, dotyczyć może ono bowiem wyłącznie pojazdów znajdujących się w ruchu. W praktyce oznacza to, że odpowiada jeden z ubezpieczycieli lub obu (lub też tyłu, ilu jest uczestników) w zależności od tego, jak ustali odpowiedzialność obecna na miejscu policja lub w postępowaniu sądowym właściwy sąd. Jeżeli zostanie uznana odpowiedzialność wszystkich uczestników zdarzenia, zakład ubezpieczeń pokrywa powstałe szkody proporcjonalnie do tego, w jakim procencie odpowiedzialność ponosi posiadacz pojazdu przez niego ubezpieczony. Osoba, która nie zawiniła, a więc poszkodowany może wtedy ubiegać się o odszkodowanie (kwotę np. na naprawę pojazdu), jeżeli poszkodowany doznał obrażeń ciała – kwoty zadośćuczynienia (kwoty mającej zrekomensować ból i cierpienie), zwrotu kosztów leczenia, renty, zwrotu kosztów przygotowania do innego zawodu. W sytuacji, gdy skutek wypadku samochodowego poszkodowany poniesie śmierć, najbliżsi członkowie rodziny mogą ubiegać się o zwrot kosztów pogrzebu, rentę, odszkodowanie z tytułu znacznego pogorszenia sytuacji życiowej oraz zadośćuczynienie. Powrót do zasad ogólnych w przypadku zderzenia się pojazdów dotyczy jedynie wzajemnych roszczeń posiadaczy, a nie roszczeń poszkodowanych osób trzecich (np. pieszych czy pasażerów znajdujących się w pojazdach, a także kierowcy niebędącego posiadaczem pojazdu), te bowiem oparte są na zasadzie ryzyka. Na zasadzie winy będą również rozpatrywane roszczenia osób przewożonych z grzeczności czyli np. autostopowiczów.

Przypadki, w których odpowiedzialność ustala się na zasadzie ryzyka to również sytuacje, w których uczestniczy tylko jeden pojazd (np. potrącenie pieszego, wjechanie samochodem w płot). W takich przypadkach nie jest istotne czy kierującemu można zarzucić winę. Istotne jest przede wszystkim określenie przyczyny powstałej szkody (czy powstała ona wskutek ruchu pojazdu). Jeżeli dodatkowo szkoda nie powstała wskutek wyłącznej winy samej osoby poszkodowanej lub zidentyfikowanej osoby trzeciej ani z powodu siły wyższej, odszkodowanie będzie poszkodowanemu wypłacone przez zakład ubezpieczeń. Ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby (np. kolegi, małżonka, dziecka, a nawet złodzieja), która kierowała pojazdem mechanicznym w okresie trwania umowy ubezpieczenia i wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu.

Odszkodowanie z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje, jeżeli szkoda została wyrządzona w związku z ruchem tego pojazdu. Pojęcie szkody powstałej w związku z ruchem pojazdu jest szerokie, i uznaje się za taką również szkodę powstałą przy wsiadaniu i wysiadaniu do / z pojazdu, szkodę powstałą bezpośrednio przy załadunku i rozładunku pojazdu oraz szkodę powstałą podczas zatrzymania, postoju lub garażowania. O ruchu pojazdu nie przesądza fakt poruszania się w znaczeniu fizycznym tzn. zmiana miejsca położenia pojazdu. Pojazd mechaniczny jest w ruchu od chwili uruchomienia silnika aż do momentu, gdy jazda wskutek osiągnięcia miejsca przeznaczenia lub planowej przerwy drogi została zakończona, nawet jeżeli przed dotarciem do miejsca przeznaczenia silnik pojazdu wskutek swej wadliwości przestanie działać. Postój na drodze publicznej tylko wyjątkowo pozwala na przyjęcie, że pojazd nie jest w ruchu, a dla odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu postoju pojazdu na trasie jazdy istotne jest tylko, czy postój miał miejsce „na trasie jazdy” tzn. na drodze przeznaczonej dla ruchu pojazdów.

Zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność najwyższą do ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej. Wysokość sumy gwarancyjnej określają przepisy ustawy³. Oznacza to, że w przypadku, gdyby szkoda wywołana wypadkiem spowodowanym ruchem pojazdu mechanicznego byłaby bardzo duża i przekraczała sumę gwarancyjną, pozostałą część szkody ponad tę sumę musiałby wyrównać jej sprawca z własnego majątku.

Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody:

- polegające na uszkodzeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego właścicielowi pojazdu; dotyczy to również sytuacji, w której właściciel pojazdu mechanicznego, którym wyrządzono szkodę, jest właścicielem lub współwłaścicielem drugiego pojazdu, w którym szkoda została wyrządzona; wyłączenie to nie obejmuje szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tą samą firmą leasingową;
- w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu;
- polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych;
- polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia ubezpieczeniowe wówczas, gdy posiadacz pojazdu mechanicznego jest zobowiązany – na podstawie wyżej wymienionych przepisów – do odszkodowania za wyrządzoną pojazdem szkodę, tzn. w przypadku wystąpienia np. śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, utraty, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy. Zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej z umowy

² Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm. (dalej: k.c.).

³ Ustawa 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.).

ubezpieczenia przejmuje obowiązki sprawcy wypadku. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie może więc wykraczać poza granice odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem, ale również nie może być mniejsza niż wynika w wyniku ruchu pojazdu mechanicznego szkoda. W sferze odpowiedzialności odszkodowawczej podstawowym założeniem wszelkich rozważań jest z reguły zasada pełnego odszkodowania. Wynika z niej, że wszelka szkoda wyrządzona przez posiadacza lub kierowcę pojazdu mechanicznego innym osobom, powinna być w świetle obowiązujących przepisów pokrywana przez zakład ubezpieczeń w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC. Pojęcie, a w zasadzie zakres, w jakim szkoda powinna być naprawiona, uregulowane jest przepisami prawa. Chodzi tu przede wszystkim o art. 361 § 2 k.c., który wskazuje, że naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Szkoda jest to ubytek, uszczerbek dotyczący prawnie chronionej dobra poszkodowanego. Jest różnicą między, tym czym poszkodowany dysponowałby gdyby nie było zdarzenia wywołującego szkodę, a tym, czym dysponuje rzeczywiście na skutek tego zdarzenia. Wskutek wypadku drogowego może zostać wyrządzona szkoda na mieniu i / lub na osobie majątkowa, niemajątkowa (krzywda) lub obie jednocześnie. Z powstaniem szkody, przepisy łączą obowiązek odszkodowawczy tzn. wyrównanie szkody, przywrócenie majątku poszkodowanego do stanu sprzed wystąpienia szkody. Wysokość szkody majątkowej jest szacowana na podstawie przytoczonego powyżej art. 361 k.c. W praktyce zagadnienie to dotyczy najczęściej kwestii zwrotu kosztów naprawy uszkodzonego wskutek wypadku samochodu oraz zwrotu innych związanych z tym zdarzeniem kosztów (kosztów holowania czy badania technicznego, najmu pojazdu zastępczego, utraconych dochodów). Trudniej jest oszacować szkodę niemajątkową. Za doznaną krzywdę art. 445 k.c. przewiduje możliwość zasądzenia zadośćuczynienia, odpowiednika odszkodowania, nie mającego jednak na celu wyrównania zaistniałego uszczerbku, a pewne złagodzenie zaistniałej krzywdy. Szkoda na osobie może być zarówno szkodą majątkową, w przypadku np. potrzeby poniesienia określonych kosztów z tytułu leczenia, opieki itp., jak i niemajątkową.

Drugą, decydującą o odpowiedzialności posiadaczy pojazdów mechanicznych przesłanką jest normalny związek przyczynowy pomiędzy ruchem pojazdu a powstałą szkodą. Związek przyczynowy pełni podwójną rolę: z jednej strony decyduje o tym, czy dana osoba odpowiada w ogóle za wyrządzoną szkodę; z drugiej zaś – zakreśla granice tej odpowiedzialności. Do przyjęcia związku przyczynowego między szkodą, a ruchem samochodu nie jest konieczna bezpośrednia styczność z uszkodzoną rzeczą, czy też poszkodowaną osobą. Pamiętać należy o tym, że zgodnie z art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Ocena, czy skutek jest normalny, powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z doświadczenia życiowego i zasad wiedzy naukowej, a czasem specjalnej.

Kolejną zasadą prawa odszkodowawczego, mającą zastosowanie podczas określania zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jest zakaz wzbogacenia się poszkodowanego. Oznacza to, że odszkodowanie nie powinno przewyższać wyrządzonej szkody. Zasadę tę obrazuje art. 824 k.c., który mówi, iż suma pieniężna wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody.

W niektórych sytuacjach kwota wypłacana przez zakład ubezpieczeń może być zmniejszona. Dotyczy to sytuacji, gdy sam poszkodowany przyczynił się do zaistnienia wypadku lub do rozmiaru szkody. Uznaje się np., że osoba, która decyduje się na jazdę samochodem z kierowcą będącym w stanie po spożyciu alkoholu, przyczynia się do odniesionej szkody powstałej w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy stan nietrzeźwości kierowcy pozostaje w związku z tym wypadkiem. Spożywanie zaś napoju alkoholowego z takim kierowcą przed jazdą uważać należy za przyczynienie się do powstania szkody w stopniu znacznym. W sytuacji przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody zakład ubezpieczeń określa to przyczynienie w formie procentowej (np. 10% przyczynienia się poszkodowanego). Jest to podstawą do obniżenia odszkodowania o ten wyliczony procent.

Opisane powyżej zasady odpowiedzialności są sformułowane w odpowiednich przepisach, jednak sformułowania te są często dosyć ogólne i trudno zrozumiałe dla samych poszkodowanych. Niestety w praktyce zdarza się, iż zakłady ubezpieczeń mające wypłacać poszkodowanym stosowne świadczenia pieniężne, stosują interpretacje prawne niekorzystne dla samych poszkodowanych, czasem niezgodne z zasadami prawnymi przyjętymi np. przez orzecznictwo sądów – szczególnie Sądu Najwyższego. Dlatego w przypadku dochodzenia odszkodowania z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych warto szczegółowo poznać swoje prawa, aby móc je również egzekwować od ubezpieczyciela. Szeroko zakrojoną działalność w tym obszarze prowadzi Rzecznik Ubezpieczonych, umieszczając na swojej stronie internetowej rozbudowaną bazę zawierającą odpowiedzi na najczęstsze, konkretne pytania poszkodowanych. W przypadku problemów można również zwrócić się z prośbą o podjęcie interwencji przez Rzecznika w naszej sprawie.

Pomniejszenie wartości części koniecznych do naprawy pojazdu (tzw. potrącenie amortyzacyjne lub merkantylny ubytek wartości) w przypadku likwidacji szkody w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Rzecznik Ubezpieczonych od dłuższego czasu zajmuje się problemem dokonywania przez zakłady ubezpieczeń potrąceń amortyzacyjnych (zwanymi też czasami urealnieniem na części albo merkantylnym ubytkiem wartości) części zamiennych przy wyliczaniu kwoty należnego odszkodowania dochodzonego przez osobę poszkodowaną w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. W praktyce oznacza to, iż w ocenie zakładu ubezpieczeń zastosowanie nowych części do naprawy pojazdu w sytuacji, kiedy pojazd nie jest pojazdem dopiero co zakupionym (nowym) spowoduje bezpodstawne wzbogacenie się poszkodowanego, bowiem uszkodzone elementy pojazdu były już częściowo zużyte. Urealnienie wartości części zamiennych stosuje się w powiązaniu z okresem eksploatacji pojazdu, bowiem w ocenie zakładów ubezpieczeń oczywiste jest, że zarówno sam pojazd jak i zamontowane w nim elementy tracą z upływem czasu na wartości, a zatem z tych względów, biorąc pod uwagę wiek i markę pojazdu przy wyliczaniu wartości części na potrzeby odszkodowania, istnieje konieczność zastosowania współczynników urealnających ich wartość. W argumentacji prezentowanej przez zakłady ubezpieczeń osobom poszkodowanym można odnaleźć wyjaśnienia wskazujące, iż istotą stosowania w wycenach wysokości szkód komunikacyjnych likwidowanych w ramach OC sprawcy wypadku / kolizji drogowej współczynników urealnających wartości części, nie jest *a priori* uniknięcie wzbogacenia poszkodowanego poprzez użycie do naprawy części zakupionych po cenach maksymalnych, zaś zasadniczą kwestią jest zastosowanie optymalnego, ekonomicznego sposobu przywrócenia pojazdu do stanu sprzed szkody. Ponadto, można spotkać argument dotyczący konieczności badania obecnych rynkowych realiów ekonomicznych, podkreślający przy tym, iż ustalenie kosztów naprawy kilkuletniego pojazdu na maksymalnym poziomie cenowym, stosowanym przez autoryzowane stacje obsługi pojazdu, wykracza poza normalne następstwo szkody określone w art. 361 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹. W konsekwencji wyliczone ceny części koniecznych do naprawy pojazdu, a zatem i należna kwota odszkodowania zostaje pomniejszona o określony procent ubytku wartości części wyliczony przez zakład ubezpieczeń według sobie tylko znanych współczynników. Z praktyki działań zakładów ubezpieczeń zaobserwowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych w trakcie prowadzonych postępowań skargowych można wskazać, iż najczęściej stopień amortyzacji określany jest na poziomie 50 albo 60%. W odniesieniu do wieku pojazdu poszkodowanego można zaobserwować różne praktyki, tzn. amortyzacje dokonywane są w pojazdach kilkuletnich, kilkunastoletnich, jak również występują sytuacje dokonywania potrąceń odszkodowania w pojazdach rocznych czy też dwuletnich. Obserwacja rynku wskazuje, iż zakłady ubezpieczeń dokonują potrąceń zarówno wtedy kiedy szkoda rozliczana jest w formie kosztorysu, czyli właściciel uszkodzonego pojazdu otrzymuje od zakładu ubezpieczeń świadczenie pieniężne na podstawie dokumentu finansowego wyliczającego przewidywane koszty związane z wykonaniem naprawy uszkodzonego pojazdu, jak również wówczas kiedy poszkodowany lub upoważniony zakład naprawczy przedstawi fakturę za naprawę pojazdu. W tym pierwszym przypadku dokonywane przez zakłady ubezpieczeń pomniejszenia z tytułu amortyzacji uzewewnętrznione są informacją na kosztorysie wyliczającym przewidywane koszty naprawy, iż ceny części które mają zostać użyte do naprawy zostały pomniejszone o procent potrącenia amortyzacyjnego (najczęściej w wysokości 50%). W drugiej sytuacji o fakcie, iż zakład ubezpieczeń dokonał potrącenia kwoty odszkodowania o wysokość amortyzacji świadczą odrębnie naniesione poprawki na kopii faktury dokumentującej wykonaną naprawę pojazdu oraz informacje uzyskane w zakładzie ubezpieczeń o dokonanej weryfikacji rachunków za naprawę pojazdu o współczynnik amortyzacji.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych w większości sytuacji takie działania zakładów ubezpieczeń, tzn. dokonywanie pomniejszenia kwoty odszkodowania o współczynnik amortyzacji, zwany też czasami urealnieniem na części albo merkantylnym ubytkiem wartości jest nieuprawnione i nie znajduje potwierdzenia w obowiązujących normach prawnych oraz orzecznictwie.

Zgodnie z treścią art. 34 ust. 1 i art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych² odszkodowanie ustala się

¹ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm. (dalej: k.c.).

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm. (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych).

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 więc granicami odpowiedzialności cywilnej posiadacza, (kierującego pojazdem). Do rozstrzygnięcia o odszkodowaniu ubezpieczeniowym przy ubezpieczeniu OC koniecznym 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. Zasadą jest, że naprawienie szkody polega na przywróceniu stanu poprzedniego, chyba że poszkodowany wybrał świadczenie polegające na zapłacie odpowiedniej sumy pieniężnej albo za świadczeniem w pieniądzu przemawiają szczególne okoliczności. Analiza treści art. 361 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. wynika zatem, że jeżeli 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 wchodzą w skład kosztów naprawienia szkody, które osoba zobowiązana do naprawienia szkody, bądź też zakład ubezpieczeń świadczący ochroną gwarancyjną obowiązany jest zwrócić poszkodowanemu**. Postawiona teza, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, znajduje potwierdzenie również w orzecznictwie oraz stanowisku doktrynie, które zostało przedstawione w dalszej części artykułu.

Należy również dodać, iż *de lege lata* brak jest przepisu prawa materialnego na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, który zezwalałby na dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych, a co za tym idzie wyłączał lub ograniczał 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 przy restytucji naturalnej w zaistniałej sytuacji faktycznej. Według natomiast 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.

Zakłady ubezpieczeń, uzasadniając swoje stanowisko wskazują, iż zastosowanie urealnienia na nowe części w wysokości np. 50% w pojeździe którego wiek wynosi np. 6 lat jest jak najbardziej zasadne, bowiem zastosowanie nowych części spowoduje wzrost wartości pojazdu i z tych względów należy miarkować wysokość kwoty należnego odszkodowania. Konsekwentnie stosując więc taką logikę rozumowania, w sytuacji kiedy wiek pojazdu poszkodowanego wynosiłby 9 lat, współczynnik amortyzacji powinien wynosić 75%, zaś w sytuacji kiedy pojazd użytkowany byłby przez 12 lat, amortyzacja na części powinna wynosić 100% (według zasady 6 letni pojazd – współczynnik amortyzacji w wysokości 50%; pojazd 12 letni – współczynnik amortyzacji w wysokości 100%), zatem w takiej sytuacji poszkodowany nie powinien w ogóle otrzymać jakiegokolwiek kwoty odszkodowania, a być może powinien jeszcze zwrócić poniesione przez zakład ubezpieczeń koszty prowadzonego postępowania likwidacyjnego. Jednakże – w mojej ocenie – należy wskazać, iż taka alogiczna konkluzja byłaby sprzeczna nie tylko z treścią art. 361 § 2 k.c., który odzwierciedla cywilistyczną zasadę pełnej kompensacji szkody jak również stanowiskiem doktryny i judykatury, zaprezentowanym poniżej. Warunkiem nieodzownym do przyjęcia takiego rozumowania byłaby również konieczność zmiany przepisów kodeksu cywilnego (np. poprzez zmianę treści art. 440 k.c.), które musiałyby na pierwszym miejscu wyeksponować interes sprawcy szkody a tym samym poprzez takie miarkowanie odszkodowania jak w przedstawionym wyżej przykładzie podważyć funkcję kompensacyjną odpowiedzialności cywilnej.

Analiza orzecznictwa oraz tez zawartych w doktrynie prawa cywilnego uzasadnia konkluzję, iż powszechne jest stanowisko wskazujące, że jeżeli dla osiągnięcia celu naprawienia szkody, którym jest przywrócenie uszkodzonego pojazdu do takiego stanu używalności jaki istniał przed wyrządzeniem szkody, konieczne jest użycie nowych części (brak jest możliwości dokonania lakierowania, prostowania, naprawiania uszkodzonych części pojazdu), to poniesione na nie wydatki wchodzą w skład niezbędnych i ekonomicznie uzasadnionych kosztów naprawy pojazdu. Egzemplifikację powyższego stanowiska, potwierdzającego jednocześnie bezzasadność stosowania *a priori* w każdej sytuacji potrąceń amortyzacyjnych,

stanowią wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 października 1972 r. (sygn. akt II CR 425 / 72, opubl. OSNC 1973, nr 6, poz. 111); z dnia 5 listopada 1980 r. (sygn. akt III CRN 223 / 80, opubl. OSNC 1981, nr 10, poz. 186); z dnia 25 kwietnia 2002 r. (sygn. akt I CKN 1466 / 99, opubl. OSNC 2003, nr 5, poz. 64), czy też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308 / 01, niepubl.). W szczególności SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 20 października 1972 r. wskazał, iż: „Z zasady, wyrażonej w art. 363 § 1 k.c., a ponadto z podstawowej normy art. 361 § 2 k.c. wynika również, że w wypadku uszkodzenia rzeczy w stopniu umożliwiającym przywrócenie jej do stanu poprzedniego osoba odpowiedzialna za szkodę obowiązana jest zwrócić poszkodowanemu wszelkie celowe, ekonomicznie uzasadnione wydatki, poniesione w celu przywrócenia stanu poprzedniego rzeczy uszkodzonej. Do wydatków tych należy zaliczyć w zasadzie także koszt nowych części i innych materiałów, których użycie było niezbędne do naprawienia uszkodzonej rzeczy. Odmienny pogląd Sądu Wojewódzkiego prowadzi do niemożliwego do przyjęcia wniosku, że w sytuacji gdy uszkodzona została rzecz już częściowo 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 tę 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. Jeżeli do osiągnięcia tego celu konieczne jest użycie nowych elementów i materiałów, to poniesione na to wydatki wchodzą w skład kosztu naprawienia szkody przez przywrócenie rzeczy do stanu poprzedniego, a w konsekwencji wydatki te w ostatecznym wyniku obciążają osobę odpowiedzialną za szkodę”. Podobne tezy zawarł SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 5 listopada 1980 r.: „(...) w razie uszkodzenia rzeczy w stopniu umożliwiającym przywrócenie jej do stanu poprzedniego osoba odpowiedzialna za szkodę obowiązana jest zwrócić poszkodowanemu wszelkie celowe, ekonomicznie uzasadnione wydatki poniesione w celu przywrócenia stanu poprzedniego rzeczy uszkodzonej. Do wydatków tych należy zaliczyć także koszt nowych części i innych materiałów, których użycie było niezbędne do naprawienia uszkodzonej rzeczy. Poszkodowany, chcąc przywrócić stan poprzedni uszkodzonego w wypadku pojazdu, nie ma możliwości zakupu starych części czy też nie ma możliwości żądania, aby stacja obsługi wykonująca naprawę w miejsce uszkodzonych w czasie wypadku części pojazdu wmontowała stare części już częściowo zużyte”. Jednocześnie Sąd Najwyższy w przedmiotowym wyroku wskazał, iż możliwość zastosowania zasady *compensatio lucri cum damno*, (skompensowania uszczerbku doznanego przez poszkodowanego z uzyskaną przez niego korzyścią) czyli pomniejszenia kwoty odszkodowania z uwagi na zwiększenie wartości rzeczy (samochodu) po naprawie można by uwzględnić tylko wówczas, gdyby chodziło o wykonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem. Poszkodowany byłby zatem zobowiązany do zwrotu nadwyżki wartości, jeżeli naprawa pojazdu obejmowałaby uszkodzenia istniejące przed wyrządzeniem szkody albo polegałaby na dokonaniu ulepszeń w porównaniu do stanu poprzedniego. W wyroku z dnia 25 kwietnia 2002 r., choć stan faktyczny dotyczył wypłaty odszkodowania w ramach ubezpieczenia autocasco to warto jednakże wskazać na stanowisko i argumentację SN, które to analogicznie może znaleźć zastosowanie w przypadku likwidacji szkody w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Mianowicie SN podkreślił, iż ubezpieczony nabywając części samochodowe – nie ma obowiązku poszukiwać sprzedawcy oferującego je najtaniej, a także, że wartość części zamiennych do samochodów zagranicznych należy ustalić według cen stosowanych w przedstawicielstwach marek tych pojazdów lub autoryzowanych stacjach obsługi.

Podobne stanowisko przyjmuje doktryna prawa ubezpieczeniowego. Jak wskazywał A. Wąsiewicz³ – w sytuacji uszkodzenia części pojazdu, powinny być one zastąpione nowymi, jeżeli wskutek uszkodzenia nastąpiło obniżenie ich wartości użytkowej, a ewentualna naprawa nie przywróci im w pełni tej wartości, zaś zasada zastąpienia części zniszczonych lub uszkodzonych częściami nowymi dotyczy również przypadku użycia do naprawy pojazdu ulepszonych i zmodernizowanych części lub zespołów, których przed wypadkiem nie miał, jeżeli naprawienie pojazdu bez tych części jest niemożliwe. Podobnie wskazywał A. Szpunar, iż zgodnie z przyjętą teorią różnicy należy uwzględnić zmiany w wartości całego majątku, zatem w razie utraty własności poszkodowany może domagać się sumy pieniężnej potrzebnej do nabycia nowej rzeczy⁴.

Mając na względzie ostateczne rozstrzygnięcie pojawiających się w praktyce rozbieżności, Rzecznik Ubezpieczonych w dniu 5 sierpnia 2005 r. zwrócił się do Sądu Najwyższego z wnioskiem o następującej treści: Czy na podstawie przepisów art. 13 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK zakład ubezpieczeń wypłacając odszkodowanie z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może: pomniejszyć je o różnicę między wartością nowych części potrzebnych do jego naprawy a wartością wynikającą ze stopnia ich zużycia oraz ograniczyć poszkodowanym prawo do wyboru rodzaju części zamiennych potrzebnych do naprawy pojazdu? W uzasadnieniu do postanowienia z dnia 24 lutego 2006 r. (sygn. akt III CZP 91 / 05), w którym Sąd Najwyższy merytorycznie odniósł się do wniosku Rzecznika, Sąd wyraźnie i jednoznacznie wskazał, iż: „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 (wyrok z dnia 11 czerwca 2003 r., sygn. akt V CKN 308 / 01, niepubl.), której

³ A. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia Komunikacyjne*, Branta, Bydgoszcz 1996, s. 87–89.

⁴ A. Szpunar, *Odszkodowanie za szkodę majątkową. Szkoda na mieniu i na osobie*, Branta, Bydgoszcz 1999.

ubezpieczyciel nie może nakazać lub zakazać, ponieważ jego świadczenie ogranicza się do wypłacenia usprawiedliwionej kwoty”. Dalej w uzasadnieniu postanowienia Sąd Najwyższy wskazał, iż nie ma katalogu sytuacji usprawiedliwiających konieczność zastosowania przy naprawie części nowych i sporządzenie takiego katalogu ze względu na bogactwo okoliczności faktycznych byłoby niemożliwie, jednakże w szczególności może to być motywowane względami technicznymi, bezpieczeństwa, estetyki, trwałości części zamiennych oraz skutków związanych z wiążącymi poszkodowanego umowami gwarancji, umowami serwisowymi, itp. Jednocześnie SN wskazał, iż w pewnych sytuacjach może dojść do kolizji zasady wykluczającej wzbogacenie się poszkodowanego wskutek naprawienia szkody z zasadą pełnego odszkodowania, jednakże ze względu na wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym, **zasady słuszności nakazywałyby w takim wypadku udzielić ochrony interesom poszkodowanego.**

Reasumując, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przepis art. 361 k.c. nakłada na zakłady ubezpieczeń obowiązek poniesienia, w ramach kosztów naprawy pojazdu w przypadku dochodzenia przez poszkodowanego odszkodowania w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (niezależnie od tego czy szkoda likwidowana jest metodą kosztorysową czy też rachunkową), również koszt zakupu nowych części i materiałów, jeżeli są one niezbędne, aby poszkodowany mógł przywrócić stan pojazdu sprzed wypadku, co znajduje potwierdzenie zarówno w powoływanym wyżej orzecznictwie jak i poglądach doktryny. W konsekwencji należy przyjąć, iż naprawienie pojazdu częściami nowymi nie stanowi przysporzenia po stronie poszkodowanego. Nie można żądać od poszkodowanego, by zastąpił części zniszczone, częściami używanymi o podobnym stopniu zniszczenia, czy też aby zakład naprawczy, dokonujący naprawy w miejsce uszkodzonych części, wmontował stare części częściowo zużyte. Tak więc zastosowanie potrąceń amortyzacyjnych pozbawione jest nie tylko podstawy prawnej ale prowadzi również do niedopuszczalnej sytuacji, w której następuje częściowe przeniesienie na poszkodowanego ciężaru przywrócenia uszkodzonej rzeczy do stanu poprzedniego – w oderwaniu od rzeczywistego obowiązku odszkodowawczego sprawcy szkody i tylko z tej przyczyny, iż rzecz uszkodzona był już częściowo używana. Zwiększenie wartości samochodu po naprawie (czyli dokonywanie tzw. potrąceń amortyzacyjnych) można by uwzględnić tylko wówczas, **gdyby chodziło o wykonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem.** Jednakże, zakład ubezpieczeń powinien każdorazowo przedstawić dowody wraz z uzasadnieniem, iż naprawa pojazdu w oparciu o ceny części nowych spowoduje wzrost wartości pojazdu poszkodowanego oraz jednocześnie istniały uszkodzenia niektórych elementów pojazdu jeszcze przed zdarzeniem, które skutkowało odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Jednakże, w takiej sytuacji (kolizji zasady bezpodstawnego wzbogacenia poszkodowanego z zasadą pełnego odszkodowania), należałoby rozpatrzyć czy zasady słuszności nie przemawiałyby za stanowiskiem prymatu ochrony interesów osoby poszkodowanej, która doznała szkody nie ze swojej winy wskutek deliktu sprawcy.

Przesłanki rozwiązania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych



Paweł Wawrzczak
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹ odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdu mechanicznego przez posiadacza tego pojazdu lub kierującego trwa przez okres wskazany w umowie i kończy się ostatniego dnia tego okresu, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ustawie. Zasadniczo odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa z dniem rozwiązania umowy w związku z upływem czasu, na który została zawarta. Istnieją jednak w ustawie przypadki kiedy umowa ulega rozwiązaniu przed upływem okresu, na który została zawarta. Przesłanki rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wskazane są w art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Odrębną przesłankę jej rozwiązania znajdziemy także w art. 16c ust. 2 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny, która ma zastosowanie do umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych na odległość².

Przesłanki rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, pomimo iż są *expressis verbis* wskazane w wyżej przywołanych aktach prawnych, w praktyce stosowania prawa budzą liczne wątpliwości i różnice interpretacyjne. W szczególności dotyczą one okoliczności powodujących wygaśnięcie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta (głównie przesłanki z art. 33 ust. 3 i 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych), jak również dopuszczalności odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC zawartej na odległość na podstawie przepisów ustawy o ochronie praw konsumentów. Problematyka dotycząca rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest również przedmiotem licznych zapytań ze strony konsumentów, które kierowane są do Biura Rzecznika Ubezpieczonych drogą telefoniczną i elektroniczną. Celem niniejszego artykułu będzie omówienie poszczególnych przesłanek rozwiązania tej umowy, przedstawienie różnic interpretacyjnych, które powstają na ich tle, jak również praktycznych problemów sygnalizowanych w tym obszarze przez konsumentów usług ubezpieczeniowych.

W świetle art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych i art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów, przesłankami rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy są:

1. Upływ czasu, na który została zawarta

Zgodnie z art. 33 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta. Przesłanka ta dotyczy zarówno umów ubezpieczenia zawieranych na okres 12 miesięcy, jak również krótkoterminowych umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W praktyce Biura Rzecznika Ubezpieczonych zasadniczo nie można spotkać się z zagadnieniem wątpliwości interpretacyjnych dotyczących przesłanki rozwiązania umowy, w szczególności w zakresie jej konstrukcji. Poważne implikacje dla konsumentów pojawiają się natomiast dopiero w praktycznym stosowaniu tej normy w związku z treścią art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Zgodnie bowiem z tym przepisem, jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy. Tak więc z jednej strony upływ czasu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia kończy dany stosunek ubezpieczeniowy, z drugiej zaś brak określonej aktywności ubezpieczającego może skutkować zawiązaniem nowego stosunku ubezpieczeniowego z dotychczasowym ubezpieczycielem. W sytuacji braku stosownego oświadczenia lub jego złożenia po terminie, przy jednoczesnym fakcie zapłaty składki w pełnej wysokości, dochodzi do zawarcia nowej umowy na kolejne 12 miesięcy. Zawarcie umowy ubezpieczenia z innym zakładem ubezpieczeń będzie skutkowało w takiej sytuacji wejściem w tzw. podwójne ubezpieczenie. Jak doświadczenie wskazuje, powyższa okoliczność nie jest powszechnie znana konsumentom usług ubezpieczeniowych. Dlatego też, należy wyraźnie podkreślić, że jeżeli konsument chciałby zawrzeć umowę z innym zakładem ubezpieczeń to należy doręczyć oświadczenie woli o wypowiedzeniu najpóźniej przedostatniego dnia obowiązywania dotychczasowej umowy.

W kontaktach konsumentów z Biurem Rzecznika Ubezpieczonych sygnalizowane są również wątpliwości dotyczące formy złożenia oświadczenia i konsekwencji jej nie zachowania, jak również chwili związania drugiej strony treścią złożonego wypowiedzenia. Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego formy złożenia oświadczenia woli o wypowiedzeniu umowy wskazać należy, że w razie woli rozwiązania umowy z dotychczasowym ubezpieczycielem przepis art. 28 ustawy

¹ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm. (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych).

² Dz. U. z 2000 r., nr 22, poz. 271 z późn. zm. (dalej: ustawa o ochronie praw konsumentów).

o ubezpieczeniach obowiązkowych nakazuje powiadomić zakład ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie. Jest to częściowe powtórzenie treści art. 18 ust. 1 tejże ustawy, zgodnie z którym zawiadomienia i oświadczenia, które w związku m.in. z umową ubezpieczenia obowiązkowego OC są składane przez strony umowy, powinny być sporządzane na piśmie i doręczane za potwierdzeniem odbioru lub przesyłane listem poleconym. Niezastrzeżenie przez ustawodawcę w ustawie skutku nieważności dokonanych zawiadomień lub oświadczeń powoduje, że zastrzeżona forma ma rygor dla celów dowodowych (*ad probationem*). Oznacza to, że czynność prawna (oświadczenie o wypowiedzeniu) jest ważna, lecz jej dokonanie bez zachowania formy zastrzeżonej prowadzić może do utrudnień w udowodnieniu faktu i treści jej dokonania (art. 74 k.c.).

Odnosząc się natomiast do kwestii momentu złożenia oświadczenia woli, wskazać należy, że o ile sam termin został wskazany w art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu wskazanego w umowie), o tyle brak jest wskazania, kiedy wypowiedzenie wiąże drugą stronę. W zapytaniach konsumentów pojawiają się wątpliwości, czy wypowiedzenie jest złożone w dacie wyrażenia woli (np. w momencie nadania listu na polskiej placówce pocztowej), czy z chwilą jego doręczenia do ubezpieczyciela. Biorąc pod uwagę, że do umów ubezpieczenia obowiązkowego (w tym ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego) w sprawach nieuregulowanych w ustawie stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 22 ustawy), uznać należy, że kwestię momentu złożenia oświadczenia woli aktualnie reguluje dyspozycja art. 61 k.c., zgodnie z którym oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie (ubezpieczycielowi), jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Powyższa zasada oznacza, że przy ocenie skuteczności doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu należy skupić się na momencie, w którym ubezpieczyciel mógł się zapoznać z treścią wypowiedzenia, nie zaś na samym złożeniu oświadczenia woli. Konkludując, uznać należy, że skutek prawny złożenia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC polegający na rozwiązaniu stosunku prawnego ziści się wówczas, gdy ubezpieczyciel otrzyma pismo wypowiadające umowę. Nie jest istotne, czy faktycznie zapozna się z treścią tego wypowiedzenia. Otrzymanie przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o wypowiedzeniu w terminie późniejszym niż na jeden dzień przed upływem okresu wskazanego w umowie nie wywoła zamierzonego rezultatu. Dalszą konsekwencją będzie zawarcie nowej umowy na następny okres 12 miesięcy.

Problemy, które powstają dla konsumentów w związku z obowiązywaniem teorii doręczenia oświadczenia woli na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, spowodowały podjęcie prac legislacyjnych. Zmierzają one do wprowadzenia rozwiązania, zgodnie z którym chwilą złożenia oświadczenia woli o wypowiedzeniu umowy będzie dzień nadania (złożenia tego oświadczenia) w polskiej placówce pocztowej tj., uregulowania obowiązujące obecnie na gruncie polskiego postępowania cywilnego, procedury karnej, administracyjnej, czy też na obszarze postępowań podatkowych.

Krótkiego omówienia wymaga również kwestia oceny skuteczności złożonego oświadczenia o wypowiedzeniu, jeśli przedostatni dzień obowiązywania umowy będzie przypadał na dzień ustawowo wolny od pracy (np. w święta lub w niedzielę). Zagadnienie to jest również częstym przedmiotem zapytań ze strony konsumentów. W takiej sytuacji zastosowanie znajduje art. 115 k.c., zgodnie z którym jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, termin upływa dnia następnego. Dni uznane ustawowo za wolne od pracy wskazane są w ustawie z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy³. W świetle tej ustawy dniami wolnymi od pracy są: 1 stycznia – Nowy Rok, pierwszy dzień Wielkiej Nocy, drugi dzień Wielkiej Nocy, 1 maja – Święto Państwowe, 3 maja – Święto Narodowe Trzeciego Maja, pierwszy dzień Zielonych Świątek, dzień Bożego Ciała, 15 sierpnia – Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny, 1 listopada – Wszystkich Świętych, 11 listopada – Narodowe Święto Niepodległości, 25 grudnia – pierwszy dzień Bożego Narodzenia, 26 grudnia – drugi dzień Bożego Narodzenia, a także niedziele. Jeżeli w danym stanie faktycznym termin końcowy na złożenie wypowiedzenia będzie przypadał w niedzielę lub w wyżej wskazane święto to termin ten – stosownie do art. 115 k.c. – zostanie przeniesiony na najbliższy dzień „roboczy” i upłynie z końcem tego dnia. Należy przy tym wyraźnie podkreślić, iż art. 115 k.c. nie będzie miał zastosowania, jeżeli termin końcowy do złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu będzie przypadał w sobotę, nawet wtedy gdy regulaminy czasu pracy danego ubezpieczyciela będą przewidywać sobotę jako dzień wolny od pracy.

2. Wyrejestrowanie pojazdu mechanicznego

Zgodnie z art. 33 pkt 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ulega rozwiązaniu z chwilą wyrejestrowania pojazdu mechanicznego. Jest to pierwsza przesłanka, która przewiduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta. Dotyczy ona zarówno umów zawieranych na okres 12 miesięcy, jak również krótkoterminowych umów ubezpieczenia OC. Przesłanki wyrejestrowania pojazdu mechanicznego wskazane są natomiast w art. 79 ust. 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym. Zgodnie z tym przepisem pojazd podlega wyrejestrowaniu na wniosek jego właściciela, w przypadku :

- 1) przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów, na podstawie zaświadczenia o demontażu pojazdu, o którym mowa w ust. 2 bądź w art. 24 ust. 1 pkt 2 lub art. 33 ust. 3 ustawy z dnia 20 stycznia 2005 r. o recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji, albo równoważnego dokumentu wydanego w innym państwie;
- 2) kradzieży pojazdu, jeżeli jego właściciel złożył stosowne oświadczenie pod odpowiedzialnością karną za fałszywe zeznania;

³ Dz. U. z 1951 r., nr 4, poz. 28.

- 3) wywozu pojazdu z kraju, jeżeli pojazd został zarejestrowany za granicą lub zbyty za granicę;
- 4) zniszczenia (kasacji) pojazdu za granicą;
- 5) udokumentowanej trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu bez zmiany w zakresie prawa własności;
- 6) przekazania niekompletnego pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów, na podstawie zaświadczenia o przyjęciu niekompletnego pojazdu, o którym mowa w art. 25 ust. 1 lub art. 33 ust. 3 ustawy o recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji, albo równoważnego dokumentu wydanego w innym państwie.

Należy wyraźnie podkreślić, iż czasowe wycofanie pojazdu z ruchu, o którym mowa w art. 78a ustawy – Prawo o ruchu drogowym, nie powoduje rozwiązania się umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Aktualnie czasowe wycofanie pojazdu z ruchu uzasadnia jedynie zmniejszenie wysokości składki. Stosownie do art. 8 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku czasowego wycofania pojazdu z ruchu w rozumieniu art. 78a ustawy – Prawo o ruchu drogowym, skutkującego zmniejszeniem prawdopodobieństwa wypadku w okresie ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń, na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego, jest obowiązany do proporcjonalnego obniżenia składki ubezpieczeniowej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu. W takiej sytuacji składka ubezpieczeniowa, po uwzględnieniu przysługujących posiadaczowi pojazdu mechanicznego zniżek składki, ulega obniżeniu nie mniej niż o 95%.

3. Odstąpienie od umowy w związku z niezarejestrowaniem pojazdu

Zgodnie z art. 33 pkt 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ulega rozwiązaniu z dniem odstąpienia od umowy w przypadku określonym w art. 29 ust. 3. Art. 29 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych dopuszcza możliwość zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (dla pojazdu samochodowego, ciągnika rolniczego, motoroweru i przyczepu) przed zarejestrowaniem tego pojazdu. W takiej sytuacji posiadacz pojazdu mechanicznego przed zawarciem umowy na żądanie ubezpieczyciela jest zobowiązany do przedstawienia zaświadczenia o pozytywnym wyniku badania technicznego tego pojazdu lub wyciągu ze świadectwa homologacji albo odpisu decyzji zwalniającej z konieczności uzyskania homologacji na dany pojazd mechaniczny. Jeżeli jednak pojazd ten nie zostanie zarejestrowany w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy, każda ze stron (zakład ubezpieczeń lub ubezpieczający) może odstąpić od umowy powiadamiając o tym na piśmie drugą stronę umowy. Rozwiązanie umowy w takim przypadku nastąpi z dniem doręczenia oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy.

4. Wypowiedzenie umowy przez nabywcę pojazdu mechanicznego

Przesłanką rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest również oświadczenie nabywcy o wypowiedzeniu umowy w trybie art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych (art. 33 pkt 4 ustawy). Zgodnie z art. 31 ust. 1 tejże ustawy w razie zbycia pojazdu mechanicznego, którego posiadacz zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, na nabywcę pojazdu przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z tej umowy. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że nabywca wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia nabycia pojazdu mechanicznego. W przypadku złożenia wypowiedzenia umowy w związku z nabyciem rozwiązuje się ona z upływem 30 dni następujących po dniu nabycia pojazdu mechanicznego. Uprawnienie, o którym mowa powyżej, nie dotyczy zmian we współwłasności pojazdu mechanicznego (współposiadaniu pojazdu). Nie dochodzi bowiem do zbycia pojazdu w rozumieniu tego przepisu. Oświadczenie współwłaściciela o wypowiedzeniu umowy w trybie art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, który nabył pozostały udział (pozostałe udziały) w rzeczy, należy uznać za bezskuteczne.

Na gruncie obowiązywania powyższej przesłanki rozwiązania umowy zrodziły się różnice interpretacyjne dotyczące sytuacji, w której w czasie 30-dniowego terminu do wypowiedzenia uległa rozwiązaniu umowa ubezpieczenia, która istniała w chwili nabycia i doszło do zadziałania tzw. klauzuli prolongacyjnej – zawarcia kolejnej umowy na kolejne 12 miesięcy. Zrodziły się wątpliwości, czy uprawnienie nabywcy pojazdu ulega proporcjonalnemu skróceniu do czasu obowiązywania umowy istniejącej w chwili nabycia pojazdu, czy też uprawnienie to odnosi się do każdej umowy obowiązującej w terminie 30 dni od dnia nabycia pojazdu mechanicznego.

Pierwszy pogląd oparty jest o gramatyczną interpretację przepisu art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Formułuje on wniosek, iż termin do wypowiedzenia wprawdzie liczony jest od dnia nabycia pojazdu mechanicznego, jednakże wypowiedzenie dotyczy wyłącznie umowy ubezpieczenia istniejącej w dniu nabycia pojazdu mechanicznego. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych uległa rozwiązaniu w terminie krótszym niż 30 dni od nabycia pojazdu, to przyjmuje się, że uprawnienie do wypowiedzenia ulega proporcjonalnemu skróceniu. Argumentem uzasadniającym tak przyjętą interpretację jest stanowisko, iż nie można skutecznie wypowiedzieć umowy, która już wygaśa, i trudno utrzymywać uprawnienie skoro prawo podmiotowe już nie istnieje. Dodatkowo, określone uprawnienie strony z nieistniejącego zobowiązania nie może być skutecznie przenoszone na nowe zdarzenie kreujące stosunek ubezpieczeniowy, gdyż żaden przepis prawa materialnego takiego skutku nie przewiduje. Przyjęcie tego rodzaju wykładni oznaczałoby, że w razie nabycia pojazdu w ostatnim dniu udzielania ochrony możliwość wypowiedzenia umowy byłaby istotnie ograniczona, jeśli nie faktycznie wyłączona. Jednocześnie, przyjęcie wykładni literalnej skutkowałoby nieuzasadnionym

różnicowaniem sytuacji prawnej nabywców pojazdów mechanicznych w zależności od tego, w jakim dniu (w stosunku do okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej) nabyli pojazd. Wydają się jednak wysoce kontrowersyjne, ażeby ustawodawca zmierzał do osiągnięcia takiego skutku.

Istnieje również drugi pogląd, podzielany przez Rzecznika Ubezpieczonych, który mówi, iż nabywcy przysługuje pełny 30-dniowy termin do wypowiedzenia, nawet w sytuacji gdy pierwotna umowa, istniejąca w chwili sprzedaży wygasła przed jego upływem. W związku z czym uprawnienie to należy odnieść do kolejnej umowy ubezpieczenia, która została zawarta na skutek działania normy z art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pogląd ten uzasadniany jest stanowiskiem, iż brak jest przepisu, który wprost stanowiłby, iż uprawnienie odnosi się tylko i wyłącznie do istniejącej umowy w chwili jej sukcesji poprzez nabycie pojazdu, i że 30-dniowy termin ulega proporcjonalnemu skróceniu w sytuacji jej wcześniejszego wygaśnięcia. Wykładania celowościowa tego przepisu prowadzi do wniosku, iż celem racjonalnego ustawodawcy było przyznanie nabywcy uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC obowiązującej w okresie 30-dniowego terminu od dnia nabycia pojazdu mechanicznego, również tej która została zawarta wskutek działania klauzuli prolongacyjnej wskazanej w art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Na tle występujących różnic interpretacyjnych w omawianej sprawie należy jednak wskazać, że stanowisko strony umowy ubezpieczenia o tym, że umowa nie została wypowiedzenia skutecznie, nie jest wiążące dla drugiej strony stosunku ubezpieczeniowego. Nie rodzi automatycznego skutku w postaci obowiązku zapłaty składki. Jeżeli ubezpieczający jest obiektywnie przekonany o dokonaniu skutecznego wypowiedzenia i o słuszności stanowiska, że termin 30 dni od dnia nabycia pojazdu mechanicznego dotyczy każdej umowy obowiązującej w tym czasie, to istnieją instytucje prawne pozwalające uchylić się od wezwania zakładu ubezpieczeń do zapłaty składki. W tym celu można wnieść, na podstawie art. 189 k.p.c., powództwo do sądu o ustalenie istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego (umowy ubezpieczenia OC) z uwagi na złożone (doręczone) oświadczenie o wypowiedzeniu umowy w trybie art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Również w przypadku skierowania pozwu o zapłatę składki, strona pozwana w sprzeciwie od wydanego wyroku nakazowego może podnieść zarzut bezzasadności roszczenia z uwagi na fakt nieistnienia umowy. Wówczas, sąd po uwzględnieniu sprzeciwu i przeprowadzeniu rozprawy orzeknie o istnieniu lub nieistnieniu przedmiotowego zobowiązania.

Praktyka wskazuje także, iż dla danego pojazdu w danym roku kalendarzowym zawierane jest kilka umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zjawisko to często występuje, gdy dany pojazd mechaniczny jest w krótkim okresie czasu przedmiotem wielokrotnego obrotu, a każdy z kolejnych nabywców zawiera dla tego pojazdu mechanicznego umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W takich sytuacjach nabywca pojazdu mechanicznego często nie wie, że dla danego pojazdu jest zawarta inna umowa (zawarte inne umowy) ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Powstaje zatem zasadne pytanie, co się dzieje w sytuacji, gdy nabywca pojazdu mechanicznego przy zachowaniu należytej staranności nie wiedział lub nie mógł się dowiedzieć, że dla nabywanego pojazdu mechanicznego zawarta jest inna umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, nie wypowiedział jej (bo nie mógł wypowiedzieć) w trybie art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, składka za tę umowę była opłaconą w pełnej wysokości i doszło następnie do działania klauzuli prolongacyjnej, a nabywca zawarł umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC z innym zakładem ubezpieczeń. Od strony teoretycznoprawnej mamy do czynienia nie tylko z tzw. podwójnym ubezpieczeniem OC, ale również z potencjalnym roszczeniami regresowymi względem zbywcy pojazdu mechanicznego. Pytanie, czy w takiej sytuacji ubezpieczający – nabywca pojazdu, poza instytucją zwolnienia z długu, będzie mógł się skutecznie uchylić od zapłaty składki za tą pierwszą umowę. Wydają się, iż w takiej sytuacji istnieje możliwość kontestowania ewentualnego wezwania do zapłaty na podstawie zarzutu opartego na art. 5 k.c. tj., zarzutu nadużycia prawa podmiotowego przez wierzyciela poprzez żądanie zapłaty składki w sytuacji obiektywnej braku świadomości przez dłużnika udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Skuteczna możliwość uchylecia od zapłaty składki, w oparciu o powyższą podstawę prawną i faktyczną, byłaby możliwa dopiero w postępowaniu sądowym.

5. Wypowiedzenie umowy przez właściciela pojazdu mechanicznego w związku z uzyskaniem posiadania pojazdu mechanicznego

Przesłanką rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych stosownie do art. 33 pkt 4 ustawy jest również wypowiedzenie tej umowy przez właściciela samoistnego pojazdu mechanicznego w sytuacji, gdy posiadacz zależny (najemca, korzystający z pojazdu na podstawie umowy użyczenia), który zawarł umowę ubezpieczenia OC utracił tytuł do posiadania tego pojazdu i doszło do przeniesienia posiadania na rzecz właściciela pojazdu. W takim przypadku (analogicznie jak w sytuacji zbycia pojazdu mechanicznego) umowa ubezpieczenia zawarta przez dotychczasowego posiadacza pojazdu mechanicznego ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta, chyba że właściciel pojazdu wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia przejścia posiadania pojazdu na rzecz właściciela. W razie wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z upływem 30 dni od dnia przejścia posiadania pojazdu mechanicznego na rzecz właściciela.

6. Chwila udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza

Zgodnie z art. 33 pkt 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza, z uwzględnieniem art. 79 ust. 1 pkt 5 ustawy – Prawo o ruchu drogowym. Dodatkowo, zgodnie z art. 41 ust. 1 pkt 2 ustawy, zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia przysługuje, z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku

wyrejestrowania pojazdu mechanicznego lub udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza, z uwzględnieniem art. 79 ust. 1 pkt 5 ustawy – Prawo o ruchu drogowym. Ustawodawca wyraźnie odróżnił przesłankę rozwiązania umowy, jaką jest wyrejestrowanie pojazdu, od trwałej i zupełnej utraty posiadania w okolicznościach nie powodujących zmiany posiadacza (właściciela), choć od strony administracyjnoprawnej okoliczność ta stanowi podstawę do wyrejestrowania pojazdu. Ustawodawca przyjął założenie, iż nie ma powodu do istnienia ochrony, jak również obowiązku posiadania ubezpieczenia w okresie pomiędzy chwilą udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, a dniem wyrejestrowania pojazdu. Doszłoby bowiem do sytuacji, w której zakład ubezpieczeń udzielałby ochrony, zaś ubezpieczający byłby zobowiązany do zapłaty składki za okres, w którym brak było przedmiotu ubezpieczenia. Zakresem dyspozycji z art. 33 pkt 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych objęte jest więc udokumentowanie chwili:

- 1) trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza; lub
- 2) trwałej i zupełnej utraty posiadania bez zmian w zakresie prawa własności.

Przedmiotowe rozróżnienie nastąpiło, gdyż zarejestrowanie i wyrejestrowanie pojazdu powiązane jest na gruncie ustawy – Prawo o ruchu drogowym z kwestią własności, zaś na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, obowiązek obowiązkowego ubezpieczenia OC wiązany jest z faktem posiadania pojazdu mechanicznego.

W praktyce ubezpieczeniowej nie ma jednolitego stanowiska, czy przekazanie uszkodzonego w wypadku drogowym pojazdu (którego stopień uszkodzeń został zakwalifikowany jako szkoda całkowita) do stacji demontażu i uzyskanie z powyższego faktu zaświadczenia mieści się w zakresie pojęcia „trwała i zupełna utrata posiadania w okolicznościach nie powodujących zmiany posiadacza”. Można spotkać się z opinią, iż w takiej sytuacji chwilą rozwiązania umowy będzie nie art. 33 pkt 5, lecz dzień wyrejestrowania pojazdu mechanicznego (art. 33 pkt 2 ustawy). Stanowisko to oparte na wniosku, że skoro w ustawie – Prawo o ruchu drogowym, ustawodawca rozróżnił przesłanki wyrejestrowania pojazdu mechanicznego w postaci przekazania pojazdu do demontażu (art. 79 ust. 1 pkt 1) od trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego (art. 79 ust. 1 pkt 5) to ta pierwsza okoliczność nie mieści się w zakresie pojęciowym trwałej i zupełnej utraty posiadania. W sytuacji przekazania uszkodzonego (zniszczonego) pojazdu mechanicznego do demontażu należy przyjąć, że dniem rozwiązania umowy jest dzień wyrejestrowania pojazdu. Interpretacja ta nie jest jednak oparta na wykładni desygnatów pojęć z art. 33 pkt 5 ustawy, lecz na ocenie zastosowanej techniki legislacyjnej w przepisie art. 79 ust. 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym co do przesłanek wyrejestrowania pojazdu mechanicznego.

Odmienne poglądy⁴ opowiada się za jednak uznaniem, że w zakresie pojęcia „trwała i zupełna utrata posiadania” mieści się przekazanie pojazdu mechanicznego do stacji demontażu w celu odzysku lub recyklingu. Stanowisko to można uzasadnić następującymi względami. Przez pojęcie trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza należy rozumieć bezpowrotną utratę lub zniszczenie pojazdu lub co najmniej jego zasadniczych elementów, na podstawie których możliwa byłaby jego identyfikacja. Utrata ta może być wynikiem zniszczenia rzeczy (pojazdu) lub zdarzenia losowego (np. zatopienie pojazdu). Zniszczenie rzeczy (pojazdu) to całkowite unicestwienie rzeczy (np. spalenie się pojazdu, całkowite zniszczenie pojazdu wskutek wypadku drogowego) albo jej likwidacja (demontaż), bądź też utrata przez rzecz najistotniejszych cech użytkowych. Przyczyną zniszczenia rzeczy (pojazdu) może być zaistnienie jakiejś gwałtownej przyczyny zewnętrznej, różnorodnych działań i zdarzeń, to jest zarówno działania właściciela rzeczy, osób trzecich, innych rzeczy, jak też działania sił przyrody. Demontaż pojazdu zakłada działanie celowe (z reguły właściciela pojazdu), ukierunkowane na jego całkowitą likwidację przy użyciu specjalnie do tego celu przystosowanego sprzętu. Demontaż pojazdu jest równoznaczny z całkowitym zniszczeniem rzeczy, niezależnie od faktu, iż jej części składowe mogą być następnie przedmiotem obrotu.

Dalej idąc, należy wskazać, iż przekazanie uszkodzonego (zniszczonego) pojazdu mechanicznego nie przenosi własności do pojazdu mechanicznego. Wydaje się również, iż trudno kwalifikować powyższą okoliczność jako zmianę posiadania w rozumieniu art. 366 k.c. Po stronie posiadacza następuje wprawdzie utrata posiadania w zakresie *corpus possessionis* (fizycznego władania rzeczą), z faktycznym wyłączeniem roszczeń windykacyjnych lub posesoryjnych. Cel ustawy o recyklingu pojazdów wycofanych z eksploatacji powoduje jednak, iż po stronie przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu nie zaistnieje element posiadania w postaci *animus rem sibi habendi* (tj. zamiar posiadania rzeczy przez przedsiębiorcę jako konieczną przesłankę zaistnienia posiadania w rozumieniu art. 366 k.c.), zaś przeprowadzone następnie czynności demontażu prowadzą do całkowitej likwidacji pozostałości z rzeczy. Innymi słowy nie dochodzi również do zmiany posiadania. Po stronie przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu nie zostaną spełnione łącznie 2 przesłanki posiadania – *corpus i animus*.

Powyżej przedstawione argumenty skłaniają więc do uznania, że przekazanie uszkodzonego (zniszczonego) pojazdu do stacji demontażu wyczerpuje przesłanki trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach nie powodujących zmiany posiadacza. Podstawą prawną rozwiązania umowy będzie art. 33 pkt 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zaś chwilą udokumentowania tej okoliczności będzie dzień uzyskania zaświadczenia o przekazaniu pojazdu do stacji demontażu. Przyjęcie odrębnego stanowiska oznaczałoby petryfikację sytuacji, w której istnieje obowiązek posiadania ubezpieczenia OC i zobowiązanie do zapłaty składki pomimo nieistnienia pojazdu mechanicznego.

⁴ Zob. S. Rogowski (red.), *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Poltext, Warszawa 2006, s. 54.

7. Upływ 3 miesięcy od dnia ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń (art. 33 pkt 6 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych)

Zgodnie z art. 33 pkt 6 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych do rozwiązania umowy ubezpieczenia OC dochodzi również z upływem 3 miesięcy od dnia ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 474 i art. 476 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze. Umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych nie ulegnie rozwiązaniu, jeśli kurator ustanowiony przez sąd upadłościowy dla reprezentowania interesów ubezpieczających zawrze umowę o przeniesienie portfela umów obowiązkowego ubezpieczenia OC (art. 472 § 2 Prawa upadłościowego).

8. Odstąpienie przez konsumenta od umowy zawieranej na odległość

Implementacja w ustawie o ochronie praw konsumentów dyrektywy 2020 / 65 / WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. dotyczącej sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość oraz zmieniającej dyrektywę Rady 90 / 619 / EWG oraz dyrektywy 97 / 7 / WE i 98 / 27 / WE⁵, przyznała konsumentom, zawierającym umowy ubezpieczenia na odległość, szczególne uprawnienia. Od dnia 25 sierpnia 2004 r. na podstawie art. 16c ust. 2 wyżej przywołanej ustawy, konsument, który zawarł umowę ubezpieczenia na odległość, może odstąpić od niej bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub jeśli jest termin późniejszy, potwierdzenia na piśmie lub za pomocą innego statecznego nośnika informacji (np. CD-ROM, DVD), informacji dotyczących umowy ubezpieczenia wskazanych w art. 16c ustawy.

Na tle przedmiotowej przesłanki rozwiązania umowy ubezpieczenia, w praktyce stosowania prawa, powstały istotne różnice interpretacyjne w przedmiocie oceny dopuszczalności jej stosowania na gruncie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Można w tej materii przedstawić dwa przeciwstawne stanowiska.

Pierwsze stanowisko opowiada się za niedopuszczalnością odstąpienia od umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w trybie art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów. Stanowisko to oparte jest na twierdzeniu, że zamknięty katalog przesłanek rozwiązania umowy, o których mowa w art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, nie pozwala na rozwiązanie umowy ubezpieczenia OC zawartej na odległość w tym trybie. Gdyby racjonalny ustawodawca zdecydował się na powyższe rozwiązanie to wprowadziłby je do katalogu z art. 33 ustawy. Skoro przesłanka ta nie została objęta zamiarem ustawodawcy to nie ma zastosowania do umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów. Wsparciem dla tego poglądu jest również literalna egzegeza art. 40 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w świetle którego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, wynikająca z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ustaje z chwilą rozwiązania umowy w przypadkach określonych w art. 33. Nieuregulowanie w tym przepisie aktu ustania ochrony od dnia doręczenia oświadczenia o odstąpieniu w trybie art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów, przesądza dodatkowo o niedopuszczalności stosowania tej instytucji do umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC. Powyższe stanowisko uzupełnianie jest również zastosowaniem używanej w procesie wykładni prawa reguły kolizyjnej typu *lex posteriori derogat legi priori* (prawo późniejsze uchyla prawo wcześniejsze). Przyjęto, że jeżeli ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych weszła w życie później niż ustawa o ochronie praw konsumentów i we własny sposób uregulowała przesłanki rozwiązania umowy ubezpieczenia OC to również z uwagi na wynik (skutek) tej reguły kolizyjnej niedopuszczalne jest odstąpienie od umowy ubezpieczenia OC na podstawie art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów. W tym miejscu należy wskazać na pewną błędność tego twierdzenia, ponieważ art. 16c ustawy o ochronie praw konsumentów wszedł w życie z dniem 25 sierpnia 2004 r., zaś ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych z dniem 1 stycznia 2004 r. Porównywanie więc daty wejścia w życie całych aktów normatywnych dla uzasadnienia niestosowania prawa odstąpienia dla umów ubezpieczenia OC w oparciu o powyższą regułę kolizyjną, i w oderwaniu od faktu nowelizacji ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie praw konsumentów w tym obszarze, należy uznać za zabieg nie tylko nietrafny, ale i istotnie osłabiający tak przyjętą interpretację.

W praktyce ubezpieczeniowej istnieje jednak przeciwstawny pogląd, który prezentowany jest nie tylko przez część przedstawicieli doktryny prawa, ale również przez instytucje oraz organy nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym i ochrony praw konsumentów tj., przez Rzecznika Ubezpieczonych, Komisję Nadzoru Finansowego (KNF) oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK). Pogląd ten jednoznacznie uznaje, że art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów ma zastosowanie do umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która została zawarta na odległość. Wprawdzie opierany jest częściowo na nieco odmiennych argumentach, ale co najważniejsze, jest tożsamy w skutkach.

Zdaniem P. Filipiaka⁶ należy opowiedzieć się za stosowaniem ustawy o ochronie praw konsumentów w zakresie prawa odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC, która została zawarta na odległość. Taki wniosek zgodny jest z przyjętym zakresem wdrożeniem dyrektywy 2002 / 65 / WE oraz z wykładnią funkcjonalną, opartą na przyznaniu prymatu wartości wzmożonej ochrony praw konsumentów, nad ochroną praw poszkodowanych, których interesy zostały dodatkowo zabezpieczone poprzez instytucję UFG, gdyby po odstąpieniu umowy zawartej na odległość, posiadacz pojazdu nie zawarłby umowy i w związku z ruchem jego pojazdu zostałaby wyrządzona szkoda.

⁵ Dz. Urz. L. 271/09/10/2002 P 0616–0024.

⁶ Por. P. Filipiak, *Dopuszczalność odstąpienia przez konsumenta od umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartej na odległość*, Prawo Asekuracyjne nr 1 (58) 2009.

W świetle stanowiska KNF uprawnienie, o którym mowa w art. 16c ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, powinno mieć zastosowanie w przypadku umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która została zawarta na odległość⁷. W opinii KNF nawet jeśli przepisy polskiego prawa krajowego nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy uprawnienie takie ubezpieczającym przysługuje, należy odwołać się do wykładni „prowspółnotowej”, wynikającej z jednej z fundamentalnych zasad prawa wspólnotowego jaką jest zasada lojalności. W przedmiotowej sytuacji rezultatem zastosowania takiej wykładni będzie przyznanie regulacji o ochronie praw konsumentów pierwszeństwa w zastosowaniu przed przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Rzecznik Ubezpieczonych, w toku rozpoznawania skarg w sprawach indywidualnych i w wystąpieniach kierowanych do organów nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym i ochrony praw konsumentów, również zajmuje stanowisko o dopuszczalności stosowania uprawnienia konsumenta do odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która została zawarta na odległość, w trybie i na zasadach określonych w ustawie o ochronie praw konsumentów. Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych oparte jest na wynikach zastosowanych w procesie wykładni reguł kolizyjnych *lex posteriori derogat legi priori* (prawo późniejsze uchyla wcześniejsze) oraz *lex specialis derogat legi generali* (przepis szczególny uchyla przepis ogólny). Sięgnięcie do tych reguł wynika z przyjęcia założenia o istnieniu kolizji pomiędzy ustawą o ochronie praw konsumentów i ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych, przejawiającej się w tym, że art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych przewiduje możliwość rozwiązania umowy tylko w przypadkach w nim wskazanych (nie zezwala na rozwiązanie umowy z innych przyczyn niż w nim wskazane), zaś art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów zezwala na odstąpienie od umowy ubezpieczenia zawartej na odległość, a więc normuje zdarzenie, które nie zostało uregulowane na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Jeżeli chodzi o pierwszą regułę kolizyjną to Rzecznik Ubezpieczonych wskazuje, że uprawnienie, o którym mowa w art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów, weszło w życie z dniem 25 sierpnia 2004 r., zaś ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2004 r. Tak więc w świetle powyższej reguły kolizyjnej art. 16c ustawy o ochronie praw konsumentów jest regulacją późniejszą i w związku z tym ma pierwszeństwo w zastosowaniu do umów ubezpieczenia OC posiadaczy zawieranych na odległość. Wynikiem zastosowania drugiej reguły kolizyjnej jest uznanie przez Rzecznika Ubezpieczonych, iż ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych jest regulacją ogólną w stosunku do ustawy o ochronie praw konsumentów. Konkluzja tego rodzaju wynika z porównania zakresu przedmiotowego art. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych i art. 16c ustawy o ochronie praw konsumentów. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych dotyczy wszelkich umów obowiązkowego ubezpieczenia, zaś art. 16c ustawy o ochronie praw konsumentów dotyczy jedynie umów ubezpieczenia zawartych na odległość. Stosując więc wnioskowane *lex specialis derogat legi generali*, Rzecznik Ubezpieczonych przyznał pierwszeństwo w stosowaniu art. 16c ust. 2 ustawy o ochronie praw konsumentów jako przepisu szczególnego względem ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, i tym samym dopuszczalność odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC, zawartej na odległość w tym trybie. Wyniki zastosowania powyższych reguł kolizyjnych skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do zajęcia formalnego stanowiska o dopuszczalności odstąpienia od umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która została zawarta na odległość na podstawie przepisów ustawy o ochronie praw konsumentów.

Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym obszarze zostało podzielone przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów⁸. Także Prezes UOKiK zajął stanowisko, iż w świetle obowiązujących przepisów, konsumentowi przysługuje prawo do odstąpienia od umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w przypadku zawarcia takiej umowy na odległość.

Literatura:

- 1) Z. Brodecki, M. Serwach, *Prawo Ubezpieczeń Gospodarczych. Komentarz*, Zakamycze 2005.
- 2) S. Rogowski (red.), *Ubezpieczenia Komunikacyjne*, Poltext, Warszawa 2008.

⁷ Stanowisko to zostało przedstawione w piśmie KNF do Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 8 września 2009 r. (znak: DPP / 023 / 591 / 4 / 09 / BW).

⁸ Pismo Prezesa UOKiK do Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 9 kwietnia 2009 r. (znak DDK-076-33 / 09 / SN).

Dopuszczalność zatrzymania pojazdu przez warsztat w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń nie pokrył w pełni kosztów naprawy

Czy warsztat może „zaaresztować” mój samochód i żądać ode mnie zapłaty, jeżeli zakład ubezpieczeń nie zapłacił wszystkich kosztów naprawy?

Wydawać by się mogło, że odpowiedź na tak postawione pytanie jest prosta, gdyż wynika wprost z treści art. 461 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹.

„§ 1. Zobowiązany do wydania cudzej rzeczy może ją zatrzymać aż do chwili zaspokojenia lub zabezpieczenia przysługujących mu roszczeń o zwrot nakładów na rzecz oraz roszczeń o naprawienie szkody przez rzecz wyrządzoną (prawo zatrzymania).

§ 2. Przepisu powyższego nie stosuje się, gdy obowiązek wydania rzeczy wynika z czynu niedozwolonego albo gdy chodzi o zwrot rzeczy wynajętych, wdzierżawionych lub użyczonych.”

W świetle tego przepisu wydaje się jasne, że warsztat może zatrzymać naprawiany samochód do czasu uzyskania pełnej zapłaty za wykonaną usługę.

Na szczęście, dla konsumentów spotykających się z tego rodzaju problemem, sytuacja nie jest aż tak oczywista jak mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka.

Należy zauważyć, że nawet gdy koszt naprawy samochodu pokrywany ma być z ubezpieczenia, umowa o naprawę samochodu zawierana jest pomiędzy jego właścicielem, a warsztatem (nawet jeżeli szkoda ma być likwidowana tzw. metodą bezgotówkową).

W mojej ocenie umowa o naprawę samochodu wypełnia przesłanki do uznania jej za umowę o dzieło. Warsztat zobowiązuje się do wykonania dzieła w postaci naprawienia uszkodzeń, a zamawiający zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia.

Jednocześnie właścicielowi należy się od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie, którego wysokość może zależeć od wielu czynników (m.in. takich jak okoliczności, w których powstała szkoda, rodzaj umowy ubezpieczenia (OC komunikacyjne² czy AC³) lub wariant w jakim została zawarta umowa AC).

W praktyce może się zdarzyć taka sytuacja, w której zgodnie z umową ubezpieczenia wypłacane odszkodowanie będzie mniejsze niż koszty naprawy (np. w przypadku OC komunikacyjnego może to być sytuacja w której poszkodowany przyczynił się do powstania szkody, a w przypadku AC sytuacja, w której z treści umowy ubezpieczenia wynika potrącenie udziału własnego).

Oczywiście z perspektywy warsztatu naprawczego nie jest istotne czy zapłata za naprawę pojazdu sfinansowana zostanie ze środków własnych zamawiającego czy z wypłaconego mu odszkodowania.

Problematyczna sytuacja może powstać jeżeli odszkodowanie, wypłacane przez zakład ubezpieczeń, przekazywane jest bezpośrednio na rzecz warsztatu, który podjął się naprawy i jest ono niższe niż faktyczne koszty naprawy, na które zostały wystawione rachunki. Zdarza się, że warsztat chcąc niejako „wymóc” na właścicielu dopłatę należnych kwot, odmawia wydania pojazdu do czasu uregulowania należności powołując się na przywołany powyżej art. 461 k.c.

W tym miejscu należy szczegółowiej rozważyć treść art. 461 k.c.

Wynika z niego prawo zatrzymania rzeczy, którą dłużnik uprzednio powierzył wierzycielowi, a wierzyciel zobowiązany jest zwrócić ją dłużnikowi. Prawo zatrzymania rzeczy (*ius retentionis*) istnieje do czasu, gdy dłużnik zaspokoi zasadne roszczenia wierzyciela lub zostaną one zabezpieczone. Warunkiem dla możliwości zatrzymania jest by roszczenia wierzyciela były wymagalne oraz by wynikały ze szkody wyrządzonej wierzycielowi przez rzecz lub były roszczeniami wynikającymi z poczynionych przez niego nakładów na rzecz (chodzi tu zarówno o nakłady konieczne jak i użyteczne).

Wierzyciel może rzecz jedynie zatrzymać; nie ma możliwości zaspokojenia swoich roszczeń z rzeczy chyba, że rzecz ta przynosi korzyści. W takim razie w granicach zwykłego zarządu (a do takiego zobowiązana będzie osoba zatrzymująca rzecz w swoim władaniu) będzie pobieranie korzyści i z nich zaspokojenie swoich słusznych roszczeń. Nie wolno podmiotowi, który rzecz zatrzymał, używać jej w żadnym innym celu niż zabezpieczenie swoich roszczeń. Jednocześnie wierzyciel ma obowiązek czuwania nad bezpieczeństwem rzeczy⁴. Przepis nie uznaje za istotne różnicę pomiędzy wysokością roszczenia,



Marcin Bielecki
referent prawny
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm. (dalej: k.c.).

² Umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

³ Autocasco.

⁴ E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 2, Warszawa 2006, s. 792.

a wartością zatrzymanej rzeczy tak więc należałoby uznać, że dopuszczalne jest zatrzymanie rzeczy nawet wielokrotnie więcej wartej niż wysokość roszczenia.

Zakładając zatem, że naprawiany pojazd nie wyrządził szkody właścicielowi warsztatu, jedyna możliwa sytuacja, w której warsztat naprawczy mógłby odmówić wydania naprawionego pojazdu jego właścicielowi, powstaje, gdy warsztat ma roszczenie do właściciela pojazdu o zwrot nakładów, które musiał poczynić w celu utrzymania pojazdu w takim samym stanie.

Rodzi to z kolei pytanie czym są nakłady, o których mowa w art. 461 k.c.

W mojej ocenie pojęcie „nakłady” użyte zostało w tym samym sensie w jakim używane jest ono w art. 226 k.c. Przepis ten za nakłady uznaje dobrowolne użycie własnych dóbr majątkowych na rzecz innej osoby (np. właściciela rzeczy) niezależnie od tego jaką, a nawet czy wolę w tym względzie wyrażała. Za nakłady należy zatem uznać wszelkie inwestycje utrzymujące rzecz w należyтым stanie lub ulepszające ją, poczynione niezależnie od woli właściciela rzeczy. To jest cecha, która pozwala rozróżnić nakłady od świadczeń. Za świadczenie należy uznać zachowanie się dłużnika, spełnione na poczet długu, zgodnie z treścią zobowiązania (por. wyrok SN z dnia 15 maja 2001 r., sygn. akt I CKN 354 / 2000; uchwała SN z dnia 11 października 1990 r., sygn. akt III CZP 58 / 90)⁵.

Stosunek prawny, jaki istnieje pomiędzy właścicielem pojazdu, a warszatem naprawczym, polega na tym, że zakład zobowiązał się naprawić samochód, a zamawiający uiszczyć na jego rzecz stosowne wynagrodzenie. Wykonanie naprawy (w oparciu o umowę o dzieło) nie może być traktowane jako nakład na samochód, ale jako wykonanie zobowiązania.

Tym samym zakład naprawczy nie ponosi nakładów na pojazd, a wykonuje usługę naprawy pojazdu.

Skoro zaś pojazd nie wyrządził szkody ani warsztat naprawczy nie poniósł nakładów na pojazd to warsztat nie ma możliwości powołania się na art. 461 k.c. jako podstawę zatrzymania samochodu do czasu dokonania zapłaty.

Oczywiście, nie zmienia to postaci rzeczy, że jeżeli usługa naprawy została wykonana zgodnie z umową to warsztat ma prawo do umówionego wynagrodzenia. Jeżeli zakład ubezpieczeń, zobowiązany do wypłaty odszkodowania, odmawia wypłaty odszkodowania w wysokości kosztów naprawy to, co do zasady, zlecający naprawę zobowiązany będzie do pokrycia różnicy pomiędzy kwotą wypłaconą przez ubezpieczyciela, a faktycznymi kosztami naprawy. Jednakże nawet jeżeli właściciel uchyla się od dopłaty wymaganej kwoty warsztat nie może odmówić wydania pojazdu jego prawowitemu właścicielowi.

⁵ *Tamże*, s. 367.

Roszczenie regresowe zakładu ubezpieczeń po wypłacie odszkodowania z ubezpieczenia mienia

Zdarza się nierzadko, iż osoby poszkodowane w wyniku cudzych działań lub zaniechań sięgają do swych ubezpieczeń mienia, by otrzymać odszkodowanie. Bywa tak nie tylko w przypadku wystąpienia szkód komunikacyjnych, w których uruchamiane jest ubezpieczenie autocasco, ale także szkód dotyczących innego mienia, np. mieszkań, czy też sprzętu domowego. Dość częstym przypadkiem jest także występowanie o odszkodowanie z własnego ubezpieczenia mieszkania, w przypadku tzw. szkody zalaniowej, choć za szkodę odpowiedzialna jest osoba trzecia.

Zgodnie z art. 828 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹ z dniem zapłaty odszkodowania na ubezpieczyciela przechodzą roszczenia ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości wypłaconego odszkodowania. Wprawdzie z brzmienia tego przepisu wynika, iż strony mogą się umówić inaczej – np. określić inną datę przejścia roszczeń, czy też ograniczyć ich wysokość – jednak ustalenia takie są możliwe jedynie w przypadku indywidualnie negocjowanych umów ubezpieczenia, nie zaś umów adhezyjnych. Art. 828 k.c. jest szczególnym przypadkiem wstąpienia w prawa zaspokojonego wierzyciela, tj. instytucji prawnej określonej w art. 518 § 1 pkt 4 k.c. Stanowi on, iż osoba trzecia, która spłaca wierzyciela, nabywa spłaconą wierzytelność do wysokości dokonanej zapłaty, jeśli przewidują to przepisy szczególne – takim szczególnym przepisem jest przepis art. 828 k.c., regulujący roszczenie zwrotne w zakresie ubezpieczeń. Korzystając z tego prawa, po wypłacie odszkodowania z ubezpieczenia mienia, zakłady ubezpieczeń najczęściej występują z roszczeniem zwrotnym do sprawcy szkody, lub do jego ubezpieczyciela. Z samej istoty wejścia w prawa zaspokojonego wierzyciela wynika fakt, iż zakład ubezpieczeń, aby skutecznie dojść roszczenia, musi wykazać jego zasadność, także co do jego wysokości. Wykazanie zasadności roszczenia w przypadku odpowiedzialności na zasadzie winy wymaga udowodnienia winy sprawcy. Oznacza to, iż aby zakład ubezpieczeń odzyskał wypłaconą kwotę, winien przesłankę tę wykazać.

Z obserwacji wynika, iż kierując roszczenie regresowe do sprawcy szkody, zakłady ubezpieczeń poprzestają na przesłaniu pisma, stanowiącego wezwanie do zapłaty określonej w nim kwoty oraz wskazaniu rodzaju polisy, na podstawie której odszkodowanie zostało wypłacone. Nie zostaje jednak przekazana żadna informacja na temat zakresu szkód i sposobu wyliczenia odszkodowania. Osobie, do której ubezpieczyciel występuje z regresem, nie przysługuje wgląd w dokumentację zgromadzoną w toku likwidacji szkody z ubezpieczenia mienia – jest ona bowiem osobą całkowicie spoza stosunku ubezpieczenia. Jednocześnie, zgodnie z istotą prawa zobowiązań, wierzyciel – a więc w tym przypadku zakład ubezpieczeń – musi wykazać zasadność swych żądań. Cel ten może osiągnąć wyłącznie wówczas, gdy okaże dokumenty, przesądzające o jego prawie do dochodzenia tych właśnie roszczeń i w takim właśnie zakresie. Tymczasem ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej², w art. 19 ust. 1 stanowi, iż zakład ubezpieczeń i osoby w nim zatrudnione lub osoby i podmioty, za pomocą których zakład ubezpieczeń wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej poszczególnych umów ubezpieczenia. Może wprawdzie zrodzić się wątpliwość, jaka informacja jest informacją, dotyczącą poszczególnych umów ubezpieczenia, a co nią nie jest, jednak z pewnością za taką zostanie uznana każda, którą zawarto w dokumentacji likwidacyjnej. Wprawdzie, stosownie do ust. 2 pkt 20 powołanego przepisu zachowanie tajemnicy ubezpieczeniowej nie dotyczy ubezpieczającego, ubezpieczonego, a także uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jednak w tym przypadku sprawca szkody żadną z tych osób nie jest. To z kolei oznacza, iż w przypadku, gdy sprawca szkody kwestionuje swą odpowiedzialność lub wysokość szkody, wykazanie zasadności roszczenia przez zakład ubezpieczeń będzie się wiązało z koniecznością wszczęcia postępowania sądowego. Wówczas osoba, która nie uznała roszczenia regresowego, tj. pozwany, będzie mogła zapoznać się z materiałem dowodowym przedstawionym przez zakład ubezpieczeń. Materiał ten z pewnością będzie odzwierciedlał dokumentację zgromadzoną w toku likwidacji szkody, która nie mogła być wcześniej przez ubezpieczyciela okazana ze względu na obowiązek zachowania tajemnicy ubezpieczeniowej, zawarty w art. 19 ust. 1 wskazanej ustawy. W konsekwencji, dochodzenie roszczeń regresowych – lub potwierdzenie braku podstaw do tego roszczenia – niepotrzebnie staje się i dłuższe, i znacznie bardziej kosztowne. Na marginesie warto jednak postawić pytanie, na ile akta likwidacji szkody z ubezpieczenia mienia, np. ubezpieczenia mieszkania, zawierają dokumenty pozwalające stwierdzić czyjąkolwiek winę. Nie jest bowiem – i być nie może – warunkiem wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia mienia, np. w przypadku szkód zalaniowych, potwierdzenie odpowiedzialności za tę szkodę osoby trzeciej. W konsekwencji, szczególnie wobec braku po stronie tej osoby obowiązku współpracy, a przez to trudności z wykazaniem winy tej osobie, bardzo utrudnione może być skuteczne dochodzenie wobec niej roszczenia regresowego. Istnieje wprawdzie po stronie dłużnika wynikający z art. 354 k.c. obowiązek należytego wykonania zobowiązania, jednak zobowiązanie to powstaje dopiero po wykazaniu potencjalnemu sprawcy (dłużnikowi) odpowiedzialności za powstałą szkodę. Likwidując szkodę na podstawie umowy ubezpieczenia OC i realizując zasadę ciężaru dowodu wynikającą z art. 6 k.c., zakład ubezpieczeń wymaga – w przypadku odpowiedzialności na zasadzie winy – wykazania przez poszkodowanego winy sprawcy. Ta sama zasada powinna obowiązywać w przypadku dochodzenia przez ubezpieczyciela roszczeń regresowych przeciwko sprawcy szkody, gdyż każdy dłużnik – tu sprawca szkody – winien mieć możliwość zweryfikowania roszczeń kierowanych do niego przez wierzyciela. Jest to szczególnie istotne w przypadku, gdy dłużnik nie miał żadnego wpływu na ustalenia ubezpieczyciela zarówno co do stanu faktycznego, jak i prawnego. O ile wykazanie prawa regresu będzie łatwiejsze np. w przypadku szkód likwidowanych z autocasco – głównie dzięki notatkom policyjnym i innym środkom dowodowym – o tyle w innych ubezpieczeniach mienia, szczególnie w przypadku szkód zalaniowych wyrządzonych przez osoby fizyczne, wykazanie tego prawa może być znacznie trudniejsze.



Ewa Kiziewicz
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm. (dalej: k.c.).

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

Ubezpieczenie NNW dzieci i młodzieży szkolnej i akademickiej – podstawowe zagadnienia

Wprowadzenie

Najpopularniejszym ubezpieczeniem wśród dzieci i młodzieży jest szkolne lub studenckie ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW). Większość rodziców, czy też studentów decyduje się na zawarcie takiej umowy ubezpieczenia w szkole, na uczelni, gdyż tak jest zazwyczaj najłatwiej i niedrogo. Większość spośród zakładów ubezpieczeń posiada w swojej ofercie produkt przygotowany specjalnie dla uczących się dzieci i młodzieży. Są nawet osoby, które przypuszczają, iż w przypadku dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół jest to ubezpieczenie obowiązkowe. Choć nie jest to prawdą, trzeba przyznać, iż jest to ubezpieczenie zawierane masowo.

Ubezpieczenie NNW należy do grupy ubezpieczeń osobowych. Należy je odróżnić od innych ubezpieczeń osobowych, którymi są ubezpieczenia na życie. Mimo, iż oba ubezpieczenia należą do tej samej grupy, w przypadku ubezpieczeń NNW istotne elementy umowne ukształtowane są w sposób zbliżony do ubezpieczeń majątkowych. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków prawo do uzyskania świadczenia z umowy ubezpieczenia uzależnione jest od ulegnięcia przez ubezpieczonego nieszczęśliwemu wypadkowi powodującemu skutki określone w warunkach ubezpieczenia.

Ubezpieczenie NNW młodzieży szkolnej jest najczęściej zawierane w formie ubezpieczenia grupowego, wówczas ubezpieczającym jest szkoła, uczelnia. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy natomiast dzieci, studentów, nauczycieli oraz pozostałych pracowników placówki oświatowej.

Zawarte w sposób przemyślany ubezpieczenie NNW jest bardzo potrzebnym ubezpieczeniem, z którego warto korzystać.

Przedmiot, zakres i wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu NNW dzieci i młodzieży

Przedmiotem ubezpieczenia NNW dzieci i młodzieży szkolnej są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego. Nieszczęśliwy wypadek definiuje się najczęściej jako nagłe (gwałtowne) zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Ubezpieczenie obejmuje wypadki, jakim ubezpieczeni mogą ulec w czasie nauki, pracy lub pobytu w zakładzie opiekuńczym, w drodze do szkoły, pracy lub zakładu opiekuńczego, jak również w życiu prywatnym. Ochrona ubezpieczeniowa może rozciągać się również na wypadki powstałe podczas obozów i zielonych szkół. Na rynku można też spotkać odrębne ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przygotowane specjalnie dla uczestników kolonii i obozów. Zwykle ochrona ubezpieczeniowa odnosi się do nieszczęśliwych wypadków powstałych na terenie naszego kraju w zakresie całodobowym. Zazwyczaj też za opłatą dodatkowej składki można rozszerzyć zakres terytorialny na inne kraje.

Zakres ubezpieczenia może obejmować takie następstwa nieszczęśliwych wypadków jak: śmierć ubezpieczonego, trwałe inwalidztwo ubezpieczonego, złamania kości, określone w umowie urazy, cięższe oparzenia i odmrożenia (tutaj ubezpieczyciele wprowadzają znaczne ograniczenie odpowiedzialności poprzez stosowanie niskich limitów), wstrząśnienie mózgu, powstanie ran, blizn. Ponadto, w zakresie ubezpieczenia coraz częściej możemy spotkać możliwość uzyskania jednorazowego świadczenia z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu oraz jednorazowego zasiłku z tytułu niezdolności ubezpieczonego do nauki lub pracy.

W istniejącej na naszym rynku ofercie ubezpieczycieli uwagę zwraca wariantowość omawianego ubezpieczenia z możliwością rozbudowania go o szereg dodatkowych opcji.

Mogą należeć do nich, ograniczane określonym procentem sumy ubezpieczenia, zwroty udokumentowanych kosztów:

- przeszkolenia oraz przekwalifikowania zawodowego;
- nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, leczenia;
- w określonych przypadkach leczenia ponadstandardowego;
- leczenia za granicą;
- pogrzebu w przypadku śmierci ubezpieczonego.

Powyższe świadczenia mogą przysługiwać pod warunkiem, gdy koszty te zostały poniesione w wyniku doznania nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu warunków umowy.

Ponadto, dodatkowo można rozszerzyć ochronę ubezpieczeniową m.in. o świadczenia:

- na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- na wypadek stwierdzenia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego;
- z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej;
- zwrot opłaconego czesnego;
- progresywne (niezależne od świadczenia podstawowego najczęściej uzależnianego od wystąpienia we wskazanym w warunkach umowy okresie poważanego uszczerbku na zdrowiu, często powyżej 60%).

W ofertach ponadstandardowych można spotkać dodatkowe postanowienia dostosowane do specyfiki i potrzeb osób objętych ochroną ubezpieczeniową noszące czasami cechy świadczeń występujących często przy ubezpieczeniach



Anna Dąbrowska
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

zyciowych. Stosowane są też zwolnienia z obowiązku opłacania składki i ulgi z przyczyn socjalnych dla części ubezpieczonych, bądź też przy zawarciu umowy dodatkowo przekazanie przez ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczającego określonej darowizny.

Z ochrony ubezpieczeniowej przeważnie wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane na skutek:

- usiłowania lub popełnienia samobójstwa albo przestępstwa, udziału w bójkach;
- spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;
- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, udziału w zamieszkach, rozruchach, niepokojach społecznych, strajkach, aktach terroryzmu itd.;
- kierowania po drogach publicznych pojazdami mechanicznym, jazdy rowerem bądź obsługi urządzeń bez wymaganych uprawnień;
- śmierci i innych uszczerbków powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia, wadliwie wykonanych zabiegów, chorób zawodowych, infekcji;
- wyczynowego uprawiania sportu, przy czym za opłatą dodatkowej składki istnieje możliwość ubezpieczenia tego ryzyka.

Ponadto, ubezpieczyciele wyłączają zazwyczaj spod ochrony ubezpieczeniowej choroby zawodowe, tropikalne oraz wszelkie choroby lub stany chorobowe, nawet takie które wystąpiły nagle.

Warto też wspomnieć, iż całoroczne ubezpieczenia NNW zwykle, wraz z ubezpieczeniem kosztów leczenia, dodawane są do kart młodzieżowych, popularnych szczególnie wśród studentów wyższych uczelni, którzy podróżują. Ubezpieczenia te bowiem najczęściej obejmują terytorium całego świata. Przydatne jest szczególnie tym, którzy wyjeżdżają za granicę do pracy wakacyjnej, na stypendia, staże naukowe, praktyki. Mogą obejmować także ryzyka związane z uprawianiem sportu. Tutaj też występują różne sumy ubezpieczenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, na które warto zwrócić uwagę przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.

Ważne kwestie

Z każdego z zawartych ubezpieczeń NNW mamy prawo otrzymać niezależne świadczenia. W przypadku ubezpieczeń osobowych dopuszczalna jest bowiem kumulacja świadczeń – czyli mówiąc praktycznie ile posiadamy umów NNW tyle otrzymamy świadczeń. Otrzymamy je również niezależnie od tego, czy otrzymujemy po wypadku świadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) czy jakiegokolwiek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, np. posiadaczy pojazdów mechanicznych. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2001 r. (sygn. akt I PKN 241 / 00) sąd uznał, że odszkodowanie z tytułu zawarcia dobrowolnej umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie podlega zaliczeniu na poczet zadośćuczynienia za krzywdę przysługującego od osoby ponoszącej odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną wypadkiem przy pracy, bowiem są to świadczenia z różnych tytułów.

Ponadto, dobrze pamiętać o zawarciu umowy, w ramach której będzie możliwe uzyskanie świadczenia stanowiącego odczuwalną rekompensatę i rzeczywistą pomoc finansową dla ubezpieczonego. Warto więc wybrać ubezpieczenie z odpowiednio wysoką sumą ubezpieczenia. Wysokość świadczenia jest bowiem ściśle z nią powiązana.

Podstawowym świadczeniem, wypłacanym z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu przy uszczerbku w wysokości 100% oraz w wypadku śmierci, jest kwota odpowiadająca pełnej sumie ubezpieczenia. Natomiast w przypadku częściowego uszczerbku na zdrowiu – określony procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku wyznaczanemu coraz częściej w warunkach umowy w tzw. tabeli rodzajów uszczerbków na zdrowiu.

Mechanizm wypłaty świadczeń z ubezpieczenia NNW przy uszczerbkach częściowych, których w praktyce występuje najwięcej, polega na tym, że suma ubezpieczenia mnożona jest przez ustalony w tabeli procent trwałego uszczerbku na zdrowiu. Niskie sumy ubezpieczenia, które jak obserwujemy dominują w młodzieżowych ubezpieczeniach NNW prowadzą do rozczarowań związanych z wysokością przyznanych świadczeń, przykładowo bowiem, gdy mamy do czynienia z uszczerbkiem na zdrowiu na poziomie 2% przy sumie ubezpieczenia 5 000 zł przyznane świadczenie odszkodowawcze wyniesie 100 zł.

Ważne jest także, aby dochować obowiązków wynikających z umowy. Obowiązki ubezpieczonych w przypadku zaistnienia szkody są regulowane przez ubezpieczyciela w zbliżony sposób. Przede wszystkim ubezpieczony ma obowiązek złagodzić skutki wypadku poprzez poddanie się opiece i zaleceniom lekarskim oraz niezwłocznie po zakończeniu leczenia powiadomić o wypadku zakład ubezpieczeń. Ubezpieczony powinien również przedstawić szczegółowo okoliczności wypadku, a w szczególności przekazać posiadaną dokumentację medyczną związaną z wypadkiem. W celu wyjaśnienia okoliczności wypadku czasami konieczne jest także zwolnienie zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy, u których się leczyl z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażenie zgody na udostępnianie dokumentacji z przebiegu leczenia.

Problemy w praktyce obrotu

Z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych skargi dotyczące ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – w pierwszym kwartale 2010 r. stanowiły 1,9% wszystkich skarg, w tym udział skarg odnoszących się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej wyniósł 0,5%. Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania świadczenia z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenia, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń – nie mieściło się ono w granicach odpowiedzialności oraz spory o wysokość odszkodowania – tutaj zarzuty dotyczyły zaniżenia rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu i zbyt niskiej kwoty przyznanego świadczenia.

Dodatkowo, analizując grupę skarg NNW zawieranych na rzecz dzieci, młodzieży i studentów przez szkoły, uczelnie i placówki wychowawcze, można zauważyć, iż wskazują one na pewne błędy i zaniedbania występujące w okresie

poprzedzającym zawarcie umowy i to zarówno po stronie ubezpieczających (pracownicy szkół, uczelni itd.), którzy na ogół decydują o wyborze konkretnego rodzaju umowy ubezpieczenia oraz ubezpieczyciela, jak i po stronie pośredników ubezpieczeniowych, którzy nie zawsze potrafią doradzić i przygotować odpowiedni do potrzeb ubezpieczonych zakres ochrony ubezpieczeniowej. Z analizy tych skarg wynika również, iż brak jest dostatecznej informacji skierowanej do rodziców odnośnie warunków zawieranej na rzecz ich dzieci umowy ubezpieczenia. Wydaje się, iż można o to winić przede wszystkim kierownictwo szkół, które często *de facto* nie włącza rodziców w proces wyboru ubezpieczyciela i negocjowania warunków konkretnej umowy¹.

Warto zauważyć, iż w przypadku ubezpieczeń NNW coraz rzadziej likwidacja szkód przebiega przy czynnym udziale komisji lekarskich, które po zakończeniu leczenia na podstawie badania ubezpieczonego oraz przedłużonej dokumentacji medycznej orzekają uszczerbek na zdrowiu, doznany na skutek nieszczęśliwego wypadku. Coraz powszechniejszym rozwiązaniem jest stosowanie tabel, w których od razu każdemu rodzajowi trwałego uszczerbku na zdrowiu jest przyporządkowany konkretny procent sumy ubezpieczenia. W zasadzie wydaje się, że jest to bardziej przejrzysty model likwidacji szkód, jednakże w przypadku zastosowania sztywnych tabel rodzajów uszczerbków na zdrowiu, wiele uszczerbków na zdrowiu doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku – z racji pominięcia ich w tabeli – pozostaje poza ochroną ubezpieczeniową.

Problemem stają się więc również ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, czy wręcz „ciasny” zakres ochrony ubezpieczeniowej. Przeglądając warunki omawianych umów przykładowo dostrzegamy całkowity brak ochrony ubezpieczeniowej w przypadku doznania przez ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku obrażeń wewnętrznych, które są często bardzo poważne w skutkach.

Do Rzecznika Ubezpieczonych coraz częściej zgłaszane są sprawy związane z odmową wypłaty świadczenia z powodu braku objęcia danego wypadku ochroną ubezpieczeniową, np. nie bez znaczenia może okazać się to, czy doznaliśmy skręcenia, zwichnięcia, czy też złamania. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszelkich urazów spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Przykładowo, ochroną może być objęte tylko zwichnięcie i złamanie, a bardzo często występujące skręcenia już nie i tutaj pojawia się właśnie niezadowolenie po stronie ubezpieczonych. Czytając ogólne warunki ubezpieczeń NNW można zauważyć, że ubezpieczyciele chcą udzielać ochrony jedynie w przypadku naprawdę poważnych uszkodzeń ciała.

Doświadczenia Biura Rzecznika Ubezpieczonych dowodzą także, iż w przypadku młodzieżowych ubezpieczeń NNW dominują niskie sumy ubezpieczenia. Prowadzi to do rozczarowań związanych z wysokością przyznanych świadczeń, przykładowo bowiem, gdy mamy do czynienia z uszczerbkiem na zdrowiu na poziomie 2% przy sumie ubezpieczenia 5 000 zł przyznane świadczenie odszkodowawcze wyniesie 100 zł. Zbyt niskie sumy ubezpieczenia skutkują wypłatą niskich, czasem wręcz symbolicznych świadczeń.

Rzecznik otrzymuje także czasem sygnały od rodziców ubezpieczonych dzieci dotyczące odmowy udostępniania przez ubezpieczające placówki oświatowe warunków umowy ubezpieczenia.

Przypomnijmy, że kodeks cywilny w brzmieniu obowiązującym od dnia 10 sierpnia 2007 r. przewiduje w art. 808 § 4, iż w przypadku gdy ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego. Oznacza to, że ubezpieczyciel nie może odmówić dostępu do warunków umowy, a w szczególności do informacji o zasadach ustalania składki, którą opłacają rodzice.

Kolejnym pojawiającym się problemem jest ocena ofert niestety nie przez pryzmat ochrony ubezpieczeniowej a dodatkowych korzyści płynących z zawarcia umowy NNW przez szkołę. Brakuje w praktyce merytorycznego porównywania ofert ubezpieczeniowych. Zdarza się, że oceny oferty dokonuje się kierując się zniżkami dla szkoły w ubezpieczeniach majątkowych, czy też zniżkami dla kierownictwa czy nauczycieli w innych ubezpieczeniach.

Zagadnieniem przewijającym się w indywidualnych skargach są zarzuty rodziców i opiekunów prawnych odnośnie zaniżania wartości uszczerbku na zdrowiu u poszkodowanych dzieci. Zarzuty dotyczą również nieuwzględnienia całości obrażeń. Słusznym wydaje się – po stronie zakładów ubezpieczeń przy organizowaniu komisji – uwzględnianie obrażeń ciała u poszkodowanych i tym samym zapewnianie w nich udziału lekarzy o odpowiednich specjalizacjach. Ważnym wydaje się również wprowadzenie w zakładach wewnętrznego systemu weryfikacji orzeczeń lekarskich. Zakłady ubezpieczeń, które w przypadku zakwestionowania wysokości orzeczonego uszczerbku dysponują możliwością zweryfikowania orzeczenia komisji lekarskiej, w ocenie poszkodowanych bliższe są realizacji zasady obiektywizmu przy likwidacji szkody.

Zakończenie

Podsumowując, należy przypomnieć, że ubezpieczenie NNW jest ubezpieczeniem dobrowolnym. Najczęściej obejmuje wypadki powstałe na terenie RP, ale może także obejmować wypadki powstałe poza jej granicami.

Świadczenia wypłacane są niezależnie od przysługujących z polisy OC, czy też innych zawartych umów NNW czy ubezpieczenia na życie.

Warto domagać się, aby suma ubezpieczenia była na odpowiednio wysokim poziomie. Składka ubezpieczeniowa to zazwyczaj kilka promili sumy ubezpieczenia.

Istotne jest także zapoznanie się z zawartą w warunkach umowy tabelą uszczerbków na zdrowiu, co pozwoli uniknąć późniejszych rozczarowań zakresem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Nawet w sytuacji, gdy umowę ubezpieczenia zawiera szkoła i to ona jest stroną umowy, ubezpieczony ma prawo do informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

¹ Sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za rok 2009, s. 65; www.rzu.gov.pl

Problemy zgłaszane Rzecznikowi Ubezpieczonych w związku z ochroną danych osobowych oraz ich dalszym wykorzystywaniem w toku prowadzonych czynności ubezpieczeniowych



Krystyna Krawczyk
dyrektor
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Rzecznik Ubezpieczonych, wykonując swoje ustawowe uprawnienia, dokłada wszelkich starań by sprostać wskazaniom zawartym w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹. Realizując przepisy ustawy w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych opracowano, po wejściu jej w życie, wzór stosownego Oświadczenia, które następnie przekazywano autorom wystąpień kierowanych do Rzecznika z pytaniem, czy wyrażają zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych. Jako że nie dysponowaliśmy wówczas własną witryną internetową, przesłaliśmy stosowny Komunikat wraz z wzorem rzezonego Oświadczenia do „Gazety Wyborczej” z prośbą o jego upublicznienie. Mechanizm ten sprawnie funkcjonuje, poza jednym przypadkiem, gdy osoba występująca do Rzecznika z prośbą o interwencję w odpowiedzi, na pytanie zawarte w Oświadczeniu nie wyraziła zgody na przetwarzanie jej danych. Spowodowało to nie podejmowanie jakichkolwiek działań w tej sprawie, a następnie usunięto dane z systemu. Wydaje się, że osoba ta nie do końca miała wiedzę co do znaczenia czynności określanych „przetwarzaniem danych”. Świadczy o tym fakt, że skontaktowała się z Biurem ponownie, tym razem telefonicznie, żaląc się na brak interwencji Rzecznika we wskazanym przez nią zakładzie ubezpieczeń. Mimo, że odnotowaliśmy tylko taki jeden przypadek, świadczyć on może o złożonej i dla wielu wręcz abstrakcyjnej naturze problematyki dotyczącej ochrony danych osobowych, którą nadto komplikują odpowiednie normy znajdujące się w wielu innych ustawach jak choćby dotyczących ubezpieczeń gospodarczych, bankowości itd.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzecznika Ubezpieczonych², w wyniku ustaleń podjętych z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (GIODO), Urząd nasz odstąpił od tej uciążliwej procedury, co oczywiście nie oznacza braku poszanowania dla przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i innych ustaw. Mając na względzie dbałość o procedury bezpieczeństwa przetwarzania posiadanych danych, szczególnie tych wrażliwych jak stan zdrowia, przebyte choroby itp. uzyskaliśmy dodatkową, pozytywną dla nas opinię GIODO potwierdzającą uprawnienia Rzecznika Ubezpieczonych do ich przetwarzania zarówno tych zwykłych jak również szczególnie chronionych, w takim zakresie w jakim jest to niezbędne do realizacji uprawnień i obowiązków nałożonych na Rzecznika Ubezpieczonych ww. ustawą (art. 23 pkt 2 ustawy). Zgłaszamy nadto do GIODO na bieżąco powstające zbiory danych oraz z należytą starannością dbamy o zachowanie standardów bezpieczeństwa w zakresie ochrony przetwarzanych danych.

Występowanie problemów wyłącznie na tle stosowania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych nie jest często zgłaszane Rzecznikowi przez uczestników rynku ubezpieczeniowego, choć i takie sygnały do nas napływają. Znacznie częściej zwracają się do Rzecznika osoby, mające interes prawny w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z prośbą o pomoc w uzyskaniu dostępu do dokumentów dotyczących tego zdarzenia, które są w posiadaniu ubezpieczycieli, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Policji, jednostek służby zdrowia. Zgłaszającymi problemy z dostępem do takich danych są zarówno osoby ubezpieczone, ubezpieczające jak i poszkodowani, ich krewni lub osoby im bliskie jak też szerokie grono reprezentujących te osoby pełnomocników. W wielu przypadkach jako uzasadnienie odmowy udzielenia informacji, o które występowały ww. osoby, było powołanie się na ustawę o ochronie danych osobowych, w naszym przekonaniu nie zawsze zasadnie. W moim odczuciu pojęcie „ochrony danych” stało się dla niektórych podmiotów wygodnym argumentem, który niezasadnie aczkolwiek skutecznie, przywołują gdy nie chcą ujawnienia danych czy informacji, które i tak z racji zapisów prawa (o czym dalej) powinny być dostępne dla występującej o nie osoby. Dla porządku przypomnę, iż w sprawach o dostęp do informacji ubezpieczeniowej zastosowanie mają również takie ustawy jak: ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej³, ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁴, ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym⁵, ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego⁶, gdyż zgodnie z brzmieniem art. 18 ust. 3 ustawy o ochronie danych osobowych, w sytuacji uregulowanej innymi ustawami, do udostępniania danych stosuje się te przepisy, a nie ustawę.

¹ Dz. U z 1997 r., nr 133, poz. 883 z późn. zm.

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

³ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

⁴ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm. (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych).

⁵ Tekst jedn. Dz. U. z 2005 r., nr 108, poz. 908 z późn. zm.

⁶ Dz. U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.

Odnosząc się do przykładów sygnalizowanych Rzecznikowi praktyk naruszających normy zawarte w ustawie o ochronie danych osobowych oraz innych ustawach w zakresie zbierania, przetwarzania i udostępniania danych osobom i instytucjom, należy wskazać na nieprawidłowości po stronie niektórych ubezpieczycieli, polegające na pozyskiwaniu i przetwarzaniu danych osobowych w zakresie szerszym niż jest to uzasadnione zawarciem lub realizacją danej umowy ubezpieczenia. Pierwsze problemy – już w roku 1998 – były zgłaszane Rzecznikowi przez przedstawicieli zawodów prawniczych, jednocześnie będących pełnomocnikami ubezpieczonych. Sygnały te dotyczyły zbyt szerokiego zakresu gromadzonych danych w związku z zawieraniem jak i wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie. Wątpliwości Rzecznika budziły głównie zapisy zawarte w niektórych ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie, zezwalające ubezpieczycielowi pozyskiwać i gromadzić „wszelkie dane” o stanie zdrowia kandydata do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz osoby występującej o świadczenie. Do dyskusji włączył się wówczas Rzecznik Praw Obywatelskich, a GIODO ostatecznie zajął stanowisko, które następnie znalazło odzwierciedlenie w zapisach pakietu ustaw ubezpieczeniowych, przyjętych w maju 2003 r. Udostępnianie ubezpieczycielowi danych o stanie zdrowia budzi i tak w ubezpieczonych szereg obaw i zastrzeżeń – choć nie zawsze są one uzasadnione. Wyrazem tego są wątpliwości i pytania kierowane do Rzecznika o legalność żądania przez ubezpieczycieli wykonania badań medycznych lub wyrażenia im zgody na dostęp do dokumentacji medycznej. Osoby te niekiedy, zapewne na skutek nieodpowiedniej informacji ze strony ubezpieczyciela, odbierają te żądania jako swoisty szantaż, co jak wiadomo nie powinno być w ten sposób postrzegane. Udzielając wyjaśnień na zadawane w tym zakresie pytania staramy się przekazać podstawy prawne takich działań przez zakłady ubezpieczeń w tym art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Rzadko, ale odnotowujemy i takie przypadki, gdy trudno jest nam przekonać konsumentów do ujawnienia ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej np. z odbytego leczenia, nawet gdy jest to warunkiem uzyskania zwrotu kosztów leczenia za granicą. Rosnąca świadomość prawa każdej osoby do ochrony danych osobowych oraz ubezpieczeniowych ilustruje pismo osoby ubezpieczonej, którą głęboko niepokoi fakt, iż korespondencję z nią podpisuje osoba nie wskazana w KRS, która nadto nie przedstawiła tej osobie odpowiedniego pełnomocnictwa od osób wskazanych w KRS. Za to o legalność zbierania niektórych danych przez ubezpieczyciela zwracała się do Rzecznika z pytaniem osoba, której w wyniku udzielenia informacji o rozwodzie, podwyższono składkę za obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Osoba ta twierdzi, że zarówno będąc w związku małżeńskim jak i po orzeczeniu rozwodu jeździła i jeździ bezwypadkowo, zaś kwestia rozpadu jej małżeństwa powinna znajdować się poza sferą zainteresowania ubezpieczyciela w związku z ustalaniem ryzyka ubezpieczeniowego.

W ostatnich latach, również za przyczyną rozwoju systemu zawierania umów ubezpieczeń na odległość (direct) ujawniły się problemy, głównie w odniesieniu do ubezpieczeń majątkowych, dotyczące nadmiaru pozyskiwania i zbędnego „przetrzymania” danych o kliencie. Sygnalizowano Rzecznikowi bowiem przypadki, w których osoba mimo pierwotnego zainteresowania zawarciem umowy, rezygnowała z zawarcia umowy, a pozyskane na jej temat informacje nie były usuwane z zasobów danych ubezpieczyciela. Nieprawidłowości te miały i niestety mają miejsce zarówno na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, jak i gdy ubezpieczony rezygnuje z usług danego ubezpieczyciela i wypowiada umowę przenosząc ryzyko do innego zakładu lub po prostu nie odnawia na kolejny okres dobrowolnej umowy ubezpieczenia. Aktualnie praktyki te stosowane są w takim samym zakresie przez ubezpieczycieli działających w systemie direct jak i prowadzących tzw. tradycyjną formę działalności ubezpieczeniowej. Konsumenci zgłaszali również Rzecznikowi wątpliwości co do zakresu danych, o które pytali przedstawiciele ubezpieczycieli, uznając je za nieadekwatne, zbyt szerokie dla zawarcia i funkcjonowania danej umowy. Dotyczyły one sytuacji, gdy potencjalny ubezpieczający zainteresowany był wyłącznie zawarciem umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, a faktycznie wysokością składki ubezpieczeniowej, jednakże pytania zadawane przez pracownika infolinii lub zawarte w przedłożonym wniosku ubezpieczeniowym dotyczyły dokładnego adresu, nr telefonu, sposobu garażowania, zabezpieczeń antywłamaniowych itd. czyli danych pozyskiwanych w związku z zawarciem dobrowolnej umowy ubezpieczenia autocasco. W sprawie sygnałów dotyczących nie usuwania niepotrzebnych danych przez jeden z zakładów ubezpieczeń Rzecznik informował w 2003 r. GIODO. Niestety sprawa znalazła swój finał w wojewódzkim sądzie administracyjnym. Aktualnie badamy kolejne, podobne sygnały płynące od konsumentów.

Równie często, a może nawet z większą częstotliwością niż samo zbieranie i przechowywanie danych ubezpieczeniowych, Rzecznik Ubezpieczonych informowany jest o trudnościach z dostępem do tych informacji. Najczęściej dotyczy to informacji i dokumentów istotnych w związku z dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych lub świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia. Należy dodać, iż nie zawsze zarzut utrudniania dostępu do danych dotyczy wyłącznie ubezpieczycieli, lecz i innych podmiotów.

Ochrona danych osobowych, jak również informacji ubezpieczeniowych oraz tryb i zakres ich udostępniania wraz z kręgiem osób, którym prawo to przysługuje, zawierają regulacje prawne zawarte w szeregu aktach prawnych. Być może to właśnie jest powodem trudności w ustaleniu czy w danym przypadku takiej informacji można udzielić nie łamiąc prawa. Z pewnym zażenowaniem muszę przyznać, że i Urząd Rzecznika Ubezpieczonych padł ofiarą nadgorliwości dwóch – co prawda tylko – ubezpieczycieli, którzy znaczenie słowa „udostępnić posiadane przez siebie informacje” pojmowali jako „okazanie dokumentów w siedzibie zarządu” i takie regularne wizyty proponowali w związku z prowadzonymi przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych postępowaniami skargowymi. Rzecz dziś nie do końca może być traktowana w kategoriach utrudnień w działaniach Urzędu, gdyż nieliczni co prawda ubezpieczyciele są do niej nadal mocno przywiązani i z uporem twierdzą, iż „udostępnić ubezpieczonym i ich pełnomocnikom” znaczy to samo co „okazać do wglądu”, co może wyłącznie mieć miejsce

w siedzibie ubezpieczyciela – zapewne z uwagi na bezpieczeństwo dokumentów. Również jedna z szacownych instytucji ubezpieczeniowych od ubiegłego roku zaprzestała udostępniania dokumentacji odszkodowawczej poszkodowanym i ich pełnomocnikom, opierając swoje stanowisko na gramatycznej i zawężającej – naszym zdaniem – wykładni przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Dla porządku należy dodać, iż stanowisko to uzyskało pozytywną opinię Ministerstwa Finansów, mimo tego Rzecznik Ubezpieczonych odniósł się do niego polemicznie, podnosząc iż w tym zakresie należy jednak kierować się szerszą regułą interpretacyjną, uwzględniającą cel i funkcjonalność omawianych przepisów.

Rzecznik z zadowoleniem odnotowuje coraz mniej liczne przypadki, gdy ubezpieczyciel zezwala na udostępnianie i kopiowanie wyłącznie tych dokumentów, które poszkodowany dostarczył, jednocześnie odmawiając dostępu do pozostałych dokumentów związanych z daną sprawą (szkodą). Procedurze tej towarzyszyło wyjaśnienie, że te pozostałe dokumenty zgromadzone w aktach szkody są wewnętrznymi dokumentami ubezpieczyciela, a ponadto sporządzone zostały z inicjatywy i na koszt ubezpieczyciela, zatem nie podlegają ujawnieniu. Jeden z ubezpieczycieli uzasadniał odmowę ujawnienia dokumentacji medycznej (w tym sporządzonej przez lekarza „orzecznika”) tym, że może to zaszkodzić poszkodowanemu, gdyż nie dysponuje odpowiednią wiedzą medyczną by ze zrozumieniem – bez uszczerbku dla swego zdrowia – zinterpretować treść takich dokumentów.

Kolejne problemy zgłaszane Rzecznikowi w związku z odmową udostępniania danych o uczestnikach zdarzenia, koniecznych do zgłoszenia roszczenia odszkodowawczego mają miejsce, gdy funkcjonariusz Policji odmawia udostępnienia ich innemu uczestnikowi zdarzenia. Nie są to częste sygnały, ale przypadki takie mają miejsce, gdy funkcjonariusz, powołując się na ustawę o ochronie danych osobowych, nie udostępnia danych innemu uczestnikowi wypadku. Sytuacje, w których osoba uczestnicząca w wypadku „zdana” jest wyłącznie na informacje będące w posiadaniu Policji mają miejsce, gdy sam zainteresowany, z różnych powodów nie ustalił danych innego uczestnika, w tym nawet tych znajdujących się na tablicy rejestracyjnej, co pozwoliłoby mu na skorzystanie z zasobów ośrodka informacji znajdującym się w Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym. Powoływanie się w takich przypadkach na ww. ustawę nie jest właściwe. Już w czerwcu 2000 r. w odpowiedzi na pytanie w tej kwestii postawione przez Rzecznika Ubezpieczonych, GIODO udzielił wyjaśnień, iż nie ma przeszkód by Policja stronom postępowania karnego i postępowania w sprawach o wykroczenia, udostępniała dane osobowe uczestników wypadku o jakich mowa w art. 44 ust. 1 pkt 4 Prawa o ruchu drogowym.

W ostatnich latach, w praktyce działania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych odnotowane zostały skargi na odmowę dostępu do akt szkodowych przez zakłady ubezpieczeń, jeśli w związku ze zgłoszonym roszczeniem toczy się równoległe postępowanie karne⁷.

Sytuacja taka ma miejsce, gdy odmowa dostępu do akt szkodowych uzasadniana jest przez ubezpieczyciela faktem skierowania przez niego zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przez ubezpieczającego przestępstwa oszustwa asekuracyjnego lub przestępstwa oszustwa klasycznego. W niniejszej sytuacji uzasadnieniem do odmowy dostępu do akt szkodowych, które prezentowane jest w wyjaśnieniach do Rzecznika Ubezpieczonych jest twierdzenie, że jeżeli zostało złożone zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa to uzyskanie dostępu do akt szkodowych możliwe jest przez ubezpieczającego tylko od organu procesowego, za zgodą prokuratora i w trybie art. 156 § 5 k.p.k. Udostępnienie akt szkodowych bez zgody prokuratora oznaczałoby jednocześnie popełnienie przez ubezpieczyciela (pracownika udostępniającego akta szkodowe) przestępstwa z art. 241 k.k.

Rzecznik Ubezpieczonych kontestuje praktykę odmowy dostępu do akt szkodowych, która oparta jest na tak sformułowanym uzasadnieniu.

Przede wszystkim, nie powinno się stawiać znaku równości pomiędzy instytucją dostępu do akt szkodowych w obszarze prawa ubezpieczeniowego, a uprawnieniem procesowym strony postępowania karnego do wglądu do akt tego postępowania. Nawet jeżeli zostało złożone zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Wydanie decyzji procesowej o wszczęciu postępowania karnego z zawiadomienia ubezpieczyciela nie wyłącza samo z siebie uprawnienia ubezpieczającego do dostępu do akt szkodowych. Również zainicjowanie postępowania karnego nie oznacza, iż akta szkodowe objęte są tajemnicą śledztwa (dochodzenia). Ponadto, zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa nie stanowi dowodu w postępowaniu karnym. Złożenie zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa nie jest również objęte tajemnicą śledztwa. Dodać należy, iż przy tak prezentowanym uzasadnieniu, nie wiadomo, czy akta szkodowe (dokumenty w nich znajdujące się) stanowią lub będą stanowić dowód rzeczowy (dowód z dokumentu) w postępowaniu karnym.

Wreszcie, informacji zawartych w aktach szkodowych, które zostały zgromadzone w toku powstępowania karnego nie można utożsamiać z treścią czynności procesowych dokonanych w postępowaniu karnym, jak również jako informacji uzyskanych przez ubezpieczyciela z toczącego się postępowania karnego w trybie art. 156 § 5 k.p.k., których następne publiczne rozpowszechnianie mogłoby rodzić odpowiedzialność karną.

Rozszerzanie tajemnicy śledztwa (dochodzenia) w takiej sytuacji na akta postępowania likwidacyjnego w związku ze złożonym zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa oszustwa asekuracyjnego lub oszustwa klasycznego stanowi praktykę wysoce kontrowersyjną i może być kwalifikowane jako działanie pozostające w opozycji do treści art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

⁷ Dalsza część artykułu, poświęcona kwestii odmowy dostępu do akt szkodowych w przypadku toczącego się równoległe postępowania karnego, została opracowana przy udziale Pawła Wawaszczaka, głównego specjalisty w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych.

Rzecznik Ubezpieczonych opowiada się za stanowiskiem, że dopuszczalność odmowy dostępu do akt szkodowych w powyższej sytuacji i opartej na tak sformułowanym uzasadnieniu miałyby miejsce, gdy na postanowienie organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze, akta szkodowe zostałyby zatrzymane i zabezpieczone jako dowód w sprawie (na podstawie art. 217 § 1 k.p.k.).

Również w odniesieniu do praktyki odmowy dostępu do akt szkodowych w związku z toczącym się równoległe postępowaniem karnym w sprawach o przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji powstają kontrowersje. Występują one w sytuacji dochodzenia roszczeń w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie zachowanie się sprawcy szkody jednocześnie wyczerpuje znamiona przestępstwa spowodowania wypadku w komunikacji (art. 178 k.k.). Wielokrotnie, w celu ustalenia podstawy i zakresu swojej odpowiedzialności, zakład ubezpieczeń występuje do organu prowadzącego postępowanie karne o uzyskanie informacji o stanie sprawy lub o określone dokumenty, które są niezbędne do ustalenia okoliczności wypadku oraz wysokości odszkodowania.

Ocena zasadności odmowy dostępu do akt szkodowych w powyższej sytuacji, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, uzależniona jest od podstawy, w której zakład ubezpieczeń uzyskał informację na temat stanu sprawy lub określone informacje (nośniki tych informacji) z postępowania karnego.

Jeżeli udostępnienie określonych dokumentów z postępowania karnego nastąpiło w trybie przepisów kodeksu postępowania karnego – tj. udostępnienie ich zakładowi ubezpieczeń jako pokrzywdzonemu w rozumieniu art. 49 § 3 k.p.k. i w trybie art. 156 § 5 k.p.k., to zakład ubezpieczeń może odmówić przekazania powyższych dokumentów. W przeciwnym razie takie udostępnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną za przestępstwo z art. 241 k.k.

Jeżeli natomiast określone dokumenty z postępowania karnego zostały przekazane w trybie wnioskowym (pozaprocesowym i na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) to brak jest przeszkód prawnych do udostępniania tych informacji, dokumentów, jeżeli miały one wpływ na odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń i wysokość odszkodowania. Przemawia za tym nie tylko treść art. 16 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, ale również dyspozycja przepisu art. 25 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, który funkcjonalnie powiązany jest z ust. 1 tegoż przepisu.

Na marginesie tych problemów dość prozaicznie prezentuje się kwestia pobierania wygórowanej opłaty za sporządzenie odpisów i kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Sygnały o tych praktykach są jednak aktualnie rzadkością.

Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

W niniejszym opracowaniu postaramy się w sposób przystępny przedstawić rys historyczny, rolę, zadania oraz cele jednej z instytucji rynku ubezpieczeniowego: Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Opracowanie to będzie również pierwszym z cyklu publikacji przedstawiających w Monitorze Ubezpieczeniowym instytucje polskiego rynku ubezpieczeniowego.

Mamy nadzieję, że artykuły te będą cennym źródłem informacji dla wszystkich konsumentów rynku ubezpieczeniowego zainteresowanych tą tematyką, zwiększając tym samym wiedzę na temat instytucji funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeniowym.

Rys historyczny

Jak istotnym elementem w pełni funkcjonującego rynku ubezpieczeniowego są instytucje gwarancyjne, niech świadczy fakt powołania już w grudniu 1929 r. (działalność rozpoczął od 1 stycznia 1930 r.) szwedzkiego Trafikförsäkringsföreningen¹, instytucji, której zadaniem było przygotowywanie dokumentacji szkód spowodowanych ruchem pojazdów nieubezpieczonych bądź niezidentyfikowanych, a także pobieranie opłat od posiadaczy nieubezpieczonych pojazdów. Utworzenie ubezpieczeniowych instytucji gwarancyjnych w poszczególnych państwach jest kolejnym etapem budowy efektywnego systemu ochrony osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Dla pełności ochrony ubezpieczeniowej niezbędna jest instytucja, która jako podstawowe zadanie ma na celu wypłatę odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do świadczenia lub z innych względów go nie spełnia².

W Polsce fundusz gwarancyjny został powołany do życia ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. nr 59, poz. 344), w sytuacji tworzenia się nowego prawa ubezpieczeń gospodarczych. Utworzenie funduszu wpisywało się również w europejskie ustawodawstwo wspólnotowe. Druga Dyrektywa Rady z dnia 30 grudnia 1983 r. w sprawie ujednoczenia przepisów Państw Członkowskich dotyczących ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (84 / 5 / EWG), w art. 1 ust. 4 wprowadziła wymóg utworzenia instytucji lub udzielania odpowiednich zezwoleń instytucjom istniejącym, które za zadanie będą miały wypłatę odszkodowań obejmujących co najmniej szkody na mieniu i szkody na osobie, które mogły być naprawione z ubezpieczenia obowiązkowego OC, lecz zostały wyrządzone w wyniku użycia niezidentyfikowanego pojazdu lub też pojazdu, wobec którego nie został spełniony obowiązek ubezpieczenia. Co istotne, wspomniana ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r. stanowiła, że jedynym źródłem powstania stosunku prawnego ubezpieczenia, również obowiązkowego, jest umowa, która wymaga zgodnego oświadczenia woli stron umowy – ubezpieczającego i ubezpieczyciela. Rozwiązanie to powodowało, że mogło dochodzić do sytuacji, w których obowiązek nakładany przez kolejne przepisy prawne dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, mógł nie zostać zrealizowany. Tym samym, ochrona poszkodowanych w pewnych przypadkach nie byłaby pełna.

Organizacja, zasady funkcjonowania, zadania Funduszu

Obecny status prawny, organizację, zasady funkcjonowania oraz zadania Funduszu określa ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (wraz z jej kolejnymi nowelizacjami³) oraz Statut Funduszu. Ustawa określa, że siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw instytucji finansowych w oparciu o kryterium legalności i zgodności ze Statutem.

Członkami Funduszu są:

- zakłady ubezpieczeń posiadające zezwolenie na wykonywanie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych;
- zagraniczne zakłady ubezpieczeń w ramach zasady swobody świadczenia usług ubezpieczeniowych.

Wskazane powyżej podmioty uzyskują członkostwo z chwilą zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów lub ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego. Przynależność do Funduszu jest obowiązkowa.

W określonych sytuacjach (ogłoszenie upadłości, oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń, umorzenie postępowania upadłościowego, zarządzenie przymusowej likwidacji) członkami Funduszu stają się następujące zakłady ubezpieczeń:

- wykonujące działalność w dziale I – ubezpieczenia na życie;
- posiadające zezwolenie na wykonywanie działalności w grupach obejmujących ubezpieczenia obowiązkowe poza obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego;
- posiadające zezwolenie na prowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń wynikających z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską.



Piotr Budzianowski
specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ M. Wichtowski, (w:) S. Rogowski (red.) *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Poltext, Warszawa 2008, s. 119.

² M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Of. Wyd. Branta, Bydgoszcz – Poznań 2007, s. 129 – 130.

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

Władze Funduszu stanowią: Walne Zgromadzenie Członków, Rada Funduszu oraz Zarząd Funduszu. Prawa, obowiązki oraz zadania władz Funduszu określa – wspomniana wcześniej – ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz Statut Funduszu.

Działalność Funduszu finansowana jest z wpłat zakładów ubezpieczeń, wpływów z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów ubezpieczeń obowiązkowych, wpływów z tytułu roszczeń regresowych oraz dochodów z operacji finansowych.

Działalność Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego można pogrupować według realizacji poniższych zadań:

- zaspokajanie roszczeń osób poszkodowanych i uprawnionych;
- kontrola spełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego Ubezpieczenia;
- pełnienie funkcji ośrodka informacji w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, umów dobrowolnych autocasco oraz reprezentantach do spraw roszczeń;
- udzielanie pomocy finansowej zakładom ubezpieczeń.

Najważniejsze zadanie Funduszu to wymienione na pierwszym miejscu w powyższym wyliczeniu, zaspokajanie roszczeń osób poszkodowanych i uprawnionych, które następuje:

- z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przypadku braku możliwości zidentyfikowania posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego, którym spowodowano zdarzenie:
 - za szkody na osobie w każdym opisanym wyżej przypadku;
 - za szkody na mieniu w sytuacji, kiedy równocześnie u któregośkolwiek uczestnika zdarzenia nastąpiła śmierć, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwający dłużej niż 14 dni. W przypadku szkody w pojeździe mechanicznym świadczenie podlega zmniejszeniu o kwotę stanowiącą równowartość 300 euro.
- z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w przypadku, jeśli posiadacz pojazdu mechanicznego, którym spowodowano zdarzenie nie był ubezpieczony:
 - za szkody na osobie i w mieniu;
- z tytułu ubezpieczenia OC rolników z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego w przypadku braku ubezpieczenia:
 - za szkody na osobie i w mieniu;
- w przypadku ogłoszenia upadłości albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego lub w przypadku przymusowej likwidacji zakładu ubezpieczeń:
 - w 100% z umów ubezpieczeń obowiązkowych (umów ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników, ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia oraz innych zdarzeń losowych);
 - w 50% z umów ubezpieczeń na życie do kwoty nie większej niż 30 000 euro oraz ubezpieczeń obowiązkowych wynikających z odrębnych przepisów ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez RP.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny w ramach ustawowych kompetencji jest uprawniony do kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczeń obowiązkowych (umów ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników, ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia oraz innych zdarzeń losowych), a w przypadku stwierdzenia niezawarcia stosownego ubezpieczenia nakładania opłat karnych, których wysokość uzależniona jest od rodzaju niezawartego ubezpieczenia oraz od czasu pozostawania bez ubezpieczenia.

Kolejnym, mającym duże znaczenie dla wszystkich uczestników rynku ubezpieczeniowego, zadaniem realizowanym przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny jest pełnienie funkcji ośrodka informacji. Gromadzone są tam dane dotyczące:

- umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- umów ubezpieczenia AC pojazdów mechanicznych;
- uczestników zdarzeń powodujących odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- uczestników zdarzeń powodujących odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia AC pojazdów mechanicznych;
- reprezentantów do spraw roszczeń każdego zakładu ubezpieczeń oraz organu odszkodowawczego ustanowionego w każdym państwie członkowskim UE i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Ułatwieniem w dostępie do prowadzonego przez Fundusz Ośrodka Informacji jest umieszczona na stronach internetowych Funduszu www.ufg.pl zakładka Zapytanie do Ośrodka Informacji UFG. Po założeniu konta i wpisaniu nr rejestracyjnego pojazdu (np. sprawcy wypadku) możemy uzyskać informację, gdzie pojazd był ubezpieczony.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny w ramach realizowania ustawowych uprawnień może udzielać zwrotnej pomocy finansowej zakładom ubezpieczeń, które przejmują portfel obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub OC rolników w związku z prowadzeniem gospodarstwa rolnego w sytuacji, kiedy posiadane środki własne nie gwarantują wypłacalności tego zakładu ubezpieczeń.

Mamy świadomość, że w tak krótkim opracowaniu nie jesteśmy w stanie opisać i wyjaśnić wszystkich aspektów działalności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, którego prawidłowe funkcjonowanie jest niezwykle istotne dla całego rynku ubezpieczeniowego w Polsce.

W przypadku gdyby chcieli Państwo uzyskać dodatkowe informację na temat Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, zapraszamy do kontaktu w pierwszej kolejności z Funduszem:

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, ul. Płocka 9/11, 01 - 231 Warszawa

tel. +48 22 53 96 100; fax +48 22 53 96 261

e-mail: ufg@ufg.pl www.ufg.pl

lub korzystania z telefonicznych dyżurów ekspertów w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych pod nr tel. 22 333 73 28 od Pn. do Pt. w godzinach 9.00 – 19.00 lub poradnictwa mailowego.

W kolejnym numerze Monitora Ubezpieczeniowego znajdą Państwo publikację na temat Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wręczenie nagród IX edycji Konkursu Rzecznika Ubezpieczonych na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych

11 czerwca 2010 r., w Warszawskim Domu Technika NOT, odbyło się uroczyste wręczenie nagród w IX edycji Konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, licencjackie i podyplomowe z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

Konkurs został zainicjowany w 1998 r. przez Rzecznika Ubezpieczonych. Tematyka prac konkursowych w pierwszej edycji dotyczyła głównie ochrony konsumenta na polskim rynku ubezpieczeń. Od 2000 r. organizatorami konkursu w nowej, rozszerzonej formule są: Rzecznik Ubezpieczonych, który sprawuje opiekę merytoryczną i organizuje prace jury, Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, wspierająca konkurs od strony organizacyjnej, w szczególności poprzez pozyskiwanie środków na nagrody i organizację dla laureatów staży w zakładach ubezpieczeń, powszechnych towarzystwach emerytalnych i innych instytucjach rynku ubezpieczeniowego oraz Gazeta Ubezpieczeniowa, która jest medialnym patronem tego przedsięwzięcia. Promuje ona ideę konkursu, szeroko relacjonując przebieg prac jury, a także drukując na swoich łamach fragmenty nagrodzonych prac. W dziewięciu edycjach Konkursu zgłoszonych zostało 401 prac, z czego nagrodzono i wyróżniono ponad 134.

W październiku 2009 r. została ogłoszona IX już edycja Konkursu.

Konkurs swoim zakresem objął cztery kategorie prac: doktorskie, magisterskie, licencjackie i podyplomowe. Z uwagi na fakt, iż na Konkurs została zgłoszona jedna praca podyplomowa, zgodnie z zapisami Regulaminu, postępowania konkursowego w tej kategorii nie prowadzono.

Prace konkursowe pochodziły z wielu ośrodków akademickich. Były to m.in.: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamickiego w Katowicach, Akademia Finansów w Warszawie, Akademia Świętokrzyska im. Jana Kochanowskiego w Kielcach Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Wrocławski, Politechnika Radomska, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu.

Jury, złożone z wybitnych przedstawicieli polskiej nauki, a także praktyki ubezpieczeń, oceniało prace w odrębnych kategoriach.

Jury pod przewodnictwem dr Stanisława Rogowskiego, przyznało łącznie trzy nagrody w kategorii prac doktorskich, cztery nagrody w kategorii prac magisterskich oraz cztery nagrody w kategorii prac licencjackich. Dodatkowo Rzecznik Ubezpieczonych, Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Przewodniczący Jury przyznali wyróżnienia.

W kategorii prac doktorskich kolejno zajęli:

I miejsce – dr Aleksander Raczyński za pracę pt. *„Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Janina Panowicz – Lipska. Praca została napisana na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

II miejsce – dr Malwina Lemkowska za pracę pt. *„Fuzje i przejęcia jako determinanty wzrostu wartości zakładu ubezpieczeń na Jednolitym Rynku Ubezpieczeniowym Wspólnoty Europejskiej”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Jerzy Handschke. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

III miejsce – dr Grzegorz Strupczewski za pracę pt. *„Finansowe skutki ryzyka powodzi w Polsce”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Wanda Sułkowska. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie.

W kategorii prac magisterskich kolejno zajęli:

I miejsce – mgr Marta Wiak za pracę pt. *„Koncepcja mikroubezpieczeń w odniesieniu do polskich ubezpieczeń rolnych”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Jerzy Handschke. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

II miejsce – mgr Wioleta Kardasz za pracę pt. *„Sekurytyzacja jako nowy element zarządzania ryzykiem w zakładzie ubezpieczeniowym i reasekuracyjnym”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Jerzy Handschke. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

III miejsce (2 prace ex aequo) – mgr Jan Ulański za pracę pt. *„Ogólne warunki umowy w umowie ubezpieczenia”*. Promotorem pracy jest dr Szymon Byczko. Praca została napisana na Uniwersytecie Łódzkim.

oraz **mgr Paweł Grzonkowski** za pracę pt. *„Obligacje katastroficzne w procesie zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela”*. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Maria Kuchlewska. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

W kategorii prac licencjackich kolejno zajęli:

I miejsce – Monika Moździoch za pracę pt. „Adekwatność zakresu i stawek w dotowanych ubezpieczeniach upraw w Polsce”. Promotorem pracy jest dr Krzysztof Łyskawa. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

II miejsce – Aleksandra Hęćka za pracę pt. „Współpraca banków i zakładów ubezpieczeń w zakresie dystrybucji usług ubezpieczeniowych na przykładzie Banku Zachodniego WBK S.A.”. Promotorem pracy jest dr Anna Kufel – Siemińska. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

III miejsce (2 prace ex aequo) Szymon Surynt za pracę pt. „Pracownicze programy emerytalne w zabezpieczeniu ryzyka starości na rynku polskim”. Promotorem pracy jest dr Barbara Więckowska. Praca została napisana w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie.

oraz **Maria Kopińska** za pracę pt. „Metody rekompensowania szkód na terenach górnictwa odkrywkowego w Polsce”. Promotorem pracy jest dr Piotr Manikowski. Praca została napisana na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

Ponadto, Rzecznik Ubezpieczonych, Przewodniczący Jury Konkursu oraz Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej przyznali wyróżnienia.

Wyróżnienie Rzecznika Ubezpieczonych otrzymała **Karolina Szał** za pracę magisterską pt. „Instytucja regresu w prawie ubezpieczeniowym”. Promotorem pracy jest dr Marcin Orlicki. Praca została napisana na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Wyróżnienie Przewodniczącego Jury otrzymał **Tomasz Bartosz Lasocki** za pracę magisterską pt. „Prawo do emerytury w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego”. Promotorem pracy jest prof. dr hab. Inetta Jędrasik – Jankowska. Praca została napisana na Uniwersytecie Warszawskim.

Wyróżnienie Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej otrzymała **Aleksandra Karwacka** za pracę magisterską pt. „Znaczenie ubezpieczeń w procesie inwestycji budowlanej”. Promotorem pracy jest prof. nadzw. dr Roman Fulneczek. Praca została napisana w Akademii Finansów w Warszawie.

Na uroczystość wręczenia nagród przybyli laureaci wraz z promotorami, członkowie jury, przedstawiciele instytucji i firm wspierających konkurs. Zaproszeni goście zostali uroczystie powitani przez organizatorów konkursu.

O wręczenie dyplomów i nagród zostali poproszeni poszczególni przedstawiciele sponsorów i instytucji wspierających konkurs. Każdy laureat otrzymał również nagrody książkowe, ufundowane przez wydawnictwa branżowe: Wydawnictwo C.H. BECK, Oficyna Wydawnicza BRANTA, Wydawnictwo POLTEXT.

Spotkanie było doskonałą okazją do poznania się laureatów i ich promotorów z organizatorami i sponsorami konkursu, co mamy nadzieję, będzie owocne dla wszystkich i stworzy okazję do podjęcia przez nich współpracy.

Uroczystość, która przebiegała w przyjemnej i serdecznej atmosferze, zakończyły gratulacje i symboliczna lampka szampana.

Opracował: **Piotr Budzianowski**, sekretarz jury

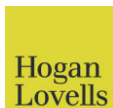
PATRONAT



INSTYTUCJE I FIRMY WSPIERAJĄCE IX EDYCJĘ KONKURSU



ZWIĄZEK BANKÓW POLSKICH



Redakcja

Redaktor naczelna: Halina Olendzka

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: Członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Martyna Gondek



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

Wydawca:

Rzecznik Ubezpieczonych

Al. Jerozolimskie 44

00-024 Warszawa

Warszawa 2010

ISSN 1505-9782

Nakład 1200 egz.

Druk: Wydawnictwo TiO