

**RODZINNYCH, SERDECZNYCH i POGODNYCH  
ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA**  
oraz  
**RADOSNYCH i SZCZĘŚLIWYCH dni w NOWYM ROKU 2008**  
Życzą  
**Rzecznik Ubezpieczonych**  
**Zarząd Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej**  
**Redakcja Monitora Ubezpieczeniowego**



## SPIS TREŚCI

■ Z Haliną Olendzką Rzecznikiem Ubezpieczonych, rozmawia Anna Arwaniti . . . . .	3
■ Aktualności . . . . .	4
■ Miarkowanie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę . . . . .	6
■ „Ochrona konsumentów usług ubezpieczeniowych – doświadczenia polskie na tle międzynarodowym” – międzynarodowe sympozjum . . . . .	12
■ Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych . . . . .	13
■ Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki otwartych funduszy emerytalnych . . .	17
■ Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę a jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy . . . . .	20
■ Problemy poszkodowanych w dochodzeniu roszczeń ubezpieczeniowych przez firmy windykacyjne . . . . .	22
■ Oczekiwanie na ważne rozwiązania emerytalne . . . . .	24
■ Rozbieżność w interpretacji zapisów art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych . . . . .	27
■ Działania Rzecznika Ubezpieczonych a problematyka ogólnych warunków ubezpieczenia . . . . .	31
■ Uprzednia zgoda ubezpieczonego na zawarcie i zmianę umowy ubezpieczenia na życie zawieranej na cudzy rachunek . . . . .	34
■ Warto przeczytać <i>Rozprawy Ubezpieczeniowe. Zeszyt 3</i> . . . . .	35
■ Ubezpieczenia w Księstwie Warszawskim . . . . .	37
■ Zmiany do wykazu zakładów ubezpieczeń . . . . .	38



### PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

**Rada programowa** – Członkowie Rady Ubezpieczonych

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

**Redaktor odpowiedzialny** – A.A. Sierańska

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

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

Nakład 2500 egz.

# W obronie interesów ubezpieczonych

Z Haliną Olendzką Rzecznikiem Ubezpieczonych rozmawia Anna Arwaniti.

**Anna Arwaniti:** *Funkcja Rzecznika Ubezpieczonych to kolejne wyzwanie w Pani bogatym zawodowym życiu, które jak można sądzić cechowało się świadczeniem pomocy na rzecz społeczeństwa na różnych płaszczyznach, jak Pani podchodzi do tych nowych wyzwań.*

**Halina Olendzka:** Od zawsze w centrum mojego zainteresowania i działania był człowiek i jego bardzo zróżnicowane problemy. Z zawodu jestem lekarzem z zamiłowania społecznikiem. Pacjenci przychodzą do lekarza ze swoim bólem, zgrzyotą, cierpieniem, często są bezradni. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi, pacjenta i lekarza. W innych sytuacjach może to być konsument, człowiek który uwikłany w liczne pułapki prawne nie potrafi sam poradzić sobie z instytucjami, które z reguły są w silniejszej pozycji. Oczywiście szuka pomocy u osób i w urzędach które powinny służyć pomocą. Rzecznik Ubezpieczonych wychodzi takim osobom naprzeciw, bowiem musi chronić konsumenta usług ubezpie-

zeniowych i ingerować wszędzie tam gdzie pojawia się zagrożenie jego interesu. Funkcja Rzecznika Ubezpieczonych wpisuje się w społeczną postawę spieszenia z pomocą ludziom, często nieświadomym swoich praw w gąszczu skomplikowanych przepisów prawnych.

**A.A.:** *W jednej z wypowiedzi powiedziała Pani, że poświęciła swoje życie dla ludzi, pomagając potrzebującym, ratując chorych, pracując społecznie w różnych organizacjach z całą pewnością można postawić tezę, iż Rzecznik pełni rolę służebną dla konsumentów rynku ubezpieczeniowego – jak Pani ją widzi.*

**H.O.:** Rolą Rzecznika jest pomoc w rozwiązywaniu spraw trudnych i zawiłych z punktu widzenia prawa, ochrona praw i interesów ubezpieczonych a także członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

Rzecznik Ubezpieczonych występuje w imieniu i w obronie praw ubezpieczonych, które w ich mniemaniu czy odczuciu zostały naru-



szone. W trakcie postępowania wyjaśniającego, nie zawsze odczucie wyrządzonej krzywdy się potwierdza, ale sam fakt pochylenia się nad każdą sygnalizowaną sprawą jest służbą – rolą Rzecznika – dla tego człowieka. Obywatel i Jego problem jest ważny dla grupy ludzi, którzy w szczególności właśnie nad tą pojedynczą Jego sprawą pracują. Dużą rolę odgrywa też możliwość polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów przez Sąd Polubowny. Bardzo istotną sprawą jest prewencja. Dlatego też z punktu widzenia Rzecznika niezmiernie ważna jest rola informacyjna i edukacyjna, przybliżająca wiedzę o rynku finansowym i sposobie bezpiecznego poruszania się na nim. W taką wiedzę i takie umiejętności powinien moim zdaniem być wyposażony każdy młody człowiek kończący szkołę średnią i wchodzący w dorosłe życie. Uczymy nasze dzieci wielu pożytecznych rzeczy, ale nikt nie uczy ich na poziomie szkoły średniej, jak radzić sobie z własnymi finansami, jak budować swoją finansową przyszłość, w jaki sposób bezpiecznie i skutecznie

**Bardzo istotną sprawą jest prewencja. Dlatego też z punktu widzenia Rzecznika niezmiernie ważna jest rola informacyjna i edukacyjna, przybliżająca wiedzę o rynku finansowym i sposobie bezpiecznego poruszania się na nim. W taką wiedzę i takie umiejętności powinien moim zdaniem być wyposażony każdy młody człowiek kończący szkołę średnią i wchodzący w dorosłe życie.**

# AKTUALNOŚCI

■ 11 października Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski, wystąpił do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego, dr Stanisława Kluzy, z pismem, w którym zwraca uwagę na dostrzeżone nieprawidłowości w realizacji przez PZU S.A. wypłat odszkodowań z ubezpieczenia OC sprawcy, metodą kosztorysową, które nie uwzględniają kwoty podatku VAT, w sytuacji kiedy poszkodowani nie mają możliwości odliczenia tego podatku od podatku należnego.

■ 12 października przedstawił Rzecznik Ubezpieczonych, mec. Aleksander Daszewski, wziął udział w XIII Forum Kapiłałowo-Finansowym Twoje Pięniądze 2007. Dyrektor uczestniczył w panelu „Ubezpieczenia komunikacyjne – czy muszą drożeć”.

■ 15 października Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski, wystąpił do Ministerstwa Finansów w sprawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i problemu przechodzenia na nabywcę praw i obowiązków wynikających z tej umowy.

■ 16 października Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski, wystąpił do Ministerstwa Finansów z propozycją rozważania możliwości podjęcia działań legislacyjnych zmierzających do ujęcia w ramy prawne działalności pełnomocników i podmiotów specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od zakładów ubezpieczeń.

■ 16 października Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski, wystąpił do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Marka Niechciała, w sprawie stosowania niedozwolonych wzorców umownych

**Od lat Urząd Rzecznika Ubezpieczonych współpracuje m.in. z takimi organizacjami jak: Polska Izba Ubezpieczeń, Komisja Nadzoru Finansowego, Stowarzyszenie Pośredników Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Federacja Konsumentów, Stowarzyszenie Konsumentów Polskich, miejscy i powiatowi rzecznicy konsumentów, a także Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej.**

ubezpieczyć swoje mienie, zdrowie czy życie. Między innymi z tych względów Urząd Rzecznika tak jak do tej pory będzie otwarty na współpracę z licznymi organizacjami także pozarządowymi niosącymi wiedzę i pomoc konsumentom.

*A.A.: Rola Rzecznika jest bardzo złożona, jest to nie tylko rozpatrywanie skarg i interwencji, ale szereg innych działań jak przykładowo edukowanie i informowanie mające na celu poprawę świadomości konsumentów. Jak widzi Pani te pozostałe kierunki działania Urzędu?*

**H.O.:** Uważam, że ustawowe zadania postawione Rzecznikowi do realizacji stanowią pewną spójną, nawzajem uzupełniającą się całość. Problemy zgłaszane przez konsumentów zarówno w skargach jak i rozmowach telefonicznych są zarówno przedmiotem interwencji Rzecznika w zakładach ubezpieczeń i OFE, jak i bardzo cennym źródłem informacji o sytuacji na rynku ubezpieczeniowym w zakresie przestrzegania prawa oraz aktualnym stanie świadomości ubezpieczeniowej konsumentów. Wiedza ta pozwala na podejmowanie działań o charakterze ogólnym jak choćby inicjowaniu postępowań legislacyjnych czy też podejmowania działań doraźnych, jak informowanie KNF, czy też UOKiK o dostrzeżonych nieprawidłowościach, celem podjęcia działań kontrolnych i nadzorczych. Pozyskana od konsumentów wiedza wskazuje

nam na inne równie ważne kierunki działania w zakresie informacji i edukacji konsumentów usług ubezpieczeniowych, co przekłada się na takie działania jak choćby stałe rozszerzanie informacji na stronie internetowej urzędu czy też przekazywanie profesjonalnej informacji konsumentom na łamach regionalnych i ogólnopolskich mediów.

*A.A.: Poziom świadomości ubezpieczeniowej wzrasta z roku na rok, jakie organizacje powinny szerzej włączyć się w tworzenie rynku świadomego wyedukowanego konsumenta.*

**H.O.:** Poziom świadomości ubezpieczeniowej naszego społeczeństwa jest na pewno wyższy niż kilka lat temu, ale jak powiedziałam świadomość ubezpieczeniową należy budować co najmniej od poziomu szkoły średniej, wprowadzając do programów szkolnych elementy z dziedziny przedsiębiorczości w tym z zakresu problematyki ubezpieczeniowej i zabezpieczenia społecznego. Uważam, żeby ten cel osiągnąć są potrzebne wspólne działania zarówno rynku ubezpieczeniowego w tym zakładów ubezpieczeń, pośredników ubezpieczeniowych, ale także organizacji konsumenckich, resortu edukacji, jak też organów samorządu terytorialnego. W tym miejscu należy wymienić takie organizacje z którymi współpracuje od lat Urząd Rzecznika jak: Polska Izba Ubezpieczeń, Komisja Nadzoru Finan-

sowego, Stowarzyszenie Pośredników Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów Federacja Konsumentów, Stowarzyszenie Konsumentów Polskich, miejscy i powiatowi rzecznicy konsumentów, a także Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej. Potrzebna jest więc konsolidacja w działaniach wszystkich podmiotów zainteresowanych podnoszeniem społecznej świadomości ubezpieczeniowej Polaków.

**A.A.:** *Patrząc na coraz lepsze wyniki towarzystw ubezpieczeniowych po III kwartałach związanych ze wzrostem gospodarczym w kraju, jak Pani postrzega dalszy rozwój rynku, ubezpieczeniowego, jakie są Pani prognozy.*

**H.O.:** Podzielam opinię, że rozwój sektora usług ubezpieczeniowych jest uzależniony od sytuacji gospodarczej już nie tylko naszego kraju, ale też tendencji na jednolitym rynku Unii Europejskiej, jak i sytuacji gospodarczej innych globalnych potęg – szczególnie USA, Rosji i Chin. Obecnie na rodzimym rynku jesteśmy świadkami sytuacji wzrostowej w naszej gospodarce, lecz pesymiści mówią że po latach tłustych muszą nadejść i chude. Wyrażam jednak nadzieję, że nawet jeśli te prognozy się spełnią to zostaną w przypadku Polski znacznie zniwelowane aktywnością gospodarczą spowodowaną inwestycjami towarzyszącymi projektom unijnym jak choćby budowa autostrad, rozwój infrastruktury – co będzie się proporcjonalnie przekładało na dalszy rozwój sektora ubezpieczeń w Polsce.

**A.A.:** *Bardzo ważną, chociaż nie zawsze docenianą rolę pełni przy Urzędzie RU Sąd Polubowny jak przekonać podmioty rynkowe do wykorzystywania tej drogi rozstrzygania powstających sporów.*

**H.O.:** Rzeczywiście, aktualnie obserwujemy niewielkie wykorzystanie Sądu Polubownego dla rozstrzygania sporów konsumentów z zakładami ubezpieczeń. Jest to spowodowane przede wszystkim istotą tej formuły rozstrzygania

sporów, która warunkuje uruchomienie postępowania od zgodnej woli obu stron, a w praktyce – woli ubezpieczycieli do korzystania z tego, w mojej ocenie sprawnego i profesjonalnego sposobu, zakończenia powstałego sporu. Pomimo obserwowanej w ostatnich latach niechęci do korzystania z tego sposobu rozstrzygania sporów ze strony podaźowej rynku zamierzam nadal pracować nad rozwojem sądownictwa polubownego w Polsce.

**A.A.:** *Jednym z priorytetowych działań Rzecznika Ubezpieczonych jest udział w pracach legislacyjnych w tym także na szczeblu europejskim, czy temu zagadnieniu chce Pani poświęcić szerszą uwagę.*

**H.O.:** W dobie członkostwa Polski w Unii Europejskiej nastąpiło częściowe przesunięcie centrum legislacyjnego. W związku z powyższym w coraz większym stopniu tworzenie prawa odbywa się nie tylko na poziomie krajowym ale i Unii Europejskiej. Rzecznik Ubezpieczonych czynnie uczestniczy we wszystkich konsultacjach dotyczących prawa jakie odbywają się na szczeblu krajowym. Natomiast na szczeblu unijnym przedstawiciel Urzędu zasiada w Forum Ekspertów Konsumentów Usług Finansowych (FIN-USE). Jest to ciało opiniodawczo-doradcze Komisji Europejskiej do zadań którego należy m.in. opiniowanie propozycji regulacji rynku usług finansowych. W tej dziedzinie przewiduję kontynuację prowadzonych działań.

**A.A.:** *Na pozycje konsumenta na polskim rynku duży wpływ miała integracja z UE, czy w tej kadencji należy spodziewać się szerszej współpracy z Rzecznikami z innych krajów.*

**H.O.:** Ta współpraca już ma miejsce. Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych jest aktywnym członkiem FIN-NET (sieci zrzeszającej instytucje polubownego rozstrzygania sporów konsumentów z instytucjami finansowymi) a sam Urząd posiada liczne kontakty z naszymi odpowiednikami w innych krajach członkowskich. Po-

moc zaprzyjaźnionych instytucji jest niezbędna w dochodzeniu roszczeń polskich konsumentów od zakładów ubezpieczeń, które mają siedzibę w innym kraju członkowskim. Uważam, że istniejące kontakty należy podtrzymywać, a nowe aktywnie rozszerzać.

**A.A.:** *Jakie najważniejsze zadania stoją przed Urzędem RU w Nowym Roku 2008.*

**H.O.:** Przede wszystkim w Nowym Roku czeka nas kontynuacja dotychczasowych prac i rozpoczętych działań. Jednak w mojej ocenie szczególną uwagę w zbliżających się miesiącach należy poświęcić zapowiadany postępowaniom legislacyjnym w części dotyczącej wypłat świadczeń z tzw. II filara ubezpieczeń społecznych. Udział Rzecznika w tych pracach powinien zapewnić stworzenie ram prawnych, które zapewnią świadczeniobiorcom prawo do pewnego, gwarantowanego przez system świadczenia. Najlepiej z opcją wyboru zarówno świadczenia jak i zakładu, który będzie je realizował. Podobnie jako priorytetowe traktuję działania edukacyjne ze szczególną troską o dotarcie do najszerzej rzeszy konsumentów w tym dbałość o profesjonalny i szerszy kształt naszej strony internetowej, z której korzysta blisko pół miliona osób rocznie. Jednakże wobec mniejszych możliwości w dostępie do informacji zwłaszcza przez osoby zamieszkujące na wsiach i w mniejszych miejscowościach, pragnąc do nich dotrzeć z wiedzą i informacją ubezpieczeniową i rozbudować kontakty z regionalnymi mediami. Dla tych osób chcę również stworzyć sformalizowaną płaszczyznę pomocy rozwijając szerzej niż dotychczas współpracę z miejskimi i powiatowymi rzecznikami konsumentów. Rozwijać będziemy tak jak do tej pory współpracę z mediami, służąc swoją wiedzą na temat rynku ubezpieczeniowego.

**A.A.:** Dziękuję za rozmowę ■

**Anna Arwaniti**

## AKTUALNOŚCI

przez przedsiębiorców reprezentujących interesy ubezpieczonych przed zakładami ubezpieczeń.

■ 19 października Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Krystyna Krawczyk, wzięła udział w konferencji Acoat Selected (serwisy blacharsko-lakiernicze) w Warce, gdzie przedstawiła podstawowe zasady funkcjonowania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych oraz kluczowe problemy z jakimi zwracają się do Rzecznika ubezpieczeni.

■ 22-23 października Magdalena Kudlak, Naczelnik Wydziału Skarg i Interwencji i Administrator Bezpieczeństwa Informacji w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych oraz Iwona Szymańska, Kierownik Zespołu ds. Zabezpieczenia Emerytalnego i Zastępca Administratora Bezpieczeństwa Informacji, wzięły udział w międzynarodowej konferencji „Prawo do prywatności w społeczeństwie nadzorowanym”, która została zorganizowana w Warszawie przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

■ 24 października Rzecznik Ubezpieczonych oraz Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej zorganizowali międzynarodowe sympozjum pt. „Ochrona konsumentów usług ubezpieczeniowych – doświadczenia polskie na tle międzynarodowym”. Gośćmi zagranicznymi, zaproszonymi na sympozjum byli przedstawiciele instytucji nadzorczych, organizacji konsumenckich i zajmujących się edukacją finansową z Malty, Portugalii oraz Wielkiej Brytanii.

■ 24 października przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, dr Marcin Kawiński, uczestniczył w kolejnym z cyklu spotkań forum FIN – USE w Brukseli.

Na spotkaniu prezentowano założenia raportu Komisji Europejskiej dotyczącego edukacji finansowej.

# Miarkowanie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę

Instytucja zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (obok zwrotu wszystkich wynikłych kosztów będących następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (najczęściej w praktyce kosztów leczenia, rehabilitacji, opieki, przygotowania do wykonywania nowego zawodu, adaptacji pojazdu i przebudowy mieszkania z uwzględnieniem potrzeb niepełnosprawnej po wypadku osoby), przyznania renty wyrównawczej (uzupełniającej), renty tymczasowej na zwiększone potrzeby, jednorazowego odszkodowania (kapitalizacji renty) jest zasadniczym świadczeniem związanym z realizacją obowiązków odszkodowawczych tytułem szkody na osobie płynących z odpowiedzialności deliktowej. Szczególnie przy tragicznych w skutkach wypadkach, patrząc na jego wymiar ekonomiczny, należy je kwalifikować jako podstawowe świadczenie kompensujące powstałą szkodę nazywaną tutaj krzywdą tzn. szkodę osobową o charakterze niemajątkowym. Omawiane świadczenie precyzuje art. 445 §1 k.c. odwołujący się do treści art. 444 § 1 k.c. stanowiąc, iż osobie poszkodowanej, która w wyniku wyrażonej jej szkody doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Analizując zasadnicze cechy tej instytucji odszkodowawczej trzeba stwierdzić, iż zadośćuczynienie jest świadczeniem:

- jednorazowym i pieniężnym;
- mającym stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego;

- osobistym tzn. przynależne jest poszkodowanemu;
- znajdującym źródło tylko w reżimie odpowiedzialności cywilnej deliktowej;
- fakultatywnym ale nie oznacza to, że jest tutaj pełna dowolność w jego przyznaniu;
- w pewnym sensie uznaniowym bowiem sądowi orzekającemu pozostawia się daleko idącą swobodę.

Miarkując zadośćuczynienie trzeba przede wszystkim pamiętać, iż ma ono charakter jednorazowy, a zarazem całościowy, więc obejmuje wszystkie cierpienia doznane przez poszkodowanego, także te, które będzie odczuwać w przyszłości. Przy jego określaniu należy uwzględnić w jego wysokości wszystkie elementy krzywdy łącznie z tymi, które mogą ujawnić się w przyszłości – ale jeżeli nie można ich było przewidzieć, otwarta pozostaje droga do odrębnego przyznania odpowiedniej sumy w razie ujawnienia się nowej krzywdy. Dał temu wyraz Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 21 listopada 1967 r. (sygn. akt II PZP 37/67, publ. OSNCP 1968/7 poz. 113) twierdząc, że zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego wyłącza – mimo pogorszenia się stanu zdrowia poszkodowanego – przyznanie mu dalszego zadośćuczynienia poza już zasądzonym. Jeżeli jednak u poszkodowanego ujawni się nowa krzywda, której w chwili przyznawania zadośćuczynienia nie można było przewidzieć może mu być przyznana odpowiednia kwota do naprawienia tej nowej krzywdy. Podobne stanowisko można odnaleźć w innym nowszym wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 lu-

tego 1998 r. (sygn. akt II CKN 608/907, niepublikowane) gdzie sąd potwierdził regułę, iż uprzednie przyznanie zadośćuczynienia nie wyłącza przyznania poszkodowanemu odpowiedniej sumy w razie ujawnienia się nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć w ramach podstawy poprzedniego sporu.

Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów jakimi należy kierować się przy wyliczaniu (miarkowaniu) wysokości zadośćuczynienia – wytycznych w tym zakresie należy poszukiwać w orzecznictwie sądów powszechnych, szczególnie Sądu Najwyższego. Analizując orzecznictwo zwracają uwagę najczęściej powtarzające się czynniki współkształtujące wysokość zadośćuczynienia, do których należą:

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego wyrażający się w kalectwie, osłabieniu, ograniczeniach ruchowych, ograniczeniach wykonywania czynności życia codziennego;
- długotrwałość choroby, cierpienie, leczenie, rehabilitacji (bolesność zabiegów, dokonywane operacje, leczenie sanatoryjne, okres dochodzenia do względnej sprawności, przywrócenie funkcji organizmu etc.);
- wiek i płeć poszkodowanego;
- poczucie bezradności życiowej, widoki i możliwości poszkodowanego w przyszłości (niemożność podjęcia pracy, wykonywania wyuczonego zawodu, uprawiania sportu, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci, aktywnego korzystania z życia i rozrywek);
- aktualna i zmieniająca się stopa życiowa społeczeństwa polskiego oraz sytuacja materialna społeczności na terenie zamieszkania poszkodowanego;
- inne czynniki wpływające na poczucie krzywdy uzależnione od konkretnego stanu faktycznego, których trzeba poszukiwać przy każdej indywidualnej sprawie szczególnie z uwzględnieniem wszelkich cech poszkodowanego.

Ponadto wobec braku jednolitych i uproszczonych zasad miarkowania kwot zadośćuczynienia, reguły o charakterze generalnym pomocnych w określaniu jego wysokości można również poszukiwać wyłącznie w ugruntowanej linii orzecznictwa. Jedną z takich zasad generalnych wskazuje orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 3 listopada 1994 r. (sygn. akt III APr 43/94, publ. OSA 1995/5/41) gdzie sąd stwierdził, iż cyt. „zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty sumy symbolicznej, czy też określonej sztywnymi regułami tak jak w ustawie wypadkowej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Zadośćuczynienie winno uwzględniać doznaną krzywdę poszkodowanego, na którą składają się cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi lub nieodwracalnymi”. Ponadto, czemu dał wyraz SN w wyroku z 27 sierpnia 1969 r. (sygn. akt I PR 224/69 publ. OSNCP 1970/6/111) przyznanie zadośćuczynienia nie jest obligatoryjne i zależy od uznania i oceny sądu konkretnych okoliczności sprawy, a także przy jego ustalaniu obowiązuje zasada umiarkowania przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy oraz skutków doznanego kalectwa – za wyrokiem SN z 3 maja 1972 r. (sygn. akt I CR 106/72 niepublikowane). Inną regułą generalną można odnaleźć w wyroku SN z dnia 29 września 2000 r. (sygn. akt V CKN 527/2000), gdzie sąd twierdzi, iż wysokość zadośćuczynienia jest nacechowana daleką idącą uznaniowością sądu, znajdującą oparcie w konkretnie rozpatrywanej sprawie – cyt. za Sądem Najwyższym – wysokość zadośćuczynienia powinna być określona z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy mających

wpływ na rozmiar krzywdy doznanej przez poszkodowanego. Art. 445 daje podstawę do tego, że sąd może zasądzić odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia według swojej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Podobną regułę można odnaleźć w orzeczeniu SN z 5 maja 2000 r. (sygn. akt II CKN 1002/98 niepublikowane), gdzie sąd stwierdził, iż art. 445 poostawia – z woli ustawodawcy – znaczną swobodę składom orzekającym w określeniu wysokości należnej sumy pieniężnej (...). Podobnie, na co wcześniej zwracano uwagę czynników wpływających na wysokość zadośćuczynienia również należy poszukiwać w orzecznictwie. Przybliżając w tym miejscu filarowe, w mojej ocenie, orzecznictwo sądów dające doskonale wytyczne do miarkowania zadośćuczynienia trzeba kolejno wskazać na wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 681/98), w którym sąd określając jego wysokość wskazał na nasilenie cierpienia, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu prywatnym i społecznym. Podobnie miarkując zadośćuczynienie należy mieć na uwadze rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych, jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu oraz długotrwałego leczenia – za wyrokiem SN z 18 stycznia 2004 r. (sygn. akt 219/04 niepublikowane). Uzupełnienie tej listy czynników przydatnych w miarkowaniu zadośćuczynienia dają inne orzeczenia jak wyrok Sądu Apelacyjnego z 3 listopada 1994 r. (sygn. akt III APr 43/94) wskazujący na rozmiar cierpienia fizycznych i psychicznych poszkodowanego, wyrok SN z dnia 22 kwietnia 1985 (sygn. akt II CR 94/85) mówiący o aktualnych warunkach i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, związanej z miejscem zamieszkania, zamożnością społeczeństwa, wyrok SN z 18 stycznia 1984r (sygn. akt I CR 407/83) oraz wyrok SN z 28 września 2001 r. (sygn. akt III CKN 427/00 niepublikowane) wskazujący na przemiany

# AKTUALNOŚCI

■ 25 października Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego, dr Stanisława Kluzy, w sprawie braku odpowiedzi na podjętą interwencję w indywidualnej sprawie z dnia 22.12.2006 r. oraz braku odpowiedzi na liczne monity w tej sprawie z MTU S.A.

■ 9 października w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się spotkanie kierownictwa Urzędu z PZU Życie S.A. Spotkanie dotyczyło problemów z jakimi zwracają się ubezpieczeni w tym zakładzie ubezpieczeń do Rzecznika Ubezpieczonych.

■ 9 listopada Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dostrzeżonymi nieprawidłowościami w zapisach ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco, oferowanych przez PZU S.A. Wg Rzecznika nieprawidłowości zawierają zapisy dotyczące wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

■ 10 listopada Halina Olendzka objęła Urząd Rzecznika Ubezpieczonych. Akt powołania w dniu 5 listopada 2007 r. podpisał Premier Jarosław Kaczyński.

■ 14 listopada Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, wystąpiła do podmiotów wymienionych w art. 25 ust 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz. 1153, ze zm.) z prośbą o wskazanie kandydatów do Rady Ubezpieczonych, organu opiniodawczo-doradczego Rzecznika Ubezpieczonych.

■ 21 listopada przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, dr Marcin Kawiński, brał udział w Europejskim Kongresie Funduszy Emerytalnych, który odbył się we Frankfurcie.

gospodarcze w danym kraju (standard życia), wyrok SN z dnia 18 grudnia 1975 r. (sygn. akt I CR 862/75) wskazujący na utratę możliwości wykonywania pracy, korzystania z rozrywek, orzeczenia SN z 22 sierpnia 1977 r. i 13 marca 1973 r. (sygn. akt II CR 266/77 i II CR 50/73) podnoszące kwestię wieku poszkodowanego, czy też wyrok SN z 9 marca 1973 r. (sygn. akt I CR 55/73) wskazujący na wyłączenie poszkodowanego z normalnego życia (np. trudności w opuszczaniu mieszkania). Nie pozostaje bez znaczenia dla miarkowania wysokości zadośćuczynienia zachowanie się i postawa osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym. Obojętne zachowanie takiej osoby może pogłębić poczucie krzywdy, gdy sprawca nie wykona żadnych starań mających na celu złagodzenie następstw szkody po stronie poszkodowanego, czemu dał wyraz SN w wyroku z dnia 9 stycznia 1978 r. (sygn. akt IV CR 510/77, publ. OSNCP 1978/11/210). Podobny wpływ na wysokość zadośćuczynienia ma intensywność winy sprawcy, na co wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 9 marca 2003 r. (sygn. akt IACa 124/01 publ. PS 2002/10/130). Kierując się aktualnym orzecznictwem warto także pamiętać, iż wysokości zadośćuczynienia nie można mierzyć potrzebami dostępności do dóbr takich jak samochód, konto bankowe, mieszkanie etc., na co jednoznacznie wskazał SN w niedawnym orzeczeniu z 29 września 2004 r. (sygn. akt II CK 531/03, niepublikowane). Biorąc pod uwagę powyżej wskazywane czynniki mające wpływ na miarkowanie zadośćuczynienia, analizując ostatnio obserwowaną praktykę sądową przy tragicznych w skutkach wypadkach, w których orzekany był trwały uszczerbek na zdrowiu na poziomie 90% i więcej, obserwowana jest znaczna tendencja zwyżkowa, czego przykładami mogą być orzeczenia sądów jak przykładowo Sądu Apelacyjnego w Łodzi, który w wyroku z 20 stycznia 2005 r. (sygn. akt IACa 1178/04) przyznał łącznie poszkodo-

wanemu zadośćuczynienie od zakładu ubezpieczeń w kwocie 160 000 zł, Sądu Okręgowego w Warszawie, który w orzeczeniu z dnia 21 marca 2001 r. (syn. akt I C 1048/97) przyznał łącznie poszkodowanemu zadośćuczynienie na poziomie 180 000 zł, Sądu Apelacyjnego w Lublinie, który w wyroku z dnia 9 sierpnia 2003 r. (sygn. akt I ACa 588/02) orzekł zadośćuczynienie na poziomie 250 000 zł, Sądu Okręgowy w Płocku, który w wyroku z dnia 31 marca 2003 r. (sygn. akt IC 885/01) przyznał zadośćuczynienie w kwocie 300 000 zł. Obecnie, czyli w latach 2006 – 07, przy znacznych uszczerbkach tendencja ta na stałe osadziła się w orzecznictwie, gdzie standardowo zapadają orzeczenia na poziomie 200 000 – 300 000 zł a zdarzają się rozstrzygnięcia ponad te kwoty tj. 350 000 – 400 000 zł. Warto w tym miejscu przypomnieć także spektakularne procesy odszkodowawcze z ostatnich paru lat, szeroko relacjonowane w ogólnopolskich mediach, gdzie kwoty zadośćuczynień w niektórych sporach przekraczały najśmielsze oczekiwania. W pierwszym, spośród szeroko komentowanych w mediach orzeczeniu, wobec poszkodowanego ucznia chorego na astmę (100% trwałego uszczerbku na zdrowiu) na skutek zbyt późno podjętej przez nauczycielkę wychowania fizycznego akcji reanimacyjnej (40 minut w stanie śmierci klinicznej powodujących skutki nieodwracalne rozległe uszkodzenie mózgu, porażenie wszystkich kończyn) Sąd Najwyższy orzekł zadośćuczynienie wraz ze skapitalizowaną rentą na poziomie 172 000 zł (sygn. akt II CKN 364/02). Jeszcze tragiczniejszy w skutkach wypadek, który miał miejsce w okolicach Kamiennej Góry polegający na oparzeniu łukiem elektrycznym (prądem o wysokim napięciu i natężeniu) dotknął dwóch maturzystów powodując u nich utratę kończyn, oparzenia niemal całego ciała, liczne blizny, szereg innych dolegliwości (ponad 100% składanego trwałego uszczerbku w obu przypadkach) skutkuje roszczeniami odszkodowawczymi

zbliżającymi się w jednym wypadku do kwoty 2 000 000 zł. Ubezpieczyciel, który udzielał ochrony ubezpieczeniowej zakładowi energetycznemu – sprawcy szkody, z uwagi na stosunkowo niskie limity gwarancyjne (500 000 zł sumy gwarancyjnej) zapłacił pod koniec lat 90. poszkodowanemu w drodze uznania 200 000 zł i 250 000 zł tytułem zadośćuczynień. Wskazywany powyżej proces toczy się o nadwyżkę ponad te kwoty. Kolejnym szeroko komentowanym w mediach procesem, było postępowanie toczące się m.in. o zadośćuczynienie dla małoletniej dziewczynki, która doznała rozstroju zdrowia (częściowy paraliż, zachwianie funkcjonowania centralnego ośrodka nerwowego i zaburzenie rozwoju z długotrwałym procesem rehabilitacyjnym) wskutek niekontrolowanego wybuchu samochodowej poduszki powietrznej (air bag) w czasie postoju pojazdu. Podczas procesu przedstawiciel zobowiązanego do naprawienia szkody zaproponował, przyjętą następnie przez rodziców poszkodowanej ugodę, na poziomie 300 000 zł. Kolejny proces, gdzie wysokość zadośćuczynienia zasądzona od Skarbu Państwa osiągnęła wyjątkowo wysoki poziom, był następstwem nieostrożnego obchodzenia się z bronią przez żołnierzy pełniących wartę w jednej z wojskowych jednostek. Na skutek postrzału, u jednego z wartowników przy 100 % trwałym uszczerbku nastąpiła całkowita utrata jednego oka oraz rozległe uszkodzenie mózgu skutkujące całkowitym paraliżem z jednoczesnym zachowaniem pełnej świadomości i jasności umysłu poszkodowanego. W tym naszkicowanym pokrótce stanie faktycznym Sąd Apelacyjny w Lublinie w orzeczeniu z dnia 12 października 2004 r. przyznał poszkodowanemu zadośćuczynienie od Skarbu Państwa w rekordowej jak dotąd wysokości 850 000 zł. W uzasadnieniu do wskazywanego orzeczenia sąd stwierdził, iż „wysokość (zadośćuczynienia przyp. autora) uzasadnia trwale wyeliminowanie z życia rodzinnego i zawodowego czego poszkodowany jest abso-

lutnie świadomy”. Innym nagłośnionym medialnie procesem, gdzie wysokość świadczeń zbliżyła się niemal do kwoty 1 000 000 zł, był wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu zasądający zadośćuczynienie wraz z innymi świadczeniami od Skarbu Państwa w na poziomie 901 000 zł. Odpowiedzialność Skarbu Państwa za funkcjonariuszy orzeczona została na skutek popełnionych błędów podczas akcji policyjnej, gdzie zastrzelono jednego i postrzelono drugiego z dwójki młodych ludzi, którzy nie zatrzymali się do kontroli drogowej sądząc że są oni niebezpiecznymi przestępcami. Wskazywane orzeczenie dotyczyło młodego człowieka, który pozostał przy życiu stając się jednocześnie 100% inwalidą. Sąd uzasadniając rozstrzygnięcie stwierdził, iż „ten człowiek jest stuprocentowym inwalidą, nigdy nie zrealizuje swoich bogatych marzeń w sferze prywatnej i zawodowej, będzie zdany zawsze na kogoś.” Ponadto sąd wskazał, iż cyt. „Wysokość tego odszkodowania biorąc pod uwagę polskie warunki ekonomiczne nie jest zdaniem sądu nadmierna.” Poprzednie, starsze orzecznictwo pomimo otoczenia ustrojowego w niektórych przypadkach również wykazywało tendencję zwykłą. Przykładem może być tutaj orzeczenie SN z dnia 22 sierpnia 1977 r. (sygn. akt II CR 266/77), zawierające wytyczne odnośnie podwyższonej o 50% od standardowej wysokości zadośćuczynienia, w którym sąd stwierdził, że skoro piętnastomiesięczne dziecko na skutek wypadku tramwajowego stało się 100% inwalidą na całe życie, to słusznym jest, by zadośćuczynienie, które zgodnie z art. 445 § 1 k.c. ma być odpowiednie w stosunku do szkody, było również wyjątkowo wysokie. Przeważnie w wypadku zupełnego i trwałego inwalidztwa osób dorosłych sumy zadośćuczynienia nie przekraczają 100 000 zł – w tym przypadku sumę tę należało określić znacznie wyżej i przyjąć, że odpowiednią sumą zadośćuczynienia będzie kwota 150 000 zł lub wyrok SN z dnia 9 marca 1973 r. (sygn. akt I CR 55/73) gdzie sąd wskazał, iż ty-

tułem zadośćuczynienia przyznawane są sumy 50 000 zł i wyższe wtedy, kiedy trwałe skutki uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia są tego rodzaju, że wyłączają poszkodowanego z normalnego życia zwłaszcza ze względu na niemożność lub daleko idące trudności w opuszczeniu mieszkania. Podobne wytyczne, sugerujące podwyższoną kwotę zadośćuczynienia można odnaleźć w innych orzeczeniach sądowych, jak choćby wyroku SN z 3 maja 1972 r. (sygn. akt I CR 106/72), który stwierdził, że zasądzenie zadośćuczynienia w kwocie przekraczającej 50 000 zł może mieć miejsce jedynie w wypadkach wyjątkowych, to jest wtedy, gdy chodzi o krzywdę o szczególnie znaczną ciężarze gatunkowym, np. całkowita ślepota, paraliż, utrata obu kończyn, orzeczeniu SN z 12 grudnia 1967 r. (sygn. akt I PR 389/67), gdzie w przypadku gdy powód doznał ciężkich obrażeń ciała, a w następstwie wypadku (w chwili wypadku miał 35 lat) utracił całkowitą zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy uznać należy za stosowne przyznanie zadośćuczynienia w wysokości 60 000 zł czy też wyroku SN z dnia 3 grudnia 1970 r. (sygn. akt I PR 427/70) gdzie sąd podkreślił, że niezależnie od cierpień doznanych przez powoda, fakt spowodowania u 17 letniego chłopca inwalidztwa II grupy, a więc całkowitego wyłączenia go z grona ludzi pracy, uzasadnia, iż odpowiednią sumą zadośćuczynienia za krzywdę powoda powinna być kwota 40 000 zł. Oczywiście analizując ostatnią przywołaną grupę orzeczeń należy pamiętać o latach, w którym zostały one wydane, a tym samym nie przypisywać znaczenia wskazywanym w nich kwotom. Prezentowane orzeczenia mają bowiem na celu ukazać stany faktyczne, które uzasadniają wyższy od normalnego wymiar zadośćuczynienia.

Analiza wskazywanego orzecznictwa prowadzi do wniosku, że miarowanie wysokości zadośćuczynienia powinno znajdować oparcie w konkretnej, rozpatrywanej sprawie i wszechstronnej ocenie wszyst-



# AKTUALNOŚCI

■ 23 listopada Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, wzięła udział w spotkaniu „Spotkania z ryzykiem”, które odbyło się w Komisji Nadzoru Finansowego. Jest to cykl spotkań kierownictwa Komisji Nadzoru Finansowego z szefami organizacji zrzeszających uczestników rynku finansowego.

■ 26 listopada przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, Anna Arwaniti, wzięła udział w seminarium zorganizowanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń „Prawo konkurencji w działalności ubezpieczycieli i Polskiej Izby Ubezpieczeń”.

■ 29 listopada przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, Joanna Owczarek, wzięła udział w Insurance Forum 2007, które odbyło się w Warszawie. Joanna Owczarek wygłosiła referat pt. Problemy dotyczące umów ubezpieczeń na życie w świetle doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych.

■ 29 listopada Dr Marcin Kawiński uczestniczył w forum FIN – USE w Brukseli. Spotkanie poświęcone było przede wszystkim substytucyjnym produktom finansowym.

■ 29 listopada Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, wzięła udział w posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych w Sejmie. Spotkanie dotyczyło projektu ustawy budżetowej na rok 2008.

■ 07 grudnia Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka, zaprezentowała na Dziennikarskiej Akademii Ubezpieczeniowej, organizowanej cyklicznie przez ING Nationale-Nederlanden, temat wypłat emerytur z otwartych funduszy emerytalnych. ■

Opracował: **Piotr Budzianowski**

kich jej okoliczności uwzględniając czynniki, które wpływają na jego wysokość. Niestety obserwowane orzecznictwo sądów niższej instancji jak i podążająca za nim praktyka likwidacyjna ubezpieczycieli, w znacznej części przypadków nadal odbiega w sposób rażący od nakreślonego przez orzecznictwo SN i doktrynę sposobu ustalenia zadośćuczynienia, ograniczając się wyłącznie do bazowania na stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego mnożonego przez przyjętą na danym terenie kwotę pieniężną z pominięciem lub niewielkim wpływem na wysokość zadośćuczynienia innych wskazanych w orzecznictwie SN czynników. Aby nie być gołosłownym przywołam w tym miejscu fragmenty z obowiązujących w zakładach procedur likwidacyjnych jak choćby przykładowo cyt. „wielkość procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu może być bardzo pomocne w określaniu zadośćuczynienia”.(...) np. przy 26% uszczerbku kwota za 1% trwałej utraty zdrowia wynosi 450 zł, co pozwala na następujące działanie 26 razy 450 zł = 11 700 zł; zadośćuczynienie można określić na poziomie 11 000 zł lub 12 000 zł w zależności od oceny rozmiaru krzywdy lub też cyt „...tak aby w poleceniu zapłaty nie wskazywać sposobu ustalania wysokości zadośćuczynienia, który przyjęto za 1% trwałej utraty zdrowia”. Natomiast w orzecznictwie sądów niższej instancji mechaniczny sposób obliczania zadośćuczynienia jest trudniejszy do bezpośredniego stwierdzenia, tym nie mniej dzieląc orzekane kwoty zadośćuczynień przez procent trwałego uszczerbku na zdrowiu wynik zawsze wskazuje na „okrągłą kwotę” stosowaną w odniesieniu do 1% uszczerbku na zdrowiu i tym samym przyjętą za podstawę sądowego miarkowania. Wskazywane praktyki mechanicznego wyliczania zadośćuczynienia negatywnie ocenił zarówno Sąd Apelacyjny w Katowicach gdzie w wyroku z 18 lutego 1998 r. (sygn. akt I ACa 715/97, publ. OSA 1999/2/7) stwierdził, iż cyt. „(...) stąd posługiwanie się jedynie tabelami

procentowego uszczerbku na zdrowiu i stawkami za każdy procent trwałego uszczerbku dla rozstrzygnięcia zasadności roszczenia o zadośćuczynienie i jego wysokość, znajduje jedynie orientacyjne zastosowanie i nie wyczerpuje oceny całości sprawy”, jak i w komentarzu prasowym Sędziego Sądu Najwyższego Gerard Bieniek interesujący się szczególnie prawem ubezpieczeń gospodarczych cyt. „w sądzie nigdy nie stosowano stawek jak w PZU, i nigdy nie będzie się ich stosować”. Jednocześnie przypomniał, że sędzia ustala sumę odpowiednią i musi brać przy tym pod uwagę wiele czynników, jak choćby rozmiar cierpienia, czas leczenia, wiek poszkodowanego i inne czynniki w zależności od konkretnej sprawy. Przyglądając się ugruntowanej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz poglądom doktryny należałoby odchodzić od powszechnie stosowanego od szeregu lat ustalania zadośćuczynienia (w mechaniczny sposób czyli poprzez jego wyliczanie oparte na regułach matematycznych) jednocześnie w to miejsce dążąc do indywidualnego miarkowania z uwzględnieniem wskazywanych w orzecznictwie SN czynników.

Obserwując linię orzecznictwa z biegiem lat można dojść do kilku wniosków. Na plan pierwszy wysuwa się ciągła tendencja zwykła (czasami nieoczekiwanie wysoka) orzekanych zadośćuczynień, którą kreuują zarówno składy orzekające jak i wyspecjalizowane kancelarie prawne i firmy windykacyjne. Bez wątplenia olbrzymie znaczenie mają tutaj także media zarówno ogólnopolskie jak i regionalne informujące o tych najwyższych kwotach świadczeń (m.in. zadośćuczynień) orzekanych w spektakularnych procesach odszkodowawczych. Wydaje się również, że wzrosty te powodowane są stopniowym i stałym wzrostem poziomu życia polskiego społeczeństwa oraz obserwacjami czynionymi nie tylko w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, ale także w krajach kontynentalnych starej Europy. W mojej ocenie, orzecznictwo w tego

typu sprawach czeka w nieodległej przyszłości proces stabilizacji, umiarkowanych przewidywalnych zwyczajów, co oznacza, że wraz ze wzrostem przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa i trwającej obecnie transformacji polskiego społeczeństwa w kierunku zamożniejszego społeczeństwa europejskiego – postęp w wysokości orzekanych zadośćuczynień po fali znacznych zwyczajów zostanie wyhamowany i będzie wzrastał proporcjonalnie do rozwoju polskiej gospodarki i idącym za tym wzrostem standardu życia Polaków. Eksperti ubezpieczeniowi wskazują na potrzebę wypracowania na wzór niemiecki swoistych ryczałtowych kwot zadośćuczynień, jednakże póki co pomysły te nie są osadzone w legislacyjnych realiach. Patrząc jednak na praktykę sądową i likwidacyjną oraz w części przypadków nieuzasadnione bogacenie się firm windykacyjnych kosztem poszkodowanych, idea taka wydaje się ze wszech miar słuszną i godną zainteresowania zarówno przedstawicieli instytucji rynkowych, jak i regulatora.

Omawiając szerzej problematykę miarkowania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, warto na koniec przypomnieć komu jest ono należne. Jest, co zasygnalizowano na początku opracowania, świadczeniem osobistym, co oznacza, że roszczenie o nie przysługuje jedynie osobie przeciwko której bezpośrednio skierowane było zdarzenie. Wskazał na to SN w orzeczeniu z dnia 13 października 1987 r. (sygn. akt IV CR 266/87 publ. OSNCP 1989/9/142) twierdząc, iż pogłębienie się u matki rozstroju zdrowia wywołane wiadomością o uszkodzeniach ciała doznanych przez dzieci, jest tylko pośrednim następstwem działania sprawcy. Matka bowiem nie może – nie będąc bezpośrednio poszkodowaną – domagać się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W nielicznych przykładach orzeczeń, co należy uznać za sytuacje wyjątkowe, sąd za osobę bezpośrednio poszkodowaną uznał młodą dziewczynę, która doznała silnego wstrząsu nerwowego na widok śmierci idą-

cych z nią koleżanek, spowodowanej przez nadjeżdżającą ciężarówkę oraz matkę na oczach której zrywająca się trakcja tramwajowa spowodowała śmierć jej dziecka (por. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 19 września 1995 r. sygn. akt IACr 393/95 publ. OSA 1995/9/66; wyrok SN z 8 maja 1969 r. sygn. akt II CR 114/69, publ. OSN 1970/7-8/129; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 30 lipca 2003 r. sygn. akt ICA 396/03 publ. Wokanda 2004/12/4). Przesłanką przesadzającą o uznaniu posiadacza pojazdu (jego ubezpieczyciela) za osobę zobowiązaną do wyrównania szkody – przyznania zadośćuczynienia – w tego typu sprawach było wykazanie związku przyczynowego pomiędzy ruchem pojazdu (brakiem dbałości o trakcję), a doznany wstrząsem psychicznym spowodowanym widokiem wypadku, które może być również powodem trwałych schorzeń np. jankania, padaczki. Przy omawianiu kręgu osób, którym służy zadośćuczynienie trzeba także przypomnieć, często w komentarzach lakonicznie traktowaną, regulację art. 445 § 3, która opisuje w jakich przypadkach może nastąpić przejście roszczenia o zadośćuczynienie na spadkobierców. Chodzi tutaj wyłącznie o dwie sytuacje tzn. jeżeli roszczenie zostało uznane przez dłużnika na piśmie (uznanie roszczenia musi mieć postać czynności prawnej – w praktyce uznanie na piśmie ze strony ubezpieczyciela zgłoszonych roszczeń w części lub całości) oraz drugi przypadek jeżeli za życia poszkodowanego zostanie wytoczone powództwo o to roszczenie, który w praktyce oznacza, iż skutek w postaci przejścia roszczenia na spadkobierców nastąpi jeżeli poszkodowany uzyska prawomocny wyrok przed śmiercią albo umrze w toku procesu. Regulacja ta jest konsekwencją osobistego charakteru świadczenia jakim jest zadośćuczynienia.

Ponadto, w mojej ocenie, pewien wpływ na miarkowanie wysokości zadośćuczynienia mają świadczenia realizowane na podstawie innych tytułów prawnych jak choćby świad-

czenia z innych umów ubezpieczenia (różnorodnych nnw, nnw stanowiących opcje do ubezpieczeń życiowych), świadczenia związane z wypadkami przy pracy realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, orzekane na rzecz poszkodowanego od sprawcy środki karne jak nawiązka oraz inne niesformalizowane świadczenia jak przykładowo darowizny ze strony sprawcy, organizacji humanitarnej, kolegów z pracy. Świadczenia te generalnie nie mają charakteru świadczeń odszkodowawczych, bowiem ich celem nie jest, wyrównanie szkody w pojęciu prawa cywilnego, lecz udzielenie poszkodowanemu stosownego zabezpieczenia, wsparcia finansowego w trudnych chwilach czy też ukaranie sprawcy. Ich wysokość nie zależy od rozmiaru wyrządzonej szkody, lecz od szczegółowych uregulowań prawnych lub w przypadku ubezpieczenia nnw określonej umownie sumy. Przy ich realizacji, z pewnymi wyjątkami, bez jakiegokolwiek znaczenia jest istnienie winy po stronie kogokolwiek jak również nieistotna pozostaje kwestia powstania i wielkości (rozmiaru) szkody. Zasadą jest, oczywiście z zastrzeżeniem uregulowań prawnych czy też przypadków wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej, wypłata świadczenia w razie zajścia określonego zdarzenia bez badania winy, przyczynienia i innych czynników, które podlegają szczegółowemu badaniu przy ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej. Ma natomiast, w mojej ocenie pewien wpływ na wysokość świadczeń (m.in. zadośćuczynienia) realizowanych z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Ustalenie, bowiem jaka suma zadośćuczynienia jest odpowiednia wymaga wzięcia szerokiego zakresu okoliczności faktycznych sprawy – mieszczą się w nich również otrzymanie kwoty z innych odrębnych tytułów, czym szerzej zajmę się w kolejnych numerach Monitora. ■

**Aleksander Daszewski**  
Radca prawny w BRU

Przywoływane orzecznictwo, w niektórych przypadkach zostało stylistycznie przeredagowane na potrzeby czytelności opracowania.

# „Ochrona konsumentów usług ubezpieczeniowych – doświadczenia polskie na tle międzynarodowym” – międzynarodowe sympozjum

**24 października 2007 r. Rzecznik Ubezpieczonych wraz Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej, pod patronatem Gazety Ubezpieczeniowej, zorganizowali międzynarodowe sympozjum pt. „Ochrona konsumentów usług ubezpieczeniowych – doświadczenia polskie na tle międzynarodowym”.**

**P**rzed oficjalnym rozpoczęciem sympozjum zostały wręczone dyplomy, które stanowią pewną już tradycję, wyróżniania osób, instytucji i firm, za szczególnie wkład w działanie na rzecz ochrony i edukacji konsumentów usług ubezpieczeniowych. I tak w kategorii „Zasłużony dla konsumentów usług ubezpieczeniowych” Rzecznik Ubezpieczonych przyznał dyplomy dla Tomasza Mintoft-Czyża, Prezesa Polskiej Izby Ubezpieczeń, dr Stanisława Nowaka, Prezesa Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz dr Marcina Orlickiego z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Specjalne wyróżnienie Rzecznik Ubezpieczonych przyznał Stanisławowi Godlewskiemu, Prezesowi HDI – Asekuracja TU S.A. oraz HDI Gerling Polska TU S.A. za szczególnie pozytywny stosunek do idei polubownego rozstrzygnięcia sporów konsumenckich. Za szczególne zasługi w podejmowaniu problematyki ubezpieczeniowej, Rzecznik Ubezpieczonych i Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, dyplomy wręczyli dla dr Bożeny M. Dołęgowskiej-Wysockiej, Redaktor Naczelnej Gazety Ubezpieczeniowej, Elizy Kosickiej, Sekretarza Redakcji Miesięcznika Ubezpieczeniowego, Violetty Fotygi, redaktor naczelnej Prawa, Ubezpieczeń i Reasekuracji. Dyplomy otrzymali także AXA Ubezpieczenia, AVANSUR S.A. Oddział w Polsce i LINK 4 Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. za wspie-

ranie działalności w sferze edukacji ubezpieczeniowej.

Sympozjum było podzielone na trzy sesje. W sesji I, *Edukacja Ubezpieczeniowa – stan obecny, potrzeby. Rozwiązania międzynarodowe*, prowadzonej przez Rzecznika Ubezpieczonych, dr Stanisława Rogowskiego, swoje wystąpienia zaprezentowali: Grażyna Rokicka, Prezes Stowarzyszenia Konsumentów Polskich, która mówiła o świadomości konsumenckiej w świetle badań i doświadczeń Stowarzyszenia Konsumentów Polskich; dr Marcin Kawiński, ekspert w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, omówił główne aspekty edukacji ubezpieczeniowej w Unii Europejskiej; Michał Matul z The Microfinance Centre przedstawił założenia budowania świadomości ubezpieczeniowej poprzez edukację finansową i jej korzyści dla klientów i branży ubezpieczeniowej; dr Stanisław Rogowski opisał blaski i cienie edukacji ubezpieczeniowej w Polsce.

Sesję II, *Reprezentacja interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych – rozstrzygnięcie sporów*, poprowadził dr Marcin Kawiński. Sesję rozpoczął prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz, kierownik Katedry Ubezpieczenia Społecznego w Szkole Głównej Handlowej, który zaprezentował politykę ubezpieczeniową w kontekście ochrony interesu konsumenta; Isabel Mendes Cabecadas z Centro de Arbitragem de Conflitos de Consumo de Lisboa w Portugalii, przedstawiła zasady rozstrzygnięcia sporów dotyczących transgranicz-

nych umów ubezpieczeniowych; Geoffrey Bezzina z Malta Financial Services Authority na Malcie omówił założenia polubownego rozstrzygnięcia sporów w Unii Europejskiej; David Thomas z Financial Ombudsman Service w Wielkiej Brytanii zaprezentował konkretne rozwiązania w rozstrzygnięciu sporów między ubezpieczonymi i zakładami ubezpieczeń w Wielkiej Brytanii.

*Prawne aspekty ochrony konsumentów – problemy do rozwiązania* to temat III sesji, którą poprowadził mec. Aleksander Daszewski, Prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej. Podczas sesji swoje wystąpienia przedstawili: dr Dariusz Fuchs z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz członek Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law, który przedstawił charakterystykę projektu Insurance Restatement; dr Marcin Orlicki z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu omówił założenia ochrony konsumenckiej dla osoby na której rzecz zawarto umowę ubezpieczenia; Michał P. Ziemiak z Zakładu Prawa Ubezpieczeniowego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w swoim wystąpieniu przedstawił przykłady klauzul abuzywnych w polskim obrocie ubezpieczeniowym i ocenę mechanizmów ochrony konsumenta w Polsce na tle praktyki Niemiec i Francji; mec. Aleksander Daszewski scharakteryzował działania podejmowane w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, dotyczące analiz ogólnych warunków ubezpieczeń i postępowanie Urzędu w tego typu sprawach. ■

**Piotr Budzianowski**

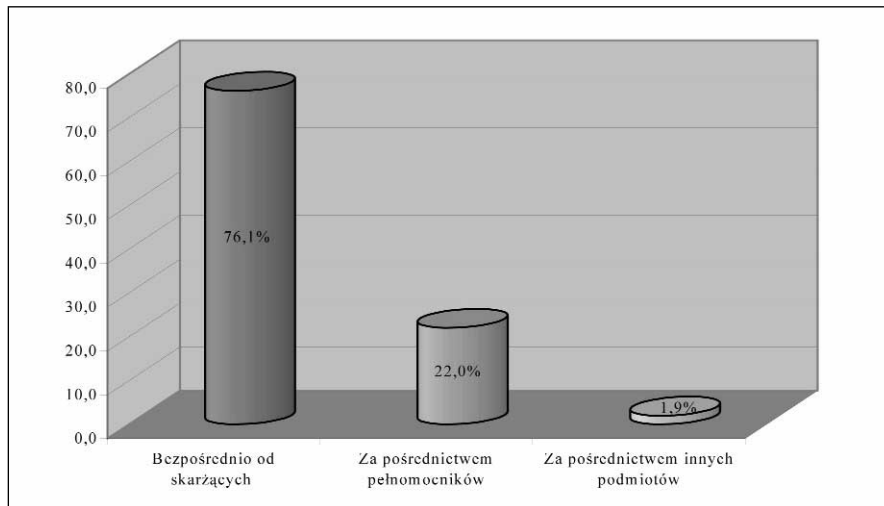
Wydział Edukacji i Informacji  
Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

# Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

**W okresie III kwartałów 2007 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 5046 pisemnych skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych.**

Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych napływały zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, odnotowano na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – 2119 skarg (42,0%), oraz

**Wykres nr 1.** Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.

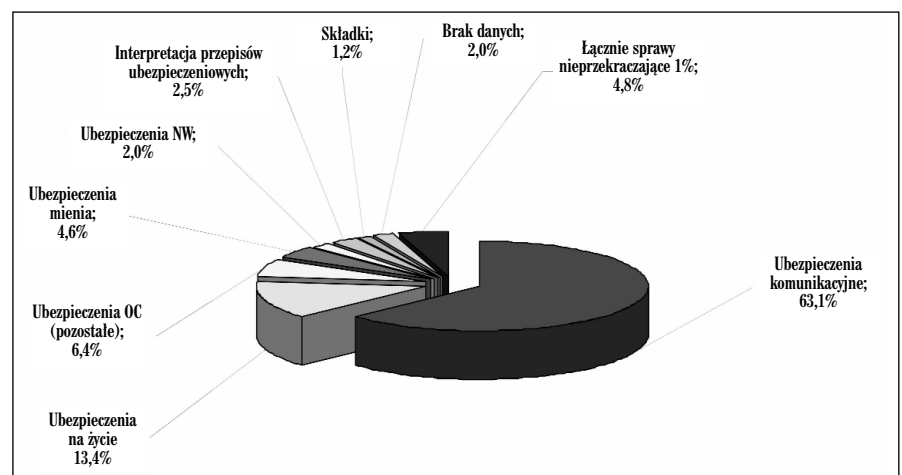


uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia (3840 spraw tj. 76,1%), jak też za pośrednictwem innych podmiotów (1206 spraw – 23,9%) (wykres nr 1). Na uwagę zasługuje rosnące zainteresowanie korzystaniem z usług Rzecznika Ubezpieczonych ze strony pełnomocników zajmujących się pośrednictwem w uzyskiwaniu odszkodowań od zakładów ubezpieczeń. W omawianym okresie za ich pośrednictwem Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał 1109 spraw, co stanowiło 22% ogółu wystąpień.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 3182 skargi (63,1%). Wśród nich najwięcej skarg

ubezpieczenie auto-casco – 584 skargi (11,6%). Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie

**Wykres nr 2.** Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.



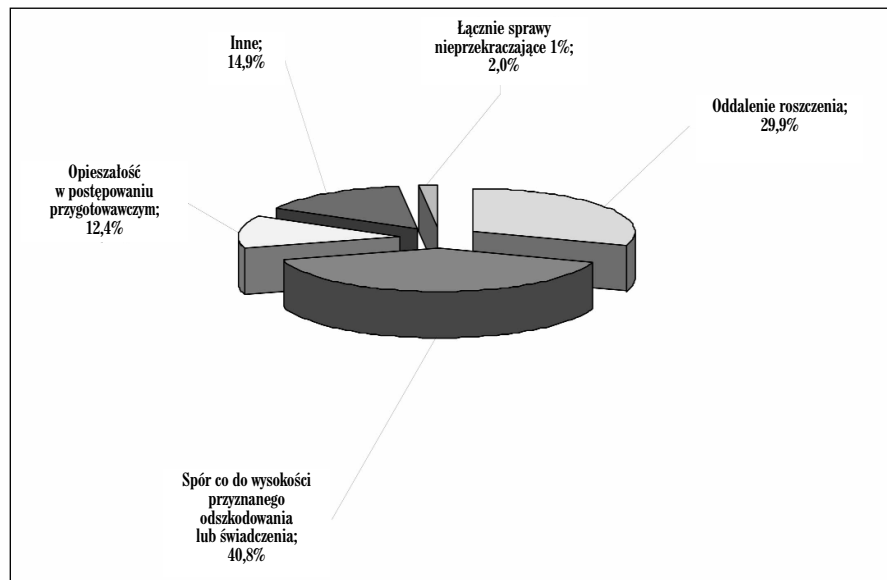
ubezpieczeń przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych (394 skargi tj. 7,8 %). Ubezpieczający skarżyli się przede wszystkim na: występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych; problemy z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za OC komunikacyjne w następstwie zbycia pojazdu; wysokość składek, w tym na konstrukcję tariff składek. Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (20 skarg – 0,4%) oraz odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych (25 skarg – 0,5%), zgłaszanych do Funduszu. Pozostałe wystąpienia skarżących dotyczyły ubezpieczenia Zielonej Karty – 14 skarg (0,3%), ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 19 skarg (0,4%) oraz ubezpieczeń assistance – 7 skarg (0,1%) (wykres nr 2).

Drugie miejsce z uwagi na liczbę, zajmowały skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 678 skarg, co stanowiło 13,4% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodar-

wykupu polisy, proponowanej osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy spory wynikające z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy

działności cywilnej w życiu prywatnym jak również w związku z wykonywanym zawodem – 322 skargi (6,4%). W skargach tych podnoszone są najczęściej zarzuty dotyczące odmowy wypłaty odszkodowania motywowanej przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy oraz zbyt niską kwotą ustalonego odszkodowania wynikającą ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

**Wykres nr 3.** Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.

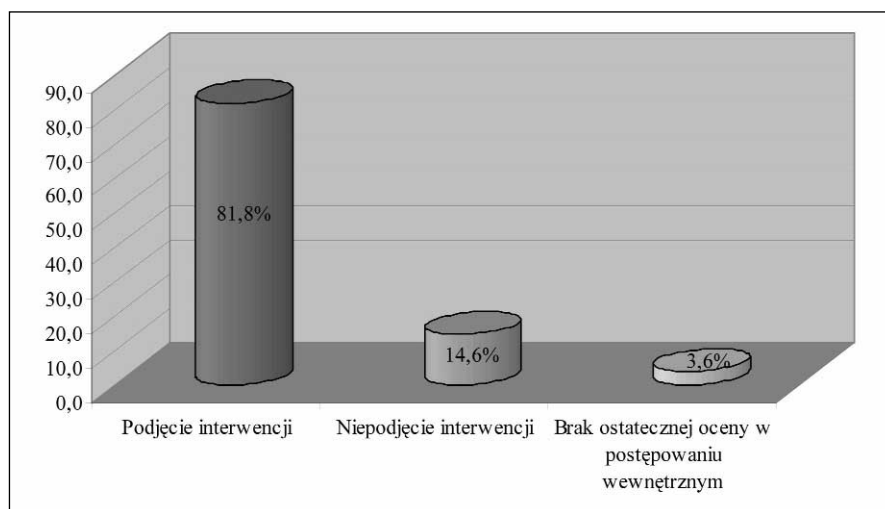


Następna grupa skarg w przedstawianym okresie sprawozdawczym zawierała zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 230 skarg (4,6%). Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej: brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją zakresu ochrony wynikającej z zawartej umowy, wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia; niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w ogólnych warunkach umowy; nieopłacenie w terminie składki lub jej raty oraz niedopełnienie wymogów ustalonych dla proce-

czych, które w tym okresie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych. W ramach tych skarg wyróżniamy umowy zawarte przed 1989 rokiem przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń a realizowane obecnie przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. (tzw. stary portfel), których problematyka wiąże się ze zbyt niską kwotą ustalonego świadczenia z tytułu ubezpieczenia dzieci (tzw. ubezpieczenie posagowe) lub ubezpieczenie renty odroczonej.

ubezpieczenia, zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczających – łącznie takich skarg od-

**Wykres nr 4.** Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.



W tej grupie w okresie III kwartałów 2007 roku odnotowano 111 spraw tj. 2,2%. Drugi rodzaj umów wchodzących w zakres skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 roku. Spory najczęściej dotyczyły odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieściło się w granicach ochrony gwarantowanej umową lub z powodu zatajenia lub podania przez ubezpieczonego niewłaściwych informacji o stanie jego zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia; zbyt niskiej wobec oczekiwań tzw. wartości

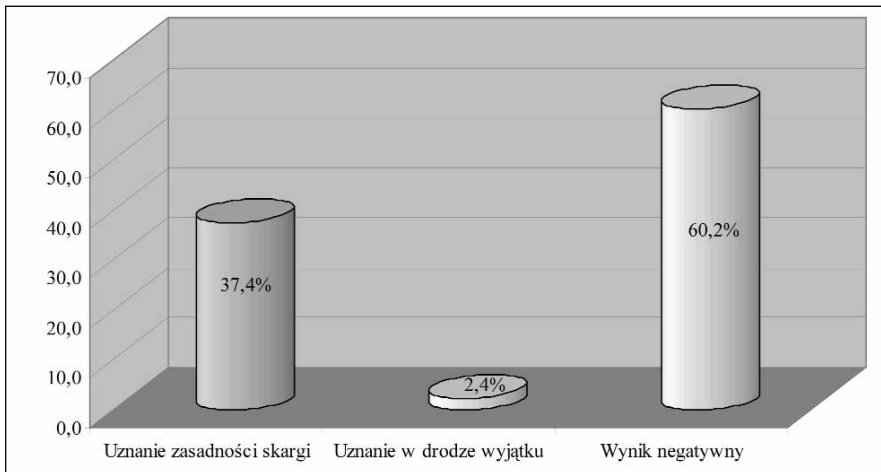
notowano 567 (11,2%).

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia odpowie-

su likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

W okresie III kwartałów 2007 roku

**Wykres nr 5.** Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych zakończonych w okresie III kwartałów 2007 r.



odnotowano 127 (2,5%) wystąpień zawierających zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, w tym 57 spraw dotyczyło odmowy udostępniania akt szkodowych.

Następna grupa skarg dotyczyła ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 101 skarg (2,0%), w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej – 31 (0,6%). Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania odszkodowania z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenia, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń – nie mieści się ono w granicach określonych warunkami umowy ubezpieczenia oraz spory o wysokość odszkodowania – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego odszkodowania.

W okresie objętym sprawozdaniem, tak jak w latach poprzednich zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach problemów (wykres nr 3):

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 2057 skarg (40,8%);
- oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 1508 skarg (29,9%);
- opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym – 628 skarg (12,4%).

W większości spraw, tj. 4127 (81,8%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (wykres nr 4). Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub interes osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Jej podjęcia odmówił w 735 przypadkach, co stanowiło 14,6% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Podstawową przyczyną niepodjęcia interwencji było stwierdzenie, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na stwierdzenie naruszenia prawa bądź interesów ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia.

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, sprawy w których toczy się postępowanie przed sądem, zapadły już wyroki sądowe lub zawarto ugodę z zakładem ubezpieczeń, która zawierała zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń.

W 184 sprawach (3,6%) z uwagi na znaczny wzrost dynamiki wnoszonych skarg nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym i dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 roku łącznie w odniesieniu do 1185 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 39,8% wszystkich spraw zakończonych, w tym 70 spraw zostało uznane w drodze wyjątku (2,4%) (wykres nr 5).

1793 sprawy zostały zakończone wynikiem negatywnym, co stanowiło 60,2% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych zakończył postępowanie interwencyjne.

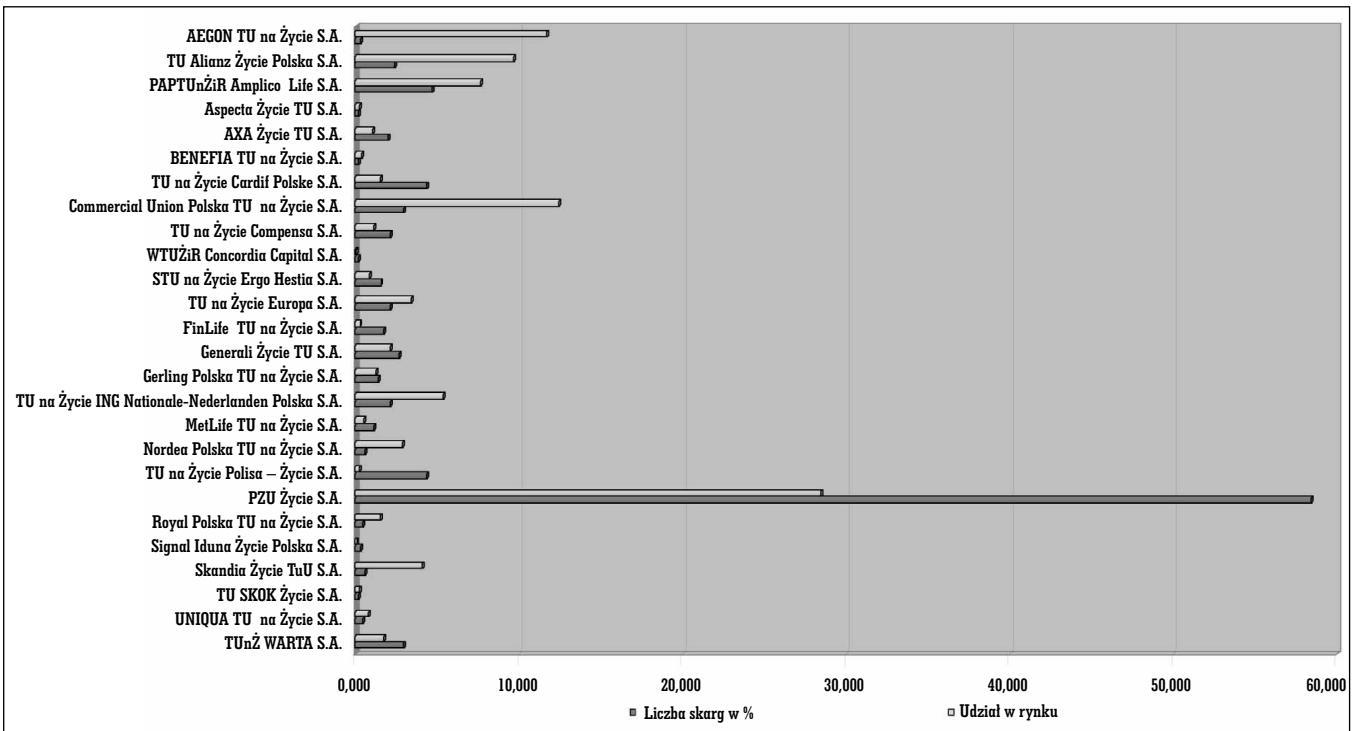
1176 spraw nadal pozostaje przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych, co stanowi 28,5% wszystkich spraw, w których podjęta została interwencja.

W okresie III kwartałów 2007 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 727 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I. Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 709 wystąpień (wykres nr 6).

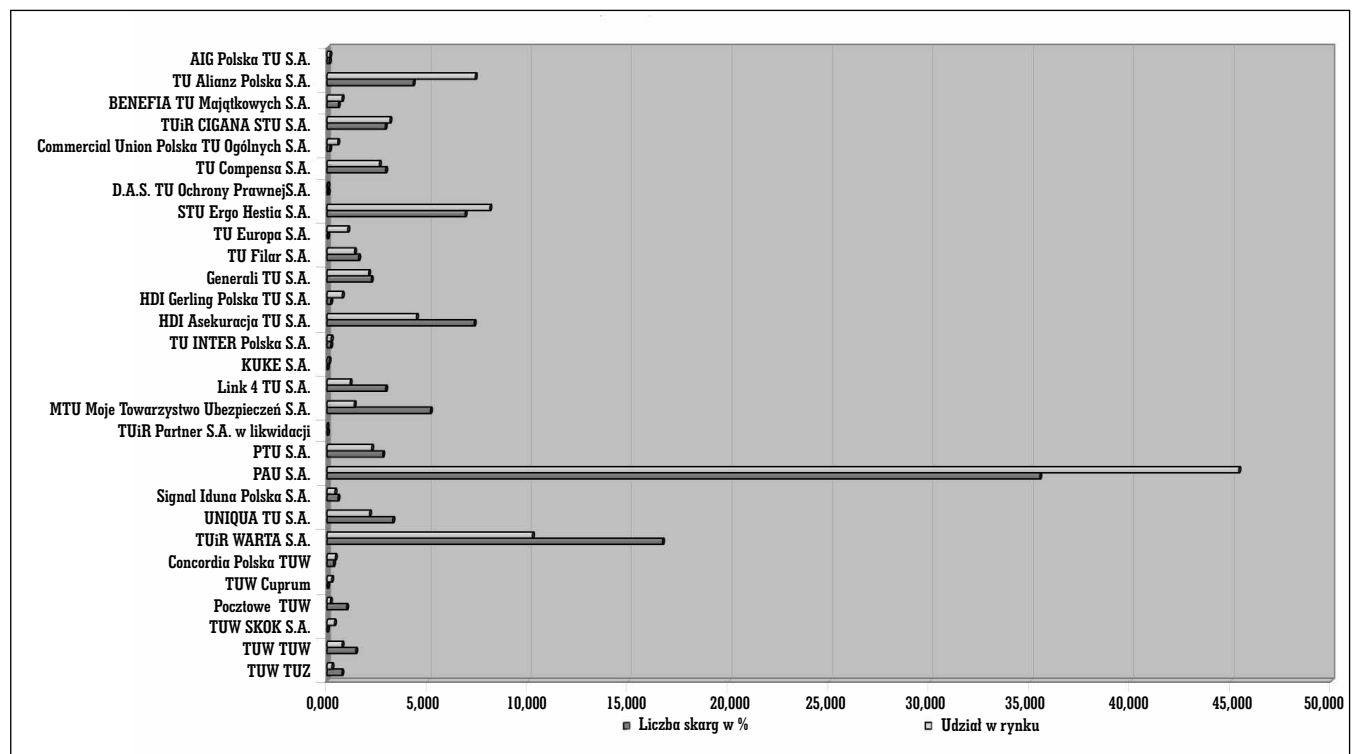
W 10 przypadkach sprawa dotyczyła zagranicznego podmiotu, a w 8 sprawach brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga.

W omawianym okresie sprawozdawczym skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II odnotowano łącznie 4314. Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II wpłynęło 4170 skarg (wykres nr 7). W odniesieniu do 63 spraw skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II będącego podmiotem skargi; 45 spraw dotyczyło Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego; w 16 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń jako reprezentanta do spraw roszczeń na terenie Polski; 10 spraw dotyczyło

**Wykres nr 6.** Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie III kwartałów 2007 r.



**Wykres nr 7.** Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie III kwartałów 2007 r.



Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce; 3 sprawy odnosiły się do funkcjonowania upadłych zakładów ubezpieczeń oraz

6 spraw dotyczyło działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Jedną skargę odnotowano na działalność zagranicznego

zakładu ubezpieczeń. W pozostałych 5 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych. ■

# Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki otwartych funduszy emerytalnych

**W okresie III kwartałów 2007 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło ogółem 123 pisemnych skarg dotyczących funkcjonowania systemu emerytalnego.**

Najliczniejsza grupa skarg, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych odnosiła się, do funkcjonowania ZUS, który jest dysponentem funduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, prowadzi konta ubezpieczonych i przekazuje część składki emerytalnej ubezpieczonych do filara II (łącznie 92 skargi, 74,8% skarg ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego – tabela nr 8). Część skarg

19,5% skarg ogółem). Pisemne wystąpienia uczestników systemu w zakresie otwartych funduszy emerytalnych dotyczyły przede wszystkim:

- zmiany otwartego funduszu emerytalnego i dokonania wypłaty transferowej;
- możliwości anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu co do treści oświadczenia woli i nabycia wcześniejszych uprawnień emerytalnych;

**Tabela nr 8.** Zestawienie podmiotów skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w okresie III kwartałów 2007 r.

Lp.	PODMIOT	LICZBA SKARG	%
1.	ZUS*	92	74,8
2.	OFE	24	19,5
3.	INNE	7	5,7
4.	<b>Ogółem</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

\* 30 skarg w sprawie ZUS ( 32,6%) dot. zabezpieczenia emerytalnego, a 62 skargi (67,4%) to zła własność.

Źródło: Sprawozdanie Rzecznika Ubezpieczonych za III kwartały 2007 r.

dotyczyła jednak działalności ZUS niezwiązanej z funkcjonowaniem II i III filara emerytalnego – wówczas Rzecznik Ubezpieczonych nie mógł podjąć interwencji i wskazywał skarżącym instytucję właściwą w danej sprawie bądź wyjaśniał przyczynę nie podjęcia interwencji (62 skargi). Skargi na funkcjonowanie ZUS dotyczyły głównie problemu nieprzekazywania składek na rachunek ubezpieczonego w OFE.

Miejsce drugie pod względem liczby skarg zajęły wystąpienia dotyczące dostrzeżonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu OFE (24 skargi;

- otrzymania przez osoby uprawnione środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE;
- nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE;
- zarzuty dotyczące sfalszowania umów o członkostwo w OFE i toczących się w związku z nimi postępowań wyjaśniających;
- interpretacji przepisów dotyczących OFE;
- problemu zawarcia umowy w wyniku wprowadzenia w błąd przez agenta.

Analizując skargi w ujęciu podmiotowym, najwięcej wystąpień na działalność powszechnych towarzystw emerytalnych dotyczyło Commercial Union PTE BPH CU WBK S.A. Kolejne miejsca pod względem liczebności skarg zajęły AIG PTE S.A., PTE PZU S.A. zarządzającego OFE PZU „Złota Jesień” oraz PTE BANKOWY S.A., PTE AEGON, ING Nationale Nederlanden Polska PTE S.A., PTE Allianz Polska S.A. i PTE AXA S.A. (tabela nr 9).

Znaczna część skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczyła nieterminowego przekazywania składek przez ZUS na rachunki ubezpieczonych w OFE (30 skarg, 24,4%). Występowanie tak dużej liczby skarg dotyczących nieprzekazywania składek emerytalnych świadczy o nadal istniejących problemach w funkcjonowaniu systemu informatycznego ZUS i zaległościach w przetwarzaniu dokumentów ubezpieczeniowych za poprzednie okresy. Nieterminowe przekazywanie części składek emerytalnych do OFE jest zwykle spowodowane niezidentyfikowaniem w Kompleksowym Systemie Informatycznym ZUS odpowiednich dokumentów ubezpieczeniowych i koniecznością ich ponownego przetworzenia. Coraz mniej wystąpień związanych jest z utworzeniem wielu kont dla jednego ubezpieczonego i brakiem możliwości ich scalenia. Warto zaznaczyć, iż zaległe składki są stopniowo przekazywane, w zależności od przebiegu procesu ponownego przetwarzania dokumentów. Ostateczne przekazanie wszystkich zaległych składek opłaconych przez płatników do końca 2002 roku powinno nastąpić do końca 2007 roku.



**Tabela nr 9.** Liczba skarg kierowanych na poszczególne podmioty z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w okresie III kwartałów 2007 r.

Lp.	Podmioty	Liczba członków OFE (stan na 28.09.07r.)	Liczba	%	Podjęcie interwencji		Wynik interwencji	
					Liczba	%	Pozytywnie (liczba)	Negatywnie (liczba)
1.	AEGON OFE	358 517	2	3,7	-		-	-
2.	OFE AIG	1 070 260	4	7,4	2	5,5	1	1
3.	ALLIANZ Polska OFE	316 672	1	1,9	-		-	-
4.	AXA OFE	595 582	1	1,9	1	2,8	-	-
5.	Bankowy OFE	446 307	2	3,7	1	2,8	-	-
6.	Commercial Union OFE BPH CU WBK	2 705 030	7	12,9	-		-	-
7.	ING Nationale Nederlanden Polska OFE	2 566 313	2	3,7	2	5,5	2	-
8.	OFE PZU „Złota Jesień”	1 945 970	4	7,4	3	8,3	2	-
9.	OFE (brak nazwy Funduszu)	-	1	1,9	-	-	-	-
10.	ZUS*	-	30	55,5	27	75	11	1
11.	<b>Ogółem</b>	-	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>2</b>

\* skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego

Kolejną pod względem liczebności grupę stanowiły zapytania związane ze zmianą OFE. Dotyczyły głównie możliwości odstąpienia od umowy o członkostwo w kolejnym OFE, zawartej często zbyt pochopnie pod wpływem informacji zaprezentowanych przez przedstawiciela nowego Funduszu.

Na kolejnym miejscu pod względem liczebności skarg znalazły się wystąpienia poruszające problem anulowania umowy członkostwa w OFE na skutek niewiedzy o utracie prawa do wcześniejszego świadczenia emerytalnego (5 skarg, 4,1%, wykres nr 10). Część wystąpień kierowana była przez osoby spełniające wszystkie warunki do przejścia na wcześniejszą emeryturę (poza nieprzystąpieniem do Funduszu) już w 2006 roku. Wówczas Rzecznik Ubezpieczonych informował o wymogach, jakie muszą spełniać, aby mogli skorzystać z jednolitej procedury anulowania umowy o członkostwo, która została przyjęta, na wniosek Rzecznika, przez towarzystwa zrzeszone w IGTE. Pozostała część skarg kierowana była przez ubezpieczonych uzyskujących prawo

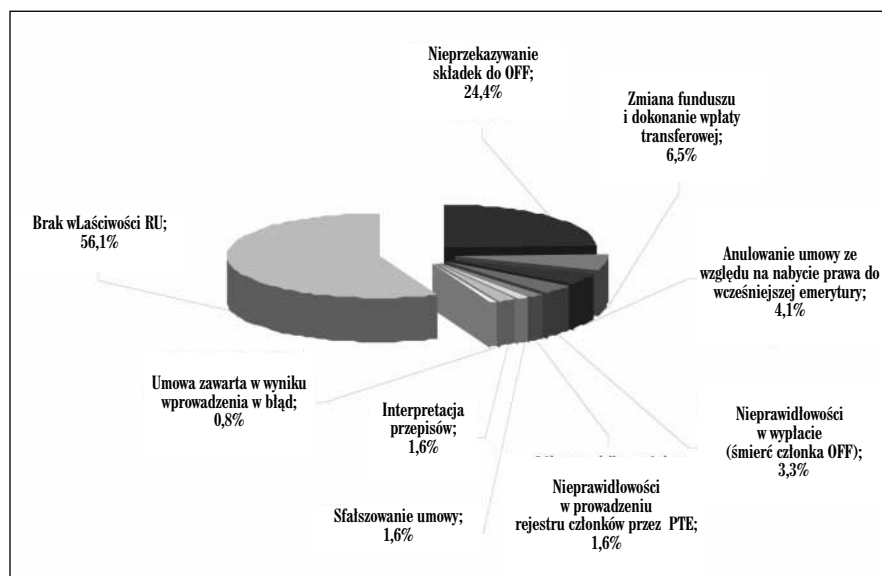
do wcześniejszej emerytury po 2006 roku – w takich przypadkach Rzecznik informował o innych przysługujących im możliwościach oraz o zmianach legislacyjnych w omawianym zakresie.

Następną pod względem liczebności grupę skarg stanowiły wystąpienia dotyczące treści obowiązujących

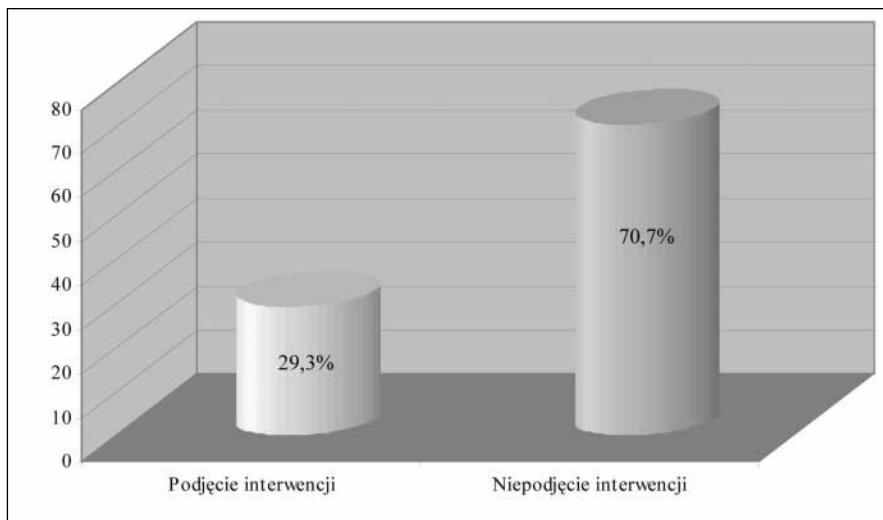
przepisów w zakresie dziedziczenia środków zgromadzonych na rachunku w OFE i procedur ich wypłaty w przypadku śmierci członka Funduszu.

Pozostałe dotyczyły nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków OFE, problemu sfałszowanych umów a także problemu zawarcia

**Wykres nr 10.** Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w okresie III kwartałów 2007 r.



**Wykres nr 11.** Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.



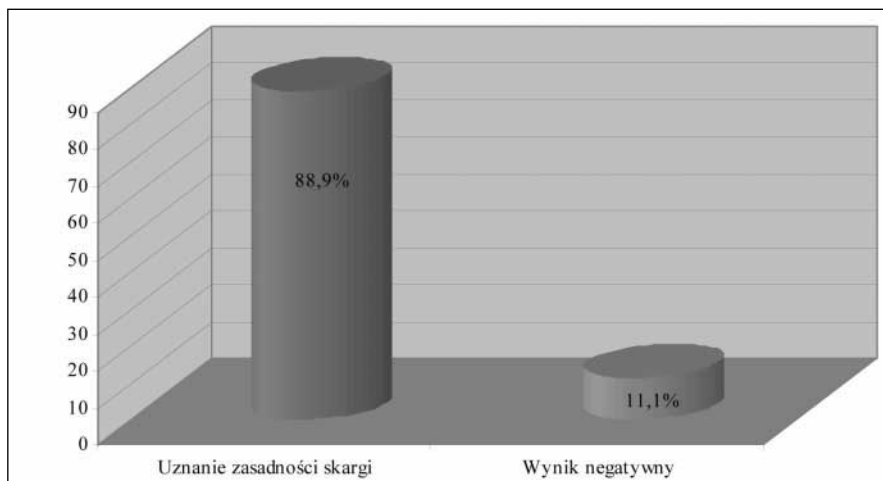
umowy w wyniku wprowadzenia w błąd przez przedstawiciela funduszu oraz prośby o interpretacje przepisów dotyczących zabezpieczenia emerytalnego.

69 skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych (56,1% skarg ogółem) nie mieściło się w zakresie jego kompetencji. Sprawy te głównie były kierowane do właściwych adresatów z powiadomieniem autorów wystąpień o przekazaniu ich zgodnie z właściwością.

Po przeanalizowaniu 123 skarg, jakie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 roku, podjęto interwencję w 36

sprawach (29,3% ogółu skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego; wykres nr 11). Niepodjęcie interwencji (70,7% skarg) zazwyczaj spowodowane było brakiem właściwości oraz brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem, w którym zawarta była jedynie prośba o wyjaśnienie przepisów prawnych dotyczących działalności OFE. Interwencje nie były również podejmowane w przypadku spraw o anulowanie umowy o członkostwo w OFE z powodu uzyskania prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli skarżący spełniał warunki do skorzystania z jednolitej procedury anu-

**Wykres nr 12.** Wynik interwencji w sprawach zakończonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2007 r.



lowania umów o członkostwo przyjętej przez PTE zrzeszone w IGTE i nie wystąpił z prośbą o przekazanie do OFE wymaganych dokumentów w jego imieniu. W takich przypadkach Rzecznik informował szczegółowo o warunkach koniecznych do anulowania umowy a ostateczną decyzję, co do skorzystania z wymienionych procedur pozostawiał skarżącym. W części spraw interwencje nie zostały podjęte na skutek nieprzedstawienia przez skarżących niezbędnej dokumentacji.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych podjętych w okresie III kwartałów 2007 roku 16 spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla skarżących, 2 sprawy – wynikiem negatywnym a pozostałe nie zostały jeszcze rozstrzygnięte (wykres nr 12). Znaczną część spraw w toku stanowią skargi na nieterminowe przekazywanie składek przez ZUS do OFE. W takich przypadkach sprawne i szybkie rozstrzygnięcie sprawy nie jest zwykle możliwe ze względu na złożoność problemu i nieprzetworzenie przez system komputerowy ZUS dokumentów ubezpieczeniowych za zaległe okresy ubezpieczenia.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- PTE uznawało zasadność interwencji i zmieniało swoją wcześniejszą decyzję;
- ZUS wyjaśnił przyczyny nieterminowego przekazania składek emerytalnych i przekazał zaległe składki bądź wskazał planowany termin ich przekazania do OFE;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po wnikliwej analizie sprawy ocenił, że prawo bądź interesy członków OFE nie zostały naruszone;
- wyczerpał wszystkie możliwości działania, jednak towarzystwo bądź ZUS nie zmieniło stanowiska w sprawie – wówczas Rzecznik informował skarżących o przysługujących im prawach wystąpienia na drogę sądową. ■

# Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę a jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy

**Od dłuższego czasu podnoszone są wątpliwości dotyczące wzajemnej relacji świadczeń z ubezpieczeń społecznych i świadczeń należnych na podstawie przepisów prawa cywilnego. Dotyczy to zarówno świadczeń należnych samemu poszkodowanemu, jak i świadczeń należnych członkom rodziny poszkodowanego w przypadku jego śmierci.**

Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU nr 199, poz. 1673 ze zm.) w art. 6 ust. 1 pkt 4 stanowi, iż jednym ze świadczeń przewidzianych w tym ubezpieczeniu jest jednorazowe odszkodowanie wypłacane poszkodowanemu, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Odpowiednikiem obu tych świadczeń na płaszczyźnie kodeksu cywilnego są – w odniesieniu do samego poszkodowanego – zadośćuczynienie określone w przepisie art. 445 § 1 k.c., a w odniesieniu do członków rodzin zmarłego poszkodowanego tzw. stosowne odszkodowanie uregulowane przepisem art. 446 § 3 k.c.

Zadośćuczynienie pieniężne jest jednorazowym świadczeniem, które przysługuje poszkodowanemu z tytułu doznanej krzywdy w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Jest to zatem roszczenie za szkodę o charakterze niemajątkowym. Obejmuje ono wszystkie cierpienia doznane przez poszkodowanego, a także te, które będzie on odczuwać w przyszłości. Bogata judykatura, a także doktryna podkreślają, iż ustalając wysokość zadośćuczynienia należy uwzględnić wszystkie elementy krzywdy np. – oprócz stopnia uszkodzenia ciała – długotrwałość choroby, bolesność i uciążliwość leczenia, a także wiek i płeć poszkodowanego, czy też ograniczenie możliwości normalnego

funkcjonowania zarówno w okresie leczenia, jak i w przyszłości. W chwili obecnej wydaje się być już niekwestionowana konieczność uwzględnienia w wielkości zadośćuczynienia także cierpienie natury psychicznej związanych z doznanymi obrażeniami ma to także odzwierciedlenie w obecnym orzecznictwie. Zadośćuczynienie jest świadczeniem mającym zrekompensować doznaną krzywdę, którego wysokość określana jest bardzo indywidualnie przy uwzględnieniu wielu elementów, przy czym – co potwierdza licznie orzecznictwo – zawsze musi stanowić ono odczuwalną wartość (por. wyrok SN z dnia 28.09.01 r., sygn. III CKN 427/00; wyrok z 22.04.85 r., sygn. II CR 94/85). Tymczasem jednorazowe odszkodowanie należne poszkodowanemu na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych bierze pod uwagę jedynie kwestie stricte medyczne, tj. wyłącznie w zakresie ściśle określonych jednostek chorobowych. Świadczenie to nie ma charakteru odszkodowawczego – choć wypadek przy pracy także może powstać w wyniku czynu niedozwolonego rodzącego obowiązek naprawienia szkody. Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy jest świadczeniem mającym na celu ułatwienie poszkodowanemu funkcjonowania w trudnych dla niego warunkach, często wymagających znacznych wydatków na leczenie. Jak widać cel i charakter obu tych

świadczeń jest zupełnie różny – o różnicy tej świadczy także istniejące w prawie cywilnym odrębne roszczenie o zwrot kosztów leczenia (art. 444 § 1 k.c.).

Ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jest ubezpieczeniem obojętnym, którego składki odprowadzane są przez pracodawców z ich środków własnych. Wysokość jednorazowego odszkodowania jest ściśle określona przepisami ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – zgodnie z jej art. 12, jednorazowe odszkodowanie – co do zasady – przysługuje w wysokości 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Kwoty te ustala minister pracy i polityki społecznej. Jednorazowe odszkodowanie jest świadczeniem wynikającym z obojętnego, wprowadzonego przez państwo ubezpieczenia, na podstawie którego świadczenia są wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, tj. państwową jednostkę organizacyjną, nad którą nadzór sprawuje Prezes Rady Ministrów [art. 66 ust.1,2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. DzU z 2007 r. Nr 11, poz. 74 ze zm.)]

Praktyka ubezpieczeniowa wskazuje, iż zakłady ubezpieczeń nierzadko pomniejszają kwotę zadośćuczynienia o kwotę jednorazowego odszkodowania otrzymaną przez poszkodowanego z tytułu wypadku przy pracy. Zauważyć jednak trzeba, iż – oprócz odmiennego charakteru i celu obu świadczeń – wynikają one także z różnych reżimów prawnych; jedno z prawa ubezpieczeń społecznych, drugie zaś kształtowane jest przepisami prawa cywilnego. W konsekwencji świadczenia te w żadnym razie nie powinny na sie-

bie oddziaływać. Jednorazowe odszkodowanie przewidziane w ustawie wypadkowej zbliżone jest w swym charakterze do ubezpieczeń osobowych następstw nieszczęśliwych wypadków. Zarówno doktryna jak i judykatura zgodnie podnoszą, że świadczenie z ubezpieczenia NNW nie ma charakteru odszkodowawczego – jego celem nie jest wyrównanie szkody w pojęciu prawa cywilnego, lecz udzielenie poszkodowanemu stosownego zabezpieczenia, którego wysokość nie zależy od rozmiaru wyrządzonej szkody, lecz od umówionej sumy ubezpieczenia (wyrok SN z dnia 10.08.1973, sygn. II CR 356/73). W konsekwencji, w przypadku wyrządzenia szkody, poszkodowany ma prawo kierować roszczeniem o świadczenie z tytułu zawartej przez niego umowy ubezpieczenia NNW niezależnie od roszczenia kierowanego do osoby odpowiedzialnej za szkodę, bądź zakładu ubezpieczeń, z którym odpowiedzialny za szkodę zawarł umowę ubezpieczenia OC. Sąd w powołanym wyżej orzeczeniu podkreśla także, iż brak jest podstaw do zaliczenia świadczeń otrzymywanych przez uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia osobowego, na poczet odszkodowania należnego od osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę. Również wyrok SN 19 czerwca 1978 r., sygn. IV CR 152/78 potwierdza linię orzecznictwa, w myśl której świadczenia z ubezpieczenia NNW nie podlegają zaliczeniu na poczet zadośćuczynienia. O prawidłowości takiego twierdzenia świadczy także istniejący w obowiązującej do dnia 31 grudnia 2003 r. ustawie z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. DzU z 1996 r., Nr 11, poz. 62 ze zm.) przepis art. 8 ust. 3, zgodnie z którym, w przypadku zbiegu świadczeń z tytułu kilku ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, uwzględnianie odszkodowań wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia nie ma zastosowania przy ubezpieczeniach na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków. Chociaż przepis ten nie został wprowadzony do obecnie obo-

wiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej, to jednak stanowi on potwierdzenie istniejącej i niekwestionowanej zasady. Także art. 828 k.c. stwarzający możliwość wystąpienia z roszczeniem zwrotnym do osoby odpowiedzialnej za szkodę, będąc umiejscowionym wśród przepisów regulujących kwestie ubezpieczeń majątkowych wskazuje, iż relacje takie mogą wystąpić wyłącznie w ubezpieczeniach majątkowych – świadczy to o pełnej niezależności świadczeń z obu tych ubezpieczeń. Sąd w powołanym powyżej wyroku stwierdza ponadto, iż brak jest podstaw do zaliczenia świadczeń otrzymywanych przez uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia osobowego na poczet odszkodowania należnego od osoby odpowiedzialnej za szkodę. W chwili obecnej niekwestionowana jest rozdzielność roszczeń z umów ubezpieczenia osobowego (np. NNW) i umów ubezpieczenia majątkowego (np. OC). Choćby ze względu na zbliżony charakter jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy i świadczenia z tytułu ubezpieczenia osobowego jakim jest NNW, zasada rozdzielności od świadczeń z ubezpieczeń majątkowych – a takim jest zadośćuczynienie – powinna być zachowana.

Fakt pomniejszania przez zakłady ubezpieczeń zadośćuczynienia o świadczenie otrzymane z ZUS może być także echem nieobowiązujących już przepisów dotyczących ubezpieczeń komunikacyjnych. Do dnia 27 lipca 1990 r. funkcjonowały trzy obowiązkowe ubezpieczenia komunikacyjne; były to ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, a także ubezpieczenie AC. Ubezpieczenia te kształtowane były przepisami zawartymi w rozporządzeniach Rady Ministrów w sprawie ubezpieczeń ustawowych komunikacyjnych. Zarówno rozporządzenie z dnia 24 kwietnia 1968 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych (DzU nr 15, poz. 89 ze zm.) w § 4 ust. 3, jak i rozporządzenie z dnia

28 listopada 1974 r. (DzU nr 46, poz. 274) w § 6, ustanawiały zasadę, iż jeżeli wypadek przy pracy został spowodowany przez pojazd mechaniczny niebędący w posiadaniu lub w dyspozycji zakładu pracy, który zatrudnia poszkodowanego pracownika, a posiadacz lub kierowca pojazdu będą zobowiązani – na podstawie obowiązującego prawa – do odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez ruch tego pojazdu, zakład ubezpieczeń wypłaca ustalone według zasad prawa cywilnego świadczenia zmniejszone o świadczenia wypłacone na podstawie przepisów dotyczących świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Dopiero w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 listopada 1981 r. sprawie obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych (DzU nr 30, poz. 166 ze zm.), w § 8 ust. 1 wprowadzono przepis, iż świadczenia z obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych przysługują niezależnie od jednorazowych świadczeń pieniężnych z tytułu wypadków przy pracy lub w drodze do pracy albo z pracy. Rozdzielność tych świadczeń potwierdzona została także w ust. 2 powołanego §, zgodnie z którym zakładowi pracy oraz zakładowi Ubezpieczeń Społecznych nie przysługuje do zakładu ubezpieczeń roszczenie o zwrot świadczeń wypłacanych z tytułu wypadku przy pracy. Także w uzasadnieniu uchwały z dnia 27 marca 1981 r. sygn. akt III CZP 6/81 Sąd Najwyższy stwierdził, iż obowiązujący system prawa cywilnego nie uzasadnia przyjęcia generalnej zasady zaliczenia wszelkich świadczeń wypłacanych na podstawie różnych tytułów prawnych na poczet roszczeń przysługujących z tytułu naprawienia szkody – w tym zadośćuczynienia. Obowiązek zaliczenia świadczeń, mających inny charakter prawny na poczet odszkodowania może wynikać tylko ze szczególnych przepisów prawa.

W obecnym stanie prawnym nie istnieją przepisy, które sankcjonowałyby pomniejszenie kwoty zadośćuczynienia o kwotę jednorazowego odszkodowania i stanowisko

to znajduje stanowcze potwierdzenie w istniejącym obecnie orzecznictwie. Powołać tu można m.in. orzeczenie SN z dnia 21 października 2003 r., sygn. I CK 410/02 zgodnie z którym jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy nie podlega odliczeniu od zadośćuczynienia przysługującego na podstawie art. 445 § 1 k.c., bądź też orzeczenie z dnia 27.01.2004 r. sygn. II CK 376/02, zgodnie z którym świadczenie z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych przysługują niezależnie od jednorazowych świadczeń należnych z tytułu wypadku przy pracy. Zdaniem Sądu, twierdzenie, iż świadczenie uzyskane od zakładu ubezpieczeń ma jedynie charakter uzupełniający w stosunku do świadczenia przyznanego z tytułu wypadku przy pracy stanowi ewidentne naruszenie przepisu art. 445 § 1 k.c. Orzeczenia te – potwierdzając całkowitą niezależność omawianych roszczeń – wskazują, iż wysokość świadczenia z ubezpieczenia społecznego może być jednak jednym z elementów branych pod uwagę przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Pomimo, iż sentencje wspomnianych orzeczeń wyrażają takie stanowisko, to jednak ich uzasadnienia podkreślają jedynie fakt uznaniowości sądu w zakresie orzekania o wysokości zadośćuczynienia, nie wskazują zaś przyczyn,

dla których należy przyjąć, iż zadośćuczynienie może być uzależnione od wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. Wnioskować z tego można, iż – zdaniem sądu – nieuwzględnienie jednorazowego odszkodowania przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia – w odniesieniu jednak do krzywdy, bólu i cierpienia ocena taka wydaje się być też bezdyskusyjna. Wydaje się także, iż wykazanie słuszności takiego stanowiska sądu wymaga przeanalizowania kwestii zakresu odpowiedzialności samego sprawcy wobec poszkodowanego bowiem ustalenie wysokości zadośćuczynienia poprzez pryzmat jednorazowego odszkodowania należnego z tytułu wypadku przy pracy może postawić pod znakiem zapytania pełne poniesienie przez sprawcę konsekwencji wyrządzonej przez niego szkody. Tym bardziej, iż w przypadku otrzymania znaczącej kwoty z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zadośćuczynienie może okazać się zbyt niskie, by w pełni zrekompensować – indywidualnie w końcu odczuwany – psychiczny i fizyczny ból, cierpienie i krzywdę poszkodowanego. Nie należy także zapominać o tym, iż zadośćuczynienie jest w odczuciu poszkodowanego „karą” czy też pewnego rodzaju „odpłatą” nałożoną przez sąd na spraw-

cę za wyrządzenie krzywdy, dlatego też uwzględnienie jednorazowego odszkodowania przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia z pewnością często nie jest przez poszkodowanych akceptowane.

Ustalanie ewentualnego wpływu jednorazowego odszkodowania na wysokość zadośćuczynienia leży wyłącznie w kompetencjach sądu. W bogatym orzecznictwie Sąd uznał za niedopuszczalne automatyczne pomniejszanie kwoty zadośćuczynienia o jednorazowe odszkodowanie. W konsekwencji, zakład ubezpieczeń mechanicznie pomniejszając zadośćuczynienie o jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy, kwestionuje zarówno linię orzecznictwa, jak i – wynikający z odmiennych porządków prawnych – odrębny charakter obu świadczeń. Przyznając zaś poszkodowanemu zadośćuczynienie niepomniejszone wprawdzie automatycznie o jednorazowe odszkodowanie, lecz w wysokości je uwzględniającej, zakład ubezpieczeń przypisuje sobie prawo przynależne wyłącznie sądowi, gdyż tylko w gestii sądu pozostaje decyzja o ewentualnym wpływie wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy na wysokość zadośćuczynienia. ■

**Ewa Kiziewicz**

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

## Problemy poszkodowanych w dochodzeniu roszczeń ubezpieczeniowych przez firmy windykacyjne

**W ostatnich latach wzrasta liczba spraw kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych za pośrednictwem firm świadczących usługi w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych.**

**W** roku 2005 było takich spraw 15,9%, zaś w roku następnym już 21,6% ogółu napływających spraw. Większość z nich pochodzi od podmiotów, które

nie posiadają wyraźnych podstaw prawnych do świadczenia pomocy prawnej obywatelom, tak jak przedstawiciele korporacji prawniczych jak adwokaci, radcy prawni czy też

w zakresie obsługi ubezpieczeń, brokerzy. Postępowania prowadzone przez te firmy dotyczą głównie pozyskiwania świadczeń za tzw. szkody osobowe należne poszkodowanym w wypadkach, korzystającym z ochrony ubezpieczeniowej sprawcy szkody wynikającej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Chodzi tu przede wszystkim o takie świadczenia, jak zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w sytuacji gdy poszkodowany doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju organizmu (art. 445 § 1 k.c.) lub też stosowne odszkodowanie dla najbliższych członków rodzi-

ny osoby zmarłej (art. 446 § 3 k.c.) w wyniku wypadku, oraz przyznawane w obu sytuacjach świadczenia rentowe (art. 444 § 2 oraz art. 446 § 2 k.c.). Wysokość tych świadczeń wynikająca z ich kompensacyjnego charakteru jak i często wieloletni cykl wypłat w odniesieniu do rent sprawiają, że stają się one głównie przedmiotem zainteresowania pełnomocników reprezentujących poszkodowanych lub ich rodziny. Z drugiej strony świadczenia te można określić jako szczególnie wrażliwe dla poszkodowanych w wypadkach lub ich bliskich, gdyż mają na celu uzasadnioną rekompensatę strat oraz zapewnienie bytu po tragicznym wypadku, nadto naprawienie krzywd osobom, które nie ze swojej winy ucierpiały doznając często znacznego uszczerbku na zdrowiu w wypadkach komunikacyjnych. Wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych związane ze świadczeniem usług pośrednictwa w uzyskiwaniu odszkodowań od zakładów ubezpieczeń przez tzw. kancelarie odszkodowawcze sprowadzają się do uzasadnionych obaw, że w szeregu przypadkach cierpi na tym interes klienta korzystającego z usług takich podmiotów, z następujących powodów:

1. częstych w praktyce przypadków braku profesjonalizmu w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym polegającym między innymi na przedstawianiu ubezpieczycielowi niepełnej listy przysługujących poszkodowanemu świadczeń. Nadto jak sygnalizuje Polska Izba Ubezpieczeń, zdarza się że działalność w zakresie pośrednictwa odszkodowawczego prowadzą osoby karane oraz takie z którymi zakłady ubezpieczeń rozwiązały umowę o pracę w związku z ich nierzetelnością lub popełnieniem czynów niedozwolonych lub przestępczych na szkodę zakładu lub jego klientów ;
2. stosowania rażącego wyzysku reprezentowanych osób, polegającego na zupełnej dowolności pobieranych opłat za świadczo-

ne usługi, który przejawia się w nieodosobnionych przypadkach bardzo wysokich prowizji, sięgających od 30 do 50% przyznawanych świadczeń odszkodowawczych. Ponadto niepokój Rzecznika budzi praktyka polegająca na zgodzie zleceniodawcy na przekazywanie należnych mu świadczeń, bezpośrednio na konto bankowe pełnomocnika;

3. stosowania w umowach o wykonanie usługi polegającej na pozyskaniu świadczeń odszkodowawczych, zapisów o charakterze niedozwolonym (klausul abuzywnych) np. wyłączających wypowiedzenie umowy przez zleceniodawcę lub nakładających wyłącznie na niego obowiązek zapłacenia kary w przypadku rezygnacji z wykonania umowy;
4. ograniczenia po stronie klienta możliwości w dochodzeniu naprawienia szkody wyrządzonej błędem w prowadzonej działalności wynikającej z faktu, że na tych podmiotach nie ciąży obowiązek zawarcia umowy odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności zawodowej, a środki pozostające w ich dyspozycji mogą w części przypadków okazać się niewystarczające na zrekompensowanie szkody powstałej w skutek nieprofesjonalnego działania;
5. braku możliwości reprezentowania klienta przed sądem powszechnym w sytuacji gdy postępowanie odszkodowawcze prowadzone przed zakładem ubezpieczeń nie zapewniło poszkodowanemu należnych mu świadczeń i wskazane jest ostateczne rozstrzygnięcie sporu przez sąd powszechny (brak legitymacji procesowej);
6. ograniczenia po stronie klienta w możliwości oddziaływania na nieetyczne postępowanie kancelarii odszkodowawczych, z powodu nie objęcia ich nadzorem żadnej korporacji zawodowej.

Wymienione problemy dotyczące nierzetelnie świadczonych usług

przez nieprofesjonalnie działające podmioty były obserwowane przez Rzecznika Ubezpieczonych od pewnego czasu jednak w ostatnim okresie nastąpiło ich wyraźne nasilenie potwierdzone zarówno przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny jak też przeprowadzone badania Polskiej Izby Ubezpieczeń poczynione wśród swoich członków które wskazują, że pośrednicy tego typu (z wyłączeniem profesjonalnych kancelarii prawnych) występują w ponad 40% szkód osobowych.

Analiza pojawiających się problemów oraz sygnały odbierane przez rynek skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do podjęcia określonych prawem działań, których celem jest ochrona słuszych interesów ubezpieczonych, ubezpieczających, uprawnionych z umowy ubezpieczenia i poszkodowanych.

Działania te toczą się na dwóch płaszczyznach:

- wystąpienia do Ministra Finansów, na podstawie art. 26, ust. 4, pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU z dnia 16 lipca 2003 r. nr 124, poz. 1153 z późn. zm.) z prośbą o rozważenie możliwości ujęcia w ramy prawne działalności pełnomocników i podmiotów specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń od zakładów ubezpieczeń, na wzór pośredników ubezpieczeniowych, radców prawnych czy adwokatów. Unormowania te powinny zawierać przede wszystkim definicję podmiotu trudniącego się dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych. Określać także minimum wymogów w zakresie kwalifikacji zawodowych, ustanawiać obowiązek ich podnoszenia, wprowadzać system rejestrowania się tych podmiotów oraz obowiązek posiadania ochrony ubezpieczenia OC w związku z prowadzoną działalnością. Również za zasadne wydaje się stworzenie systemu nadzoru, jak i ustanowienia samorządu gospodarczego czuwa-

jącego nad prawidłowym i etycznym działaniem takich podmiotów.

□ wystąpienia do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów na podstawie art. 100, ust. 1 w związku z art. 24 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (DzU nr 50, poz. 331 z późn. zm.) zawiadamiąjącym o podejrzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie niedozwolonych wzorców umownych przez niektóre spośród wskazanych przedsiębiorców, w tym m.in. rażąco uprzywilejowanie przedsiębiorcy czy też rażąco wygórowane wynagrodzenie za świadczone usługi. Rzecznik Ubezpieczonych na to wystąpienie otrzymał już odpowiedź UOKiK, w której zawarte jest potwierdzenie zasadności wnoszonych zarzutów wraz z informacją o planowanym podjęciu działań wobec wskazanych podmiotów.

Na koniec należy jednoznacznie podkreślić, że działania Rzecznika w tym przedmiocie nie dowodzą całkowitego negowania potrzeby funkcjonowania na rynku ubezpieczeniowym tych podmiotów, które wypełniają przestrzeń między konsumentem a ubezpieczycielem stanowiąc pewne uzupełnienie wobec usług kancelarii prawnych. Fakt, iż podmioty te znajdują chętnych na swoje usługi świadczy również o nie zawsze dobrym postrzeganiu przez konsumenta zakładu ubezpieczeń, do którego obawia się zgłosić z roszczeniem bez pomocy wyspecjalizowanego podmiotu. Stąd też zasadna wydaje się propozycja Rzecznika by wprowadzić pewien ład w działalność tych podmiotów poprzez ujęcie jej w ramy prawne, tak by profesjonalnie i bezpieczniej niż dotychczas służyły pomocą konsumentom usług ubezpieczeniowych. ■

**Krystyna Krawczyk**  
Dyrektor Biura Rzecznika  
Ubezpieczonych

# Oczekiwanie na ważne rozwiązania emerytalne

**Projektowanie nowego systemu emerytalnego zbliża się ku końcowi. Najświeższy projekt ustawy o świadczeniach ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych reguluje pilną kwestię sposobu wypłat emerytur kapitałowych z II filara. Od początku 2009 r. kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych mają zostać rozszerzone o reprezentowanie interesów świadczeniobiorców i beneficjentów otrzymujących wypłaty z zakładów emerytalnych.**

**K**ompetencje Rzecznika Ubezpieczonych zostały rozszerzone o system emerytalny już od kwietnia 2002 roku, kiedy do zadań urzędu dołączyło m.in. reprezentowanie i ochrona interesów członków otwartych funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych. Po kolejnym etapie zmian emerytalnych od 1 września 2004 r. pomoc Rzecznika została zaoferowana posiadaczom indywidualnych kont emerytalnych prowadzonych w formie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Teraz przyszedł czas na następny, milowy krok – poszerzenie zadań urzędu o reprezentowanie interesów osób pobierających emerytury lub świadczenia gwarantowane z zakładów emerytalnych.

Pomimo wprowadzenia reformy emerytalnej ponad 7 lat temu, do chwili obecnej brak jest ostatecznych rozwiązań dotyczących wypłaty świadczeń ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych. Przez kolejne lata pojawiały się różne projekty, a każdy z nich ostro krytykowany, skutkując zastoje w tym obszarze, spowodowanym również dużą wagą rozważanej materii. Decyzja o przyjęciu konkretnych form i rozwiązań instytucjonalnych jest decyzją nie-

zwykle trudną i obciążoną ogromną odpowiedzialnością za wysokość i bezpieczeństwo świadczeń wypłacanych w przyszłości wszystkim Polakom uczestniczącym w publicznym, obowiązkowym systemie emerytalnym. Nie może być jednak odkładana w nieskończoność, gdyż pierwsi beneficjenci, a dokładnie beneficjentki, nowego systemu emerytalnego zaczną pobierać emerytury już w 2009 roku. Instytucje wypłacające świadczenia emerytalne będą miały zatem niecały rok aby przygotować się do tej niezwykle ważnej funkcji, przy czym przez pierwsze 5 lat będą wypłacały emerytury wyłącznie kobietom – pierwsi emeryci-mężczyźni pojawią się w nowym systemie dopiero w 2014 roku.

## **Emerytura według nowych zasad**

Nowy system emerytalny wprowadzony w 1999 roku jest systemem o zdefiniowanej składce, co oznacza, iż wysokość emerytury jest ściśle powiązana z wysokością wpłaconych wcześniej składek. Warto pamiętać, iż emerytura z nowego publicznego systemu będzie się składała z dwóch części: emerytury wypłacanej z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (I filar) oraz emerytury wypłacanej ze środków zgromadzonych na rachunku w otwartym fun-

duszu emerytalnym (II filar). Jeżeli ubezpieczony, mając prawo wyboru, w 1999 r. nie przystąpił do OFE, jego emerytura będzie pochodziła wyłącznie z I filara (FUS).

Emerytura z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (I filar) stanowi równowartość kwoty będącej wynikiem podzielenia stanu indywidualnego konta w ZUS (wplacone składki, kapitał początkowy i kwoty z tytułu ich waloryzacji) przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego (art. 26 ustawy z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity DzU z 2004 r. nr 39, poz. 353 ze zm.). Świadczenia z pierwszego filara będą zależeć wyłącznie od zgromadzonych w ciągu okresu aktywności zawodowej uprawnień i oczekiwanego dalszego trwania życia w momencie przejścia na emeryturę (tzw. parametr demograficzny, podawany w miesiącach). Wyliczenie wysokości emerytury z filara pierwszego można przedstawić następująco:

$$\text{Emerytura I} = \frac{\text{uprawnienia na koncie w I filarze}}{\text{średnie dalsze trwanie życia}}$$

Środki zgromadzone w filarze II i pomnażane przez powszechne towarzystwa emerytalne w okresie aktywności zawodowej uczestnika systemu zostaną przekazane do specjalnych instytucji wypłacających świadczenia po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku emerytalnego. Ma się to dokonać poprzez wypłatę środków z otwartego funduszu emerytalnego do zakładu emerytalnego, z którym ubezpieczony zawarł umowę emerytalną. Wysokość emerytury z drugiego filara będzie zależała od wielkości zgromadzonego kapitału emerytalnego oraz przeciętnego dalszego trwania życia dla osób w wieku równym wiekowi danego ubezpieczonego przechodzącego na emeryturę (parametr demograficzny), przy czym prawdopodobnie będą stosowane odrębne tablice dalszego trwania życia dla kobiet i mężczyzn. Im wyższy kapitał i póź-

niejsze przejście na emeryturę, tym wyższe świadczenie wypłacane z zakładu emerytalnego.

Podsumowując, emerytura w nowym systemie zależy od:

- wielkości zgromadzonych uprawnień w I filarze,
- wielkości kapitału zgromadzonego na rachunku w OFE,
- parametru demograficznego uzależnionego m.in. od wieku ubezpieczonego i płci.

Emerytury kobiet będą niższe ze względu na odprowadzanie niższych składek oraz krótszy okres składkowy (ze względu na częściej występujące okresy nieopłacenia składek, m.in. urlopy wychowawcze, oraz wcześniejsze zakończenie aktywności zawodowej). Ponadto, kobiety przechodząc wcześniej na emeryturę powodują, iż świadczenie będzie im wypłacane dłużej. Dłuższe dalsze przeciętne trwanie życia (parametr demograficzny) powoduje, iż gromadzony kapitał i uprawnienia muszą zostać podzielone na większą liczbę miesięcy, skutkując ostatecznie niższą wysokością świadczenia emerytalnego.

### Formy świadczeń emerytalnych

Świadczenie wypłacane z obu części systemu emerytalnego będzie świadczeniem dożywotnim, czyli wypłacanym co miesiąc do końca życia. Techniczną obsługą wypłaty świadczeń z obu filarów zajmie się prawdopodobnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Przejście na emeryturę nastąpi jednocześnie z I i II filara.

W momencie przejścia na emeryturę środki zgromadzone przez ubezpieczonego na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym zostaną przekazane do instytucji wypłacającej świadczenia – zakładu emerytalnego. Projekt ustawy o świadczeniach ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych oraz o zakładach emerytalnych z dnia 28 listopada 2007 r. dopuszcza możliwość wypłaty świadczeń z kapitałowej części publicznego systemu emerytalnego w trzech formach:

- emerytury dożywotniej,
- emerytury dożywotniej z gwarantowanym okresem wypłat,
- emerytury małżeńskiej.

Emerytura dożywotnia to świadczenie pieniężne wypłacane dożywotnio osobie, która posiadała rachunek w otwartym funduszu emerytalnym. Emerytura dożywotnia z gwarantowanym okresem jest wypłacana emerytowi dożywotnio jednak nie krócej niż do końca okresu gwarantowanego. W przypadku śmierci emeryta przed upływem okresu gwarantowanego, do końca okresu gwarantowanego zakład emerytalny wypłaca świadczenie gwarancyjne w wysokości wcześniejszej emerytury dożywotniej wskazanemu przez ubezpieczonego beneficjentowi. Proponowana długość okresu gwarantowanego to od 2 do 10 lat. Natomiast emerytura małżeńska jest wypłacana dożywotnio świadczeniobiorcy, a w przypadku jego śmierci – świadczenie jest wypłacane dożywotnio współmałżonkowi.

Przy okazji podejmowania dyskusji o wielości form świadczeń emerytalnych, warto pamiętać, że dziedziczenie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym dotyczy jedynie etapu gromadzenia oszczędności – regulacje w tym zakresie nie ulegną zmianie. Jeżeli członek otwartego funduszu emerytalnego umrze przed przejściem na emeryturę, środki zgromadzone na jego rachunku zostaną przekazane osobom uprawnionym do ich otrzymania. Jeśli osoba przechodząca na emeryturę pragnie zapewnić dodatkowe zabezpieczenie finansowe osobom najbliższym – może wybrać emeryturę z okresem gwarantowanym lub – w przypadku chęci zabezpieczenia przyszłości współmałżonka – emeryturę małżeńską.

Emerytura z okresem gwarantowanym i emerytura małżeńska spełniają istotną funkcję w zabezpieczeniu finansowym najbliższych, którzy nie zdołali zgromadzić odpowiedniego kapitału, aby zapewnić sobie odpowiedni standard życia.



Wymienione rozwiązania są szczególnie istotne dla małżeństw, w przypadku których występuje duża dysproporcja w zgromadzonych uprawnieniach i kapitałach emerytalnych ze względu na różny przebieg aktywności zawodowej. Zaproponowane w powyższych produktach dodatkowe opcje emerytalne umożliwiają transfer części środków emerytalnych świadczeniobiorcy na rzecz wskazanych osób.

Należy pamiętać, iż emerytura z okresem gwarantowanym oraz emerytura małżeńska są świadczeniami droższymi (zakład emerytalny oferuje dodatkowe opcje) a zatem za tę samą wysokość kapitału otrzymamy świadczenie niższe niż indywidualna emerytura dożywotnia.

Raz wybranego świadczenia nie będzie można zmienić, a zatem warto poważnie zastanowić się nad jego wyborem, analizując dokładnie oferty wszystkich zakładów emerytalnych.

### **Gwarancje wysokości emerytury**

Gwarancje wysokości emerytury w nowym systemie emerytalnym odnoszą się do sumy świadczeń uzyskiwanych z I i II filara. Jeżeli emerytura uzyskiwana z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (I filar) łącznie z emeryturą dożywotnią z zakładu emerytalnego (II filar) będzie niższa od ustalonej kwoty emerytury minimalnej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych podwyższy emeryturę z I filara w taki sposób, aby suma tych świadczeń nie była niższa od świadczenia minimalnego. Warto przy tym pamiętać, iż obliczenia służące do wyznaczenia kwoty dopłaty do emerytury będą dokonywane przy przyjęciu, iż ubezpieczony wybrał pobieranie emerytury dożywotniej a nie małżeńskiej czy emerytury z okresem gwarantowanym. Zatem w sytuacji zgromadzenia w OFE niewystarczającego kapitału emerytalnego i wykupienia w zakładzie emerytalnym droższej emerytury małżeńskiej czy też emerytury z okresem gwarantowanym (ich wysokość będzie niższa wyso-

kość emerytury dożywotniej wykupionej za ten sam kapitał), suma świadczeń uzyskiwanych z obu części systemu może być ostatecznie niższa od emerytury minimalnej.

### **Nowe zadania Rzecznika Ubezpieczonych**

Od początku 2009 r. kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych mają zostać rozszerzone o część kapitałowego systemu emerytalnego obejmującą wypłaty emerytur i świadczeń gwarancyjnych z zakładów emerytalnych. Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 20 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzecznika Ubezpieczonych, do zadań Rzecznika będzie należało także:

- rozpatrywanie indywidualnych skarg świadczeniobiorców i beneficjentów otrzymujących wypłaty z zakładów emerytalnych,
- opiniowanie aktów prawnych dotyczących zakładów emerytalnych,
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących zakładów emerytalnych,
- informowanie organu nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działalności zakładów emerytalnych.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenie Rzecznika w reprezentowaniu interesów konsumentów na rynku ubezpieczeniowych i emerytalnym, propozycję powyższą należy uznać za dostrzeżenie istotnej roli i osiągnięcie Rzecznika w przedmiotowym zakresie.

Spory powstałe pomiędzy świadczeniobiorcami lub beneficjentami a zakładami emerytalnymi w związku z zawartymi umowami emerytalnymi, rozstrzygać mają sądy ubezpieczeń społecznych właściwe ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy lub beneficjenta. Regulacja ta jest analogiczna do rozwiązań przyjętych dla otwartych

funduszy emerytalnych. Wartą odnotowania jest przy tym możliwość rozstrzygnięcia sporu na drodze polubownej, m.in. w sądzie polubownym działającym przy Rzeczniku Ubezpieczonych. Zadania Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące stwarzania możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów zostaną bowiem poszerzone o kategorię sporów powstałych między zakładami emerytalnymi a świadczeniobiorcami i beneficjentami otrzymującym wypłaty z zakładów emerytalnych.

Projekt ustawy porusza niezwykle ważne i pilne kwestie emerytalne, które zadecydują o ostatecznej ocenie nowego systemu emerytalnego w oczach jego uczestników. Pełnej oceny można będzie jednak dokonać dopiero po osiągnięciu przez system pełnej dojrzałości, kiedy świadczenia zaczną pobierać osoby podlegające nowym regulacjom przez cały czas aktywności zawodowej (dla których nie obliczono kapitału początkowego). Niska wysokość pierwszych świadczeń wypłacanych ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych nie powinna dziwić, gdyż najstarsi uczestnicy uzyskali zdecydowaną większość uprawnień emerytalnych w trakcie podlegania ubezpieczeniu emerytalnemu według „starej” formuły przed wejściem w życie reformy. Ich uprawnienia emerytalne zostały przeliczone na kapitał początkowy wpływający na podwyższenie świadczenia z I filara. Pierwsze świadczenia emerytalne wypłacane ze środków w otwartych funduszach będą niskie ze względu na bardzo krótki okres uczestniczenia w nowym systemie skutkujący zgromadzeniem niskiego kapitału emerytalnego w otwartym funduszu emerytalnym. Na pełne efekty funkcjonowania kapitałowego systemu emerytalnego trzeba poczekać jeszcze ponad 20 lat. ■

**Joanna Owczarek**

Ekspert w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

# Rozbieżności w interpretacji zapisów art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli komunikacyjnych (DzU nr 124, poz. 1152 z późn. zm.)

**Istotne wątpliwości w praktyce stosowania przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (DzU nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) wywołują zapisy art. 31 w związku z art. 28. Pojawiającym się coraz częściej problemem jest ustalenie wzajemnego stosunku tychże przepisów w przypadku zbycia pojazdu wraz z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadacza. Analizę wskazanego problemu najlepiej przeprowadzić na konkretnych przykładach.**

## **Przykład 1**

Właściciel pojazdu zbywa go dnia 1 lutego 2007 r. Termin, na jaki umowa została zawarta to 11.02.2006 r. do dnia 10.02.2007 r. Umowa ubezpieczenia OC trwa więc jeszcze kolejne 9 dni tzn. do dnia 10 lutego 2007 r. Czy w takim przypadku umowa ubezpieczenia OC ulega rozwiązaniu z dniem 10 lutego i czy następuje automatyczne zawarcie następnej umowy na kolejne 12 miesięcy tj. do dnia 09.02.2008 r.?

W takiej sytuacji regulacje art. 31 i art. 28 na pierwszy rzut oka mogą wydawać się niejasne, jednak bliższa analiza, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, z łatwością pozwoli na ich właściwe stosowanie.

Zgodnie z art. 31 ust 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych „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 wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z upływem 30 dni następujących po dniu nabycia pojazdu mechanicznego. Przepisy art. 28 stosuje się odpowiednio”.

W jakiej więc sytuacji ma odpowiednie zastosowanie przepis art. 28 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, który wskazuje, że „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”?

Jedną z głównych zasad w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów jest tzw. automatyzm, czyli zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia z mocy prawa, określony w art. 28 ust. 1 ustawy. W związku z wyraźnym zapisem art. 31 ust 1, iż „przepisy art. 28 stosuje się odpowiednio” (dodanym nowelizacją z dnia 8 lipca 2005 r. (DzU nr 167, poz. 1396) notabene dla rozwiązania powstających w praktyce wątpliwości), w przypadku zbycia pojazdu mamy również do czynienia z automatyzmem umowy ubezpieczenia. Jednak również przed nowelizacją przepisu art. 31 ust. 1, powoływanie się na brak automatyzmu w przypadku zbycia pojazdu nie był uzasadniony.

Istotną kwestią jest zapis art. 31, mówiący iż „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”. Zgodnie z tym zapisem, na nabywcę przechodzi również prawo przysługujące zbywcy, a wynikające z art. 28 ust 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych tj. prawo do wypowiedzenia umowy nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta. Jak więc wynika z powołanych przepisów, na nabywcę

przechodzi prawo do rezygnacji z automatycznego zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia, nawet jeżeli nabył on prawa i obowiązki wynikające z tej umowy razem z nabyciem pojazdu.

Wracając więc do pierwszego przykładu, jeżeli nabywca zakupił pojazd, w którym okres obowiązywania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kończy się po upływie 9 dni od dnia nabycia pojazdu, ma on prawo zrezygnować z tej umowy, a w zasadzie z umowy, która będzie zawarta automatycznie, zgodnie z art. 28 ust. 1. Ważny jest tu jednak termin wykonania uprawnienia. Aby zrezygnować z prolongacji umowy ubezpieczenia, nabywca musi wypowiedzieć obecną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy (tj. przed dniem 10 lutego 2007 r.). Odnosząc się do problematyki momentu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która również wywołuje szereg praktycznych wątpliwości, należy wskazać, iż zgodnie z brzmieniem art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w razie chęci rozwiązania umowy ubezpieczenia u dotychczasowego ubezpieczyciela, posiadacz pojazdu powinien powiadomić zakład ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia na piśmie. W związku z brakiem szczegółowych przepisów regulujących takie wypowiedzenie, w kwestii terminu zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej znajduje zastosowanie norma art. 61 k.c., toteż oświadczenie woli jest złożone z chwilą, gdy doszło do drugiej strony w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Oznacza to, że należy skupić się na momencie, w którym ubezpieczyciel mógł się zapoznać z treścią wypowiedzenia, nie zaś samym złożeniem oświadczenia woli (czy też terminem nadania listu poleconego na pocztę). Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

powinno więc dotrzeć do zakładu ubezpieczeń w formie pisemnej nie później niż na jeden dzień przed upływem jej okresu.

Nabywca pojazdu mechanicznego ma jeszcze jedno uprawnienie, wynikające bezpośrednio z art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, a mianowicie jest to uprawnienie do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC przed upływem 30 dni od dnia nabycia pojazdu i rozwiązania umowy w terminie 30 dni od dnia nabycia pojazdu. Ustawa nie przewiduje bowiem wyłączenia możliwości korzystania z tego uprawnienia. Co więc w sytuacji, gdy nabywca korzysta z tego prawa, w odniesieniu do naszego przykładu?

Otóż, w związku z faktem, iż umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej „przedłuża” się automatycznie, jeżeli nie zostanie wypowiedziana w terminie określonych w art. 28 ust. 1 (tj. przed dniem 10 lutego 2007 r.), należy stwierdzić, iż z mocy prawa zawierana jest kolejna umowa ubezpieczenia. Jeżeli termin 30 dni na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia kończy się już w momencie trwania nowej umowy ubezpieczenia OC zawartej z mocy prawa, to nabywca, korzystając z prawa wypowiedzenia umowy w ciągu 30 dni, wypowiada de facto nową umowę ubezpieczenia, zawartą zgodnie z klauzulą prolongacyjną i zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, ma do tego prawo. W tej sytuacji, zakład ubezpieczeń ma prawo naliczyć składkę jedynie za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się po upływie 30 dni po dniu nabycia pojazdu.

Wnioski takie, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, wynikają jednoznacznie z brzmienia przepisu art. 31 ust. 1. Zdanie pierwsze wskazuje: „W razie zbycia pojazdu, którego posiadacz zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, na nabywcę pojazdu przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z tej umowy”. Na nabywcę przechodzą więc obowiązki

wynikające z zawartej przez zbywcę umowy, czyli umowy, która ulega automatycznemu przedłużeniu w przypadku nie wypowiedzenia w terminie określonym w art. 28 ust. 1. W zdaniu drugim wskazano, iż „Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta”. Przepis ten nie wskazuje więc, iż to właśnie umowa, którą zawarł zbywca mocą oświadczenia woli rozwiązuje się z upływem okresu, na który została zawarta. Wobec tego należy stwierdzić, iż rozwiązaniu ulega umowa, która obowiązuje w okresie, w którym podejmowana jest decyzja o rezygnacji z umowy ubezpieczenia. W dalszym ciągu: „chyba, że nabywca wypowiedzą przed upływem 30 dni” – nie znajdujemy wskazania, iż nabywca ma wypowiedzieć tę umowę, która została zawarta pierwotnie przez zbywcę. Termin wypowiedzenia „30 dni od dnia nabycia pojazdu” nie jest w żaden sposób ograniczony zdarzeniami, które mogą zaistnieć w międzyczasie tzn. nie ma wskazania, że w przypadku, gdy termin obowiązywania pierwotnej umowy jest krótszy, to stosowanie terminu 30 dni jest wyłączone. Umowa ubezpieczenia ma się rozwiązać w ciągu 30 dni od dnia nabycia pojazdu – takie jest wskazanie ustawowe.

W praktyce przedstawiany jest jednak pogląd, iż w związku z faktem, że nabycie pojazdu następuje w momencie, w którym okres obowiązywania umowy ubezpieczenia OC jest krótszy niż 30 dni, termin z art. 31 ust. 1 (30 dni) nie może mieć zastosowania. Trudno zgodzić się z taką interpretacją biorąc pod uwagę następujące fakty.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy, posiadacz pojazdu może wypowiedzieć obecną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na jeden dzień przed upływem okresu, na który została ona zawarta. Możliwość wypowiedzenia umowy i anulowania automatyzmu została więc ograniczona właśnie do tego terminu. Właściciel pojazdu może go jednak sprzedać ostatniego dnia obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Przyjęcie, iż w takiej sytuacji nie dość, że nie przysługuje nabywcy prawo wypowiedzenia umowy zgodnie z art. 28 ust 1 to jeszcze nie ma on uprawnienia z art. 31 ust 1 nie wydaje się być prawidłowe. W takiej bowiem sytuacji, nabywca pojazdu zostałby zmuszony do kontynuowania obecnej umowy ubezpieczenia i to w zasadzie na warunkach określonych przez zakład ubezpieczeń, który jest w takim przypadku uprawniony do dokonania ponownej kalkulacji składki według swoich taryf nie tylko biorąc pod uwagę ewentualne zniżki czy zwwyżki w opłacie składki ubezpieczeniowej, ale nawet uwzględniając np. inne miejsce zamieszkania nabywcy czy wiek osób użytkujących pojazd, a jak powszechnie wiadomo, różnice w wysokości składek w różnych zakładach ubezpieczeń mogą być znaczne. Nie wydaje się ponadto, aby taka interpretacja była zgodna z celem zapisów obu artykułów. Intencją ustawodawcy w tym zakresie, było raczej umożliwienie nabywcy pojazdu natychmiastowej rezygnacji z usług zakładu ubezpieczeń wybranego przez wcześniejszego właściciela pojazdu.

Nietrafny wydaje się również zarzut, iż powyższa interpretacja powoduje nieprawne przedłużenie terminu obowiązywania „nabytej” umowy ponad ustawowych 12 miesięcy. Zarzut taki, jeśli uznać go za trafny, powinien być w takim razie powoływany również w odniesieniu do każdej umowy zawartej automatycznie na podstawie klauzuli prolongacyjnej. Stosowanie w praktyce interpretacji przedstawionej powyżej skutkuje jedynie tym, iż w przypadku gdy umowa ubezpieczenia rozwiązuje się po upływie 30 dni od dnia nabycia pojazdu, a wypowiedzenie jest złożone już po upływie okresu obowiązywania „nabytej” umowy ubezpieczenia, jest zawierana kolejna umowa ubezpieczenia na 12 miesięcy, ale w związku z jej skutecznym wypowiedzeniem, rozwiązuje się ona na podstawie art. 33 ust 4.

W związku z wprowadzeniem w art. 31 ust. 1 zapisu, iż art. 28 stosuje się odpowiednio, należy stwier-

dzić, iż istnieje kolejny problem dotyczący niejasności w kwestii czy nabywca pojazdu, który nie wypowiada umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia nabycia, korzysta z ochrony tylko do upływu okresu wskazanego na polisie, czy też w tej sytuacji ponownie mamy do czynienia z zawarciem kolejnej umowy ubezpieczenia na zasadzie klauzuli prolongacyjnej.

### **Przykład 2**

Pojazd zostaje nabyty dnia 2 lutego 2007 r., umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres od dnia 1 lipca 2006 r. do dnia 30 czerwca 2007 r. Nabywca nie wypowiada umowy w ciągu 30 dni od dnia nabycia. Czy okres ochrony ubezpieczeniowej kończy się 30 czerwca 2007 r. i czy od 1 lipca 2007 r. jest zawierana kolejna umowa ubezpieczenia zgodnie z art. 28 ust 1 gdy brak jest wypowiedzenia?

W tej sytuacji mamy również do czynienia z automatyzmem umowy. Zapis art. 31 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych wskazuje bowiem, iż umowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta. Jednak mechanizm klauzuli prolongacyjnej polega na zawarciu kolejnej umowy ubezpieczenia po rozwiązaniu poprzedniej. W takiej sytuacji wskazanie w art. 31 ust. 1, iż umowa ulega rozwiązaniu, nie wyklucza zawarcia kolejnej umowy na zasadzie automatyzmu. Ponadto, taka interpretacja powoduje jednolitość regulacji kwestii wypowiedzeń umowy ubezpieczenia obowiązkowego. Nie wprowadza bowiem niejasności kiedy jest automatyzm, a kiedy go nie ma, jak również nie daje podstaw do podnoszenia zarzutu, iż część kierowców jest „uprzywilejowana” istnieniem bądź nieistnieniem automatyzmu ich umów ubezpieczenia.

W skargach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych problem związany z niejasnością i wzajemnym stosunkiem art. 28 i art. 31 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych jest poruszany coraz częściej. Problemy w tej materii są rów-

nież zgłaszane podczas dyżurów telefonicznych. Skarżący wskazują, iż zakłady ubezpieczeń bardzo różnie interpretują powołane przepisy i w praktyce podejmują odmienne decyzje w podobnych sytuacjach. W szczególności, Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił uwagę, iż nawet wewnątrz tego samego zakładu ubezpieczeń nie ma jednolitego stanowiska w kwestii obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku nabycia pojazdu. Zakład ubezpieczeń bądź wyraża zgodę na rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez nabywcę, bądź pozbawia go tego prawa, co może wzbudzać podejrzenia, iż w sposób dowolny wybiera klientów, z którymi chce współpracować.

Reasumując, w obliczu przedstawionej analizy przepisów Rzecznik Ubezpieczonych stoi na stanowisku, iż:

1. przy zakupie pojazdu wraz z umową ubezpieczenia nabywca ma zawsze prawo do natychmiastowej rezygnacji z usług świadczonych przez ubezpieczyciela, z którym współpracował poprzedni właściciel pojazdu i ma na to 30 dni od dnia nabycia pojazdu,
2. jeżeli nabywca nie wypowie umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia nabycia pojazdu, korzysta on z ochrony udzielanej przez zakład ubezpieczeń wskazany przez zbywcę pojazdu,
3. w każdym przypadku nabywca ma prawo skorzystać z prawa automatycznego zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia,
4. aby rozwiązać umowę ubezpieczenia po upływie 30 dni od dnia nabycia pojazdu, nabywca musi wypowiedzieć umowę nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu, na który została zawarta tj. zastosowanie mają ogólne przepisy o wypowiedzeniu umowy OC.

Bardzo istotną kwestią w odniesieniu do art. 28 ust. 1 jest zastrzeżenie zapisane w ustępie 2. Należy więc pamiętać, iż w przypadku gdy zbywca pojazdu mechanicznego nie opła-

cił w całości składki (w tym kolejnej raty składki) z tytułu ubezpieczenia, zawarcie umowy na następne 12 miesięcy nie następuje. Wracając więc do Przykładu 1, jeżeli zbywca nie opłacił składki, nabywca pojazdu nie musi wypowiedzieć obecnej umowy ubezpieczenia, gdyż ulega ona rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, a nabywca pozbawiony zostaje możliwości „korzystania” z ubezpieczenia przez 30 dni od dnia nabycia pojazdu, gdyż okres obowiązywania umowy jest krótszy niż wskazane 30 dni.

W praktyce pojawia się jeszcze jeden problem dotyczący kwestii wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Coraz częstsze bowiem są przypadki, w których właściciel pojazdu sprzedaje pojazd wraz z umową ubezpieczenia OC, a nowy nabywca korzysta z uprawnienia z art. 31 ust 1 i wypowiada zawartą umowę ubezpieczenia w celu odzyskania części zapłaconej przez zbywcę składki. Praktyka ta staje się coraz powszechniejsza w przypadku działalności podmiotów pośredniczących w sprzedaży pojazdów. Problem powstaje w momencie dalszej odsprzedaży pojazdu kolejnemu nabywcy. Pośrednicy często nie informują bowiem nabywcy o fakcie uprzedniego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC. W takim przypadku, nabywcy pojazdu przekazywana jest polisa wskazująca okres ubezpieczenia, która budzi u nabywcy przekonanie, iż posiada on ochronę ubezpieczeniową we wskazanym na polisie okresie. Często też pośrednicy, tłumacząc się niedostarczeniem polisy przez właściciela pojazdu, informują, iż polisa zostanie przedłożona nabywcy w późniejszym terminie, a ochrona ubezpieczeniowa istnieje.

W takim przypadku nieświadomy nabywca zostaje postawiony w bardzo niekorzystnej sytuacji. Nie dość bowiem, że nie posiada ochrony ubezpieczeniowej w razie spowodowania wypadku komunikacyjnego, to dodatkowo, może zostać obciążony, przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, karą za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubez-

pieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Niestety, trudno w tej sytuacji doszukiwać się jakichkolwiek zapisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, chroniących nieświadomego nabywcę przed skutkami zakupu takiego „nieubezpieczonego” pojazdu. Jeżeli bowiem pośrednik, jako nabywca pojazdu, złoży oświadczenie woli o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jest ono ważne i skuteczne. Co więcej, jeżeli pośrednik wypowiada umowę ubezpieczenia zaraz po nabyciu pojazdu, to korzysta on przez kolejne 30 dni z tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej gwarantowanej przepisem art. 31 ust 1. Jeżeli więc zbycie pojazdu następuje bezpośrednio po upływie tychże 30 dni, trudno postawić zarzut, iż spoczywał na pośredniku obowiązek ubezpieczenia pojazdu. Jeżeli natomiast pośrednik zbywa pojazd przed upływem 30 dni od dnia nabycia, zgodnie z art. 31. ust 1, na nabywcę przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z umowy ubezpieczenia. Nabywca może więc korzystać z ochrony ubezpieczeniowej, jednak tylko do czasu upływu 30-dniowego okresu (liczonego od daty pierwotnej sprzedaży pojazdu). Nie można bowiem na żadnej podstawie wskazać, iż w takim przypadku umowa ubezpieczenia odnawia się, bądź że oświadczenie woli złożone przez pośrednika nie jest skuteczne.

Można w takiej sytuacji bronić się przed niekorzystnymi skutkami zakupu pojazdu. Przede wszystkim, nabywca pojazdu powinien zdecydowanie zażądać od pośrednika wszelkich dokumentów dotyczących pojazdu. Zgodnie z art. 32 ust 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych „zbywca pojazdu mechanicznego jest obowiązany do przekazania nabywcy dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych”. Nabywca powinien również zażądać okazania dowodu opłaty składki ubezpieczenia (lub jej kolejnych rat). Jeżeli przy zakupie pojazdu nie zostanie przekazana polisa ubezpieczenia OC – decyzja należy

do nabywcy, jednak rozsądek podpowiadałby wstrzymanie się z zakupem takiego pojazdu bądź natychmiastowe zawarcie innej umowy ubezpieczenia. Jeżeli jednak pośrednik przekazuje nabywcy dokument ubezpieczenia, pomimo, iż wcześniej dokonał wypowiedzenia umowy, oznacza to, iż wprowadza nabywcę w błąd, a także – sprzedaje rzecz z wadą prawną. Ten przypadek jest już szczegółowo regulowany przepisami kodeksu cywilnego dotyczącymi rękojmi.

Zgodnie bowiem z art. 556 § 2 kodeksu cywilnego w razie sprzedaży praw [tu: prawa do ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy ubezpieczenia OC] sprzedawca jest odpowiedzialny za istnienie tych praw. Jest to tzw. rękojmia za wady prawne rzeczy sprzedanej. W tej sytuacji, zgodnie z art. 560 § 1 kodeksu cywilnego kupujący może od umowy odstąpić albo żądać obniżenia ceny. Kodeks cywilny przewiduje jednak dodatkowe uprawnienie w tej sytuacji – jeżeli kupujący odstępuje od umowy albo żąda obniżenia ceny z powodu wady rzeczy sprzedanej, może on również żądać naprawienia szkody poniesionej wskutek istnienia wady (art. 574 kodeksu cywilnego). Jeżeli więc w konsekwencji sprzedaży pojazdu obciążonego wadą prawną, nabywca poniósł szkodę w związku z faktem, iż nie posiadał ochrony ubezpieczeniowej, o której zapewnił go pośrednik sprzedający pojazd, ma on prawo żądać od sprzedawcy naprawienia takiej szkody zarówno, jeżeli w grę wchodzić będzie zwrot kosztów odszkodowania wypłaconego w związku ze spowodowaniem wypadku, jak również gdy chodzi o zwrot kosztów kary, nałożonej za brak obowiązkowego ubezpieczenia OC.

W takiej sytuacji, nabywcy przysługuje również roszczenie na podstawie przepisów ogólnych dotyczących odpowiedzialności kontraktowej za nienależyte wykonanie zobowiązania. Zgodnie więc z art. 471 kodeksu cywilnego „dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że

niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi”. W przypadku odpowiedzialności kontraktowej sprzedawcy dodatkowo powoływać się można na zapis art. 546 § 1 kodeksu cywilnego: „sprzedawca obowiązany jest udzielić kupującemu potrzebnych wyjaśnień o stosunkach prawnych i faktycznych dotyczących rzeczy sprzedanej”. Brak wykonania obowiązków określonych przez ten przepis jest sankcjonowany właśnie odpowiedzialnością odszkodowawczą z tytułu nienależytego wykonania zobowiązania. Ponadto, nie wykluczona jest możliwość zakwalifikowania takiego zachowania jako zachowania noszącego znamiona deliktu (tu odpowiedzialność na podstawie art. 415 kodeksu cywilnego), co również może stanowić podstawę dla kierowania roszczeń odszkodowawczych.

W związku z faktem, iż wypowiedzenie umowy OC musi być dokonane w formie pisemnej, wydaje się, iż udowodnienie winy pośrednika nie powinno stwarzać nabywcy większych trudności. Uprawniony (np. sąd) może zwrócić się do zakładu ubezpieczeń o udostępnienie dokumentów, na podstawie których uznano wypowiedzenie umowy ubezpieczenia OC za skuteczne. Dokumenty takie będą wskazywały osobę, która

dokonała wypowiedzenia umowy, a więc również osobę odpowiedzialną za szkodę powstałą po stronie nabywcy pojazdu. Zakłady ubezpieczeń powinny więc dokładać wszelkich starań, aby wypowiedzenia składane przez ubezpieczających były w należyty sposób przechowywane. Bardzo ważne jest również aby, o ile to możliwe, przedstawiciele i pracownicy zakładów ubezpieczeń zwracali szczególną uwagę na treść i formę składanych wypowiedzeń. Z pewnością na wypowiedzeniu powinny być podane wszystkie dane identyfikacyjne i adresowe osoby wypowiadającej oraz dodatkowo jej własnoręczny i czytelny podpis. Wypowiedzenie takie powinno jednoznacznie wskazywać na jakiej podstawie klient dokonuje wypowiedzenia (rezygnacja z automatyzmu czy też w związku z nabyciem pojazdu).

W związku z coraz częściej pojawiającymi się w tej kwestii problemami, Rzecznik Ubezpieczonych postanowił zwrócić się do zakładów ubezpieczeń z prośbą o odniesienie się do stanowiska Rzecznika. Z dwudziestu siedmiu ubezpieczycieli, dwunastu zaakceptowało w całości stanowisko Rzecznika, wskazując, iż stosowane przez nie procedury wewnętrzne zostaną odpowiednio dostosowane. Dziewięć towarzystw przedstawiło stanowisko odmienne, wskazując przede wszystkim,

iż według uznawanej przez te podmioty interpretacji przepisów dotyczących zbycia pojazdu wraz z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, osoba, która nabywa pojazd wraz z umową ubezpieczenia OC, która kończy się w terminie krótszym niż 30 dni od dnia nabycia pojazdu, ma krótszy (niż 30 dni) okres wypowiedzenia nabytej umowy. Towarzystwa podnosiły np. iż konstrukcja przepisu 31 ust 1 ustawy wskazuje, że 30-todniowy termin na złożenie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dotyczy wyłącznie umowy, w okresie której nastąpiło zbycie pojazdu. Występowały tu dodatkowo różne stanowiska w kwestii tego czy nabywca pojazdu w wymienionych przypadkach, ma prawo wypowiedzieć umowę również w ostatnim dniu jej obowiązywania, czy też ostatecznym terminem złożenia wypowiedzenia jest „dzień przed”.

Rozbieżność przedstawionych Rzecznikowi Ubezpieczonych interpretacji omówionych problemów spowodowała podjęcie decyzji o zwróceniu się w tej sprawie do Ministerstwa Finansów oraz Komisji Nadzoru Finansowego. Rzecznik postanowił przekazać zebrane materiały w celu ostatecznego wyjaśnienia kwestii spornych. ■

**Małgorzata Więcko**

Specjalista w Wydziale Prawnym  
Biura Rzecznika Ubezpieczonych

## Działania Rzecznika Ubezpieczonych a problematyka ogólnych warunków ubezpieczenia

**Rzecznik Ubezpieczonych w ramach przyznanych ustawowo kompetencji, zgodnie z art. 26 ust 4 ustawy nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych<sup>1</sup> w przypadku stwierdzenia, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia są niekorzystne dla ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, może występować do zakładów ubezpieczeń o weryfikację budzących wątpliwości postanowień.**

**D**ziałania powyższe od strony formalnej ułatwione są przez art. 27 ww. ustawy zgodnie z którym zakład ubezpieczeń ma obowiązek przekazywać Rzecznikowi teksty ogólnych warunków ubez-

pieczeń, wzory umów i wniosków o ubezpieczenie oraz inne dokumenty i formularze stosowane przy zawieraniu umów ubezpieczenia. Rzecznik w ramach posiadanych uprawnień systematycznie dokonuje

sprawdzania treści ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez przeprowadzanie szczegółowych analiz. Przedmiotem badań są wzorce umowne dołączane do dobrowolnych umów ubezpieczenia. Dotychczas-

we działania w tym zakresie dotyczą głównie tzw. produktów masowych. Podczas prac analitycznych w szczególności uwzględniane są postanowienia sprzeczne z obowiązującymi prawem, występowanie niedozwolonych postanowień umownych, postanowienia naruszające prawa i interesy ubezpieczających i ubezpieczonych. W tym przypadku treść wzorca poddawana jest ocenie w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jaki i innych przepisów szczególnych. Weryfikowane są także takie elementy jak czytelność użytych w tekście sformułowań, przejrzystość tekstu, a także precyzyjność używanych zwrotów, szczególnie używanie tych samych pojęć w różnym znaczeniu, jak również tworzenie definicji pojęć mających określone znaczenie prawne. Prace analityczne w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych prowadzone są dwutorowo. Z jednej strony opracowywane są analizy uwypuklające szczegółowe kwestie sporne, budzące szczególne wątpliwości prawne, które to analizy następnie służą do opracowania wystąpień do ubezpieczycieli. Wystąpienia takie kierowane w uzasadnionych przypadkach prowadzą niejednokrotnie do uwzględnienia uwag Rzecznika Ubezpieczonych, co skutkuje modyfikacją postanowień o.w.u. przez zakłady ubezpieczeń, w niektórych natomiast sprawach podejmowana jest polemika z ubezpieczycielem. W sytuacji naruszeń prawa oraz nieuwzględnienia stanowiska Rzecznika, sprawa może być kierowana do Komisji Nadzoru Finansowego, w przypadku natomiast występowania niedozwolonych postanowień umownych Rzecznik może podjąć działania ukierunkowane na współpracę z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Drugim kierunkiem jest przygotowywanie analiz dostosowanych do ewentualnych potrzeb konsumentów. W tym celu tworzone są opracowania dotyczące poszczególnych produktów ubezpieczeniowych, które zamieszczane są na stronie inter-

netowej Rzecznika Ubezpieczonych. Dotychczasowa funkcja tych analiz miała charakter informacyjny. Konsumentom mogli w ten sposób zasięgać informacji o poszczególnych produktach wprowadzonych do obrotu. Opracowane analizy zawierały dane o poszczególnych istotnych elementach ubezpieczenia, tj. przedmiot ubezpieczenia, zakres, wyłączenia bądź ograniczenia odpowiedzialności, zasady ustalania sumy ubezpieczenia, składki ubezpieczeniowej, itp., w ten sposób stanowiły materiał porównawczy dla oceny poszczególnych występujących na rynku ubezpieczeniowym produktów.

Wejście w życie zmian w kodeksie cywilnym<sup>2</sup> wymusiło na ubezpieczycielach dostosowanie ogólnych warunków ubezpieczeń do nowych wymogów prawnych. Modyfikacja ogólnych warunków ubezpieczeń i przekazywanie ich przez zakłady ubezpieczeń do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, a także ciągła obserwacja potrzeb konsumentów i ocena ich zachowań, w szczególności na podstawie przedstawianych w skargach problemów, stały się bodźcem do weryfikacji stosowanych metod analitycznych. Obecnie opracowywane analizy zostały uzupełnione o część oceną wzorców. Konsumentom będą mogli zapoznać się ze stanowiskiem Rzecznika Ubezpieczonych dotyczącym postanowień o.w.u., które w jego ocenie naruszają przepisy prawa, bądź zawierają postanowienia budzące wątpliwości interpretacyjne, które warto rozstrzygnąć np. jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Należy także podkreślić, iż w przypadku, gdy określone o.w.u. zawierać będą nietypowe, niespotykane w innych wzorcach rozwiązania korzystne dla konsumentów, zostanie to także wskazane w analizie.

Powyższe działania są niezwykle istotne nie tylko z punktu widzenia ochrony praw ubezpieczających, ubezpieczonych, etc., ale także dla zwiększania świadomości ubezpieczeniowej. Po raz kolejny przywołać należy przykłady z postępowań skargowych, na podstawie których wyod-

rębnić można typowe problemy konsumentów oraz ich źródła, dotyczące stosowania ogólnych warunków ubezpieczeń. Problemy te ujawniają się najczęściej w momencie dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia. Wyodrębnić można kilka newralgicznych punktów obrazujących przyczyny tych problemów. Pierwszy to niezaznajamianie się z treścią wzorca umownego, drugi to niezrozumienie treści wzorca.

Brak znajomości tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia nierzadko wynika z faktu ich niedoręczenia. Z treści skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wynika, że w szeregu przypadkach ubezpieczający nie otrzymali ogólnych warunków ubezpieczenia. W obecnym, jak i poprzednio obowiązującym stanie prawnym sytuacja taka wydaje się być niedopuszczalna. Zarówno art. 812 § 1 k.c. sprzed nowelizacji przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia, nakładał na zakład ubezpieczeń obowiązek doręczenia tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy, jak również art. 384 § 1 k.c. utrzymuje zasadę doręczenia wzorca przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Co więcej podkreślić należy, że dyspozycja normy określonej w art. 384 § 1 k.c., tj. związanie wzorcem drugiej strony umowy będzie miała zastosowanie o ile spełniona zostanie hipoteza, tj. doręczenie nastąpi przed zawarciem umowy. W innym przypadku ogólne warunki ubezpieczenia w obrocie konsumenckim nie powinny wiązać. Ubezpieczający kierując do Rzecznika Ubezpieczonych skargi często wskazują, że określone w szczególności obowiązki nie były im znane z uwagi na fakt niezajomości o.w.u., której przyczyna tkwi w ich niedoręczeniu przez ubezpieczyciela. Rzecznik podnosząc powyższy zarzut niedoręczenia o.w.u. często otrzymuje odpowiedź ubezpieczyciela, że wzorec został przekazany przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a na potwierdzenie tego faktu przywoływany jest trudny do podważenia argument, że ubezpieczający własnoręcznym podpisem potwier-

dził otrzymanie i zaznajomienie się z tekstem o.w.u. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na praktyczny aspekt składania oświadczenia o zaznajomieniu się z treścią wzorca przez ubezpieczającego. Z reguły takie oświadczenie znajdujące się na dokumencie ubezpieczenia zapisywane jest małym drukiem, co z pewnością utrudnia ubezpieczającym właściwe zweryfikowanie wszystkich elementów dokumentu, a w szczególności tych odnoszących się do wskazanego oświadczenia. Tutaj słusznym wydaje się postulat, który kształtowałby dobrą praktykę ubezpieczycieli dotyczącą zawierania umów ubezpieczenia, aby właśnie na ten fragment dokumentu ubezpieczyciele zwracali szczególną uwagę konsumenta, ewentualnie aby oświadczenie o otrzymaniu i zapoznaniu się z treścią wzorca formułowane było jako odrębny dokument. Udowodnienie przez konsumentów nieotrzymania tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia, w przypadku złożenia stosownego oświadczenia, jest niemalże niemożliwe. Zgodnie bowiem z ogólną normą prawa cywilnego, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z niego skutki prawne. Na marginesie warto zwrócić uwagę, że znowelizowane przepisy dotyczące problematyki doręczenia o.w.u., tutaj: art. 384 § 1 mają odmienny charakter prawny niż art. 812 § 1 k.c. sprzed nowelizacji. Ten ostatni zakładał, że zakład ubezpieczeń ma obowiązek doręczyć tekst ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy, przy równoczesnym stosowaniu normy wynikającej z art. 384 § 1 k.c. w brzmieniu sprzed nowelizacji. Wyodrębnić wówczas można było zarówno obowiązki ubezpieczyciela względem osoby zamierzającej zawrzeć umowę oraz uprawnienie takiej osoby po pierwsze do otrzymania o.w.u., a pod drugie w przypadku niedoręczenia niezwiązanie treścią o.w.u. Wydaje się ponadto, że poprzednio obowiązujący stan prawny mógł ułatwiać kwestie udowodnienia przez konsumenta otrzymania lub nie tekstu o.w.u. poprzez dyspozycje

określoną w art. 812 §1 k.c. Należy przypomnieć, że we wspomnianych znowelizowanych przepisach kodeksu cywilnego uregulowano problematykę przekazywania tekstu wzorca ubezpieczonym. W art. 808 § 4 k.c. ustawodawca wyraźnie wskazał, że ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków. Taka regulacja w praktyce powinna wyeliminować przypadki niemożności korzystania z określonych praw ale i wykonywania obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz osoby trzeciej.

Kolejnym problemem jest niezrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Konsument jako nieprofesjonalna strona umowy ubezpieczenia, która nie posiada wykwalifikowanej wiedzy prawnej oraz prawnej, niejednokrotnie nie jest w stanie prawidłowo interpretować postanowień o.w.u. Zdarza się w praktyce, że konstrukcja ogólnych warunków utrudnia zapoznanie się z nimi, poprzez np. brak wyraźnego podziału tekstu na określone zagadnienia bądź też poprzez stosowanie „odsyłaczy” lub wprowadzanie zmian w ogólnych warunkach na podstawie aneksu, a nie zamieszczanie tych zmian w tekście jednolitym. Występowanie postanowień niejednoznacznych, nieprecyzyjnych może być eliminowane poprzez stosowanie normy art. 385 § 2 k.c., także art. 12 ust. 3,4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Z jego treści wynika, że wzorzec powinien być sformułowany w sposób jednoznaczny i zrozumiały, a w przypadku pojawienia się postanowień niejednoznacznych tłumaczy się je na korzyść konsumenta. Obowiązek prawidłowego kształtowania treści wzorca leży po stronie ubezpieczyciela, który także w tym zakresie swojej działalności powinien dochować należytej staranności. W ocenie Sądu Najwyższego, byłoby sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, by konsekwencje nieściślej redakcji postanowień o.w.u. obciążały ubez-

pieczającego.<sup>3</sup> Niejednoznaczność postanowień wzorców umownych bywa częstą przyczyną polemiki Rzecznika Ubezpieczonych z ubezpieczycielami. Zdarza się nierzadko, że wskazany przepis nie jest przestrzegany, a negatywne konsekwencje ponoszą konsumenci. Zgodnie natomiast z orzecznictwem ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń polegające na dowolnej ich interpretacji powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora warunków<sup>4</sup>.

Podsumowując, działania Rzecznika Ubezpieczonych w zakresie weryfikacji postanowień wzorców umownych załączanych do umów ubezpieczenia, mają na celu szeroko pojętą dbałość o ochronę praw i interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uprawnionych z umowy ubezpieczenia, i są realizowane przez kontakt z ubezpieczycielami ukierunkowany na zmianę lub wycofanie takich postanowień umownych, które mogą te prawa naruszać. Ponadto, co jest istotne, zwracanie uwagi konsumentom na wszystkie obligatoryjne postanowienia umowy, których naruszenie skutkować mogą negatywnymi konsekwencjami. Tutaj na plan pierwszy wysuwa się inicjatywa o charakterze informacyjno-edukacyjnym, realizowana m. in. poprzez wykorzystanie strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych. Na koniec podkreślić należy wagę prokonsumenckich rozstrzygnięć zawartych w znowelizowanych przepisach dotyczących umowy ubezpieczenia, przede wszystkim o charakterze bezwzględnie obowiązującym, które nie powinny być zmieniane wolą stron umowy, szczególnie przez autorów ogólnych warunków ubezpieczeń. ■

**Ewa Maleszyk**

Biurowo Rzecznika Ubezpieczonych  
<sup>1</sup> DzU z dnia 16 lipca 2003 r., nr 124, poz. 1153 ze zm.

<sup>2</sup> Ustawa z dn. 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy- kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw (DzU nr 82 poz. 557)

<sup>3</sup> Wyrok SN z 18III2003 r., sygn. Akt: IV CKN 1858/00

<sup>4</sup> Por. np. wyrok SA w Łodzi z 28II1996r., sygn. Akt: I ACr 37/96 OSA 1996/43.



# Uprzednia zgoda ubezpieczonego na zawarcie i zmianę umowy ubezpieczenia na życie zawieranej na cudzy rachunek

**Ustawą z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw został znowelizowany, w otoczeniu wielu innych regulacji, art. 829 k.c. Wcześniejsze brzmienie przepisu brzmieniu zostało uzupełnione poprzez dodanie § 2. Stanowi on, iż do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego, która będzie musiała obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego.**

**W** trakcie prac nad nowymi unormowaniami dotyczącymi umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek była rozważana potrzeba uwzględnienia swoistego charakteru ubezpieczeń grupowych. Ostatecznie jednak zrezygnowano z wprowadzenia szczególnych regulacji w tym zakresie, w głównej mierze ze względu na spory dotyczące definicji ubezpieczeń grupowych. W szczególności uczestnicy prac legislacyjnych nad kodeksem cywilnym utożsamiali w zakresie ubezpieczenia na życie pojęcie ubezpieczeń zbiorowych z pojęciem ubezpieczeń grupowych, wskazując, że ubezpieczenia na życie dzielą się na ubezpieczenia jednostkowe i ubezpieczenia zbiorowe zwane grupowymi.<sup>1</sup>

Reguła ustanowiona w art. 829 § 2 k.c. od początku prac nad ustawą nowelizującą rodziła wątpliwości, jak stosować ją w praktyce, szczególnie przy zawieraniu tzw. umów grupowego ubezpieczenia.

W obecnym stanie prawnym tryb zawierania wszystkich umów ubez-

pieczenia na życie w tym tzw. ubezpieczenia grupowego według nowych przepisów musi rozpocząć się od uzyskania zgody ubezpieczonego jeszcze przed zawarciem umowy.

Dla ubezpieczeń na życie oznacza wyeliminowanie dotychczasowej praktyki, w której np. pracodawca albo bank zawierał umowę ubezpieczenia, a dopiero po jej zawarciu pozyskiwał od ubezpieczonych deklaracje o przystąpieniu do ubezpieczenia. W przypadku innych umów grupowych zawieranych na cudzy rachunek, na przykład ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ten tryb nie obowiązuje i w dalszym ciągu można zawrzeć taką umowę bez uprzedniej zgody osoby, która ma być objęta ubezpieczeniem. Do tych umów stosuje się ogólny przepis art. 808 § 1 k.c., który przewiduje, że ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Bez zmian pozostała, więc zawarta

w nim zasada, że ubezpieczony nie musi być w umowie wskazany imiennie.

Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest między ubezpieczycielem a ubezpieczającym, którym jest z reguły podmiot pozostający w określonym w umowie stosunku prawnym z osobami ubezpieczonymi. W ubezpieczeniach grupowych na ogół ubezpieczający nie jest jednocześnie osobą ubezpieczoną, choć jest to sytuacja niewykluczona w razie zawarcia umowy ubezpieczenia przez osobę fizyczną, prowadzącą działalność gospodarczą, której dobra osobiste objęte są ochroną ubezpieczeniową w grupie innych ubezpieczonych<sup>2</sup>.

W świetle nowej regulacji art. 829 § 2 k.c. zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie w dzisiejszym stanie prawnym musi być poprzedzone zebraniem grupy osób, które wyrażają chęć przystąpienia do umowy. W przypadku takich umów zawieranych, np. przez banki może to przybrać formę indywidualnych umów ubezpieczenia na życie, w ramach podpisanej przez bank i towarzystwo ramowej umowy o współpracy.

W trakcie prac nad kształtem omawianego przepisu niektórzy przedstawiciele zakładów ubezpieczeń akcentowali, że ubezpieczający jako strona umowy musi mieć prawo do swobodnego określania warunków umowy ubezpieczenia, natomiast ubezpieczeni powinni posiadać swobodę przystępowania i występowania z ubezpieczenia w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Co za tym idzie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek ubezpieczeni powinni wyrażać zgodę na obejmowanie ochroną ubezpieczeniową na warun-

kach określonych przez strony umowy. W świetle obowiązujących przepisów taka praktyka wydaje się jednak niedopuszczalna.

Analiza art. 829 § 2 k.c. przepisu rodzi ponadto problem wyznaczenia kręgu osób (ubezpieczonych), od których zgodę należy uzyskać przy zawieraniu tego typu umów. W praktyce pojawiają się wątpliwości, czy do tego kręgu należy zaliczyć, np. małżonka i rodziców ubezpieczonego pracownika. Funkcjonują, bowiem umowy w oparciu, o które możliwa jest wypłata świadczenia w razie śmierci tych osób. Rozstrzygnięcie tej kwestii jest istotne z tego względu, że zmienione przepisy przewidują, że zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczającego (art. 829 § 2 zdanie drugie). Stosując wykładnię językową przepisu należy uznać, że o zgodę należy pytać wszystkich. Biorąc pod uwagę również cel regulacji, którym było pozbawienie tego typu ubezpieczenia jakichkolwiek elementów zakładu o życie innej osoby, czy też spekulacji, której przedmiotem mogłoby się stać cudze życie należy uznać, że taka interpretacja jest trafna.

Na tle tej części regulacji zrodziły się jeszcze inne problemy. Niektórzy

interpretują art. 829 § 2 zdanie drugie jako przyzwolenie na uzyskiwanie zgody ubezpieczonych wyłącznie w zakresie zmiany niekorzystnych. Problem w tym jednak jak określić, które zmiany są korzystne, a które nie. Przykładowo sama podwyżka składki powinna być raczej uznana za zmianę niekorzystną i zostać poprzedzona uzyskaniem uprzedniej zgody ubezpieczonych. Pojawiają się jednak opinie, iż sama podwyżka składki nie stanowi zmiany treści umowy ubezpieczenia. Rozszerzenie zakresu ochrony także nie wydaje się naruszać praw ubezpieczonego. Przy takim podejściu pozostaje jednak kwestią dyskusyjną, czy rozszerzenie umowy o dodatkową opcję, np. przyznającą prawo do uzyskania świadczenia z tytułu urodzenia dziecka oczywiście za dodatkową składką będzie dla wszystkich ubezpieczonych opcją potrzebną, a zarazem korzystną. Z tych względów wydaje się, że w przypadku dokonania jakichkolwiek zmian lepiej uzyskać zgodę.

Przed wejściem w życie nowej regulacji pojawiały się koncepcje, aby w chwili przystąpienia do umowy ubezpieczenia zaznaczać w kwestionariuszu ubezpieczeniowym zgodę na dokonywanie przez ubezpieczającego wszelkich zmian w całym okresie trwania umowy. Takie postępowanie należy zdecydowanie odrzu-

cić, gdyż byłoby sprzeczne z omawianą regulacją i stanowiłoby obejście prawa. Wśród innych rozwiązań wskazywano ponadto takie skonstruowanie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, które zakładałyby możliwość wprowadzania zmian jej istotnych elementów, np. wysokości składki i sumy ubezpieczenia, bez zmiany samych postanowień umowy, np. poprzez szczegółowe określenie zasad indeksacji składki w trakcie całego okresu trwania umowy.

Na zakończenie warto jeszcze wskazać, iż nowy przepis nie określa formy zgody ubezpieczonego na zawarcie umowy lub jej zmianę. W związku z tym przyjmuje się, że nie musi być ona pisemna<sup>3</sup>.

**Anna Dąbrowska**

starszy specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy, Wiadomości ubezpieczeniowe, nr 7/8, 2007.

<sup>2</sup> J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy, Wiadomości ubezpieczeniowe, nr 7/8, 2007.

<sup>3</sup> M. Szczepańska, Wpływ zmian w kodeksie cywilnym na ubezpieczenia na życie, Prawo Asekuracyjne, nr 3/2007.

## Warto przeczytać



### „Rozprawy Ubezpieczeniowe” – Zeszyt 3

**Ukazał się trzeci zeszyt „Rozpraw Ubezpieczeniowych”, specjalistycznego pisma poświęconego problematyce ubezpieczeniowej. Periodyk skierowany jest do ludzi nauki, studentów, różnych środowisk praktyki ubezpieczeniowej, a także do tych wszystkich, których ta problematyka interesuje, także z punktu widzenia ochrony praw konsumentów.**

W najnowszych „Rozprawach” warto przeczytać tekst **Radosława**

**Pacuda** „O zastosowaniu teorii ekspektatyw w charakterystyce praw

ubezpieczeniowych, w tym c z ł o n k ó w OFE”. Rozprawa stanowi próbę wykazania, że uprawnienia członków

OFE funkcjonalnie bardziej przynależą do ekspektatywy emerytalnej aniżeli stosunku członkostwa. „Jeżeli charakterujemy prawa ubezpieczonego przez pryzmat ekspektatywy emerytalnej zauważamy, że przed nabyciem emerytury posiada on już konkretne prawo, w którego ochronie może występować nawet przed Sądami Cy-



wilnymi. Tak też w sytuacji nieprzekazywania składek przez ZUS do OFE może wystąpić z powództwem o przekazanie tychże składek. Podobnie w sytuacji powstania strat w środkach emerytalnych zarządzanych przez OFE, za które odpowiada Powszechne Towarzystwo Emerytalne ubezpieczony, jako członek uszkodzanego OFE może wystąpić z powództwem określonym przez art. 48 ustawy o OFE. Przyznanie możliwości ochrony prawnej nabytych ekspektatyw emerytalnych w filarze drugim jest zupełnie nową wartością w systemie ochrony praw ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczeń społecznych. Taka sytuacja stała się możliwa przez nadanie drugiemu filarowi wielu cech prywatnoprawnych, związanych z prywatnoprawnym zarządzaniem i inwestowaniem środków emerytalnych” – podsumowuje R. Pacuda.

Równie interesujący jest artykuł **Wojciecha Nagela**, zatytułowany „Asekuracja ryzyka demograficznego w ubezpieczeniach emerytalnych: rozwiązania polskie, szkice do międzynarodowych analiz porównawczych”. W swoim tekście autor przedstawił koncepcję Funduszu Rezerwy Demograficznej, dokonał charakterystyki polityki inwestycyjnej FRD, zwrócił uwagę na problem starzenia się społeczeństwa w Polsce i migrację zarobkową. Na końcu rozprawy, W. Nagel zaprezentował rozwiązania instytucjonalne w zakresie rezerwy demograficznej przyjęte we Francji, Irlandii, Norwegii, Chinach oraz Nowej Zelandii. Zdaniem autora fundusze rezerwowe stają przed pewnymi zagrożeniami. Jednym z nich jest ryzyko tzw. nacisków konkurencyjnych (*competing pressures*) na obniżenie podatków, zwiększenie wydatków, wówczas, gdy fundusz jest zintegrowany z budżetem narodowym. „Mając poczucie pewnego bezpieczeństwa i zasobności, rządy mogą ulegać pokusie traktowania zasobów funduszu jako źródła kredytowania własnych wydatków. Bardzo pozytywnie pouczający w tym względzie jest przykład postępowania Irlandii, która wprowadziła za-

kaz inwestowania przez fundusz przez obligacje rządowe, ograniczając tym samym skłonność do łatwego zadłużania się. Jest to przesłanie do rekomendacji i przyszłego spożytkowania przez kolejne polskie rządy, które instytucje rynku emerytalnego zwykły traktować jako proste narzędzie akumulacji długu publicznego. Polska reforma emerytalna wprowadziła do systemu oddzielny fundusz, którego mankamentem funkcjonowania stał się brak stabilnego źródła finansowania. Uczynienie jedynym źródłem zasilenia odpisu z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, spowodowało, iż wielkość aktywów nie spełnia oczekiwań i przyszłych potrzeb (...) Najtrudniejszym obecnie problemem do rozwiązania jest taka zmiana sposobu finansowania, która nie oznaczałaby jednocześnie wprowadzenia nowego rodzaju podatku lub podwyższenia kosztów pracy” – pisze W. Nagel.

Na uwagę czytelnika zasługuje także artykuł **Dariusza Fuchsa** pt. „Niedopuszczalność zastosowania art. 384 k.c. do umowy ubezpieczenia wobec wejścia w życie art. 805 § 4 k.c.” Zdaniem autora „zarówno pod rządami art. 384 § k.c. jak i obecnie, wobec treści art. 805 § 4 k.c., zastosowanie art. 384 k.c. do umowy ubezpieczeniowej należy wykluczyć. Po wejściu w życie ustawy z 13 kwietnia 2007 r. powyższe wyłączenie jest tym bardziej uzasadnione, gdyż ustawodawca nie odwołuje się już do całego tytułu III księgi kodeksu cywilnego, jak to czynił poprzednio w art. 384 § 5 k.c. oraz, co równie istotne, podkreślił znaczenie konsumeryzmu, jako inspiracji wprowadzonej noweli. Dopuszczenie stosowania w praktyce możliwości narzucenia zmian o.w.u. ubezpieczającemu z ewentualną alternatywą wypowiedzenia przez niego umowy (co może w szczególnych przypadkach spełniać oczekiwania ekonomiczne drugiej strony) byłoby jaskrawym zaprzeczeniem tej tendencji, która stała się także bardzo widoczna w pracach *Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law*. Z drugiej

jednak strony należy sceptycznie wypowiedzieć się o tezie, że żadne poza art. 385 przepisu k.c. nie miałyby zastosowania do umowy ubezpieczenia, gdyż nie taki był cel ustawodawcy. Nic przecież nie stoi na przeszkodzie aby, w razie uzasadnionych przesłanek, zastosować artykuł 388 k.c., o którym ustawodawca w art. 805 § k.c. milczy”.

Osoby zainteresowane rozwojem ubezpieczeń komunikacyjnych rynku UE-25 powinny przeczytać artykuł **Elżbiety Wanat-Poleć**. Autorka, analizując rynek ubezpieczeń państw UE-25 doszła do następujących wniosków:

- „Ubezpieczenia komunikacyjne ze względu na olbrzymi potencjał rynku motoryzacyjnego (ponad 800 mln pojazdów) są ważnym elementem stymulującym rozwój ubezpieczeń majątkowych na wszystkich rynkach narodowych;
- W najbliższych latach w UE nie należy spodziewać się zmniejszenia stopnia koncentracji rynku motoryzacyjnego dla trzech największych rynków narodowych. Pomimo największego udziału Polski – spośród nowoprzyjętych członków UE – i utrzymującej się tendencji wzrostu sprzedaży pojazdów nowych i używanych ich wpływ na stopień koncentracji rynku motoryzacyjnego UE jest niewielki;
- Jakkolwiek stopień koncentracji rynku ubezpieczeń komunikacyjnych jest w UE bardzo wysoki (średnio dla 5 zakładów wynosi – 57%, dla 10 – 75%) to nadal obserwuje się jego dalszy wzrost w krajach wysoko rozwiniętych (np. W Brytania, Austria, Wiochy, Holandia);
- Pomimo ogólnej tendencji na rynku wspólnotowym do zmniejszania liczby zakładów ubezpieczeń, oferujących ubezpieczenia komunikacyjne – biorąc pod uwagę rozmiar rynku polskiego oraz obserwowane dynamiki przyrostu składki komunikacyjnej – należy spodziewać się w Polsce wzrostu liczby za-

granicznych zakładów, stosujących nowoczesne metody dystrybucji ubezpieczeń komunikacyjnych;

- Analizując udział Polski w składce UE z ubezpieczeń komunikacyjnych – 2%, (ok. 2,5 mld euro), w kontekście udziału np. Hiszpanii – ok. 10% (11,7 mld euro) można spodziewać się sukcesywnego wzrostu składki z ubezpieczeń komunikacyjnych, w szczególności że jej średnia wysokość (poniżej 100 euro) znacznie odbiega od średniej UE (ok. 250 euro);
- Spadkowi dynamiki składki na największych rynkach UE (Niemcy, Włochy, Irlandia, Holandia, Francja) towarzyszy znaczny wzrost dynamiki składki komunikacyjnej na rynkach nowoprzyjętych do UE, co wiąże się z potencjałem rozwojowym tych rynków, np. tylko w latach 2005-2006 w Polsce import samochodów używanych wyniósł 1,7 mln sztuk, zaś sprzedanych nowych ok. 450 tys. sztuk;
- Średni udział składki z ubezpieczeń komunikacyjnych w składce non-life w UE wynosi 33,5%, zaś w Polsce udział ten wynosi ponad 62%, co wskazuje na nie-

równomierny rozwój poszczególnych grup ubezpieczeń majątkowych w naszym kraju. Należy spodziewać się, że wraz z rozwojem liczby produktów ubezpieczeniowych, szczególnie ubezpieczeń zdrowotnych, wypadkowych, finansowych itp. udział ubezpieczeń komunikacyjnych w dziale II będzie się sukcesywnie zmniejszał”.

W części pierwszej „Rozpraw” warto zwrócić do interesującego artykułu **Romana Fulneczka** pt. „Świadomość ubezpieczeniowa rolników a potrzeba ubezpieczenia”. Autor podsumowując rozważania na temat ubezpieczeń rolnych, potrzeby zawierania tych ubezpieczeń oraz świadomości rolników konstatuje, że prowadzone są działania mające na celu ogólną poprawę sytuacji. Dodaje jednak, że działania te są zbyt ograniczone, aby można było zasadniczo zmienić podejście rolników do kwestii zawierania ubezpieczeń. Według R. Fulneczka „Państwo w porozumieniu z instytucjami rynku ubezpieczeniowego, a także zakładami ubezpieczeń, próbuje wprowadzić rozwiązania, mające na celu poprawę sytuacji. Bardzo często mało uważnie wsłuchuje się w komentarze i sugestie pochodzące

z rynku. Same towarzystwa ubezpieczeń też nie do końca są zainteresowane rozwijaniem tego rodzaju ubezpieczeń i w konsekwencji tego zaledwie kilka firm oferuje taką ochronę swoim klientom. Jak wspomniano wcześniej, wynika to w dużej mierze z faktu, że towarzystwa nie liczą na duże przychody z tytułu tej działalności, a z drugiej strony wiedzą, że zaangażowanie w ubezpieczenia rolne wymaga znacznych nakładów finansowych”.

W części drugiej periodyku znajdują się między innymi: sprawozdanie z konferencji „Sądownictwo polubowne – stan obecny i perspektywy” (Warszawa 9 maja 2007 r.); sprawozdanie z konferencji „Project Group on a Restatement of European Insurance Contract Law” (Lucerna, 4-7 lipca 2007 r.); informacja o VI edycji Konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, podyplomowe i licencjackie z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

„Rozprawy Ubezpieczeniowe” zamyka część poświęcona recenzjom i nowościom wydawniczym.

Zachęcam czytelników do lektury zeszytu.

**Piotr Zańko**

„Gazeta Ubezpieczeniowa”  
nr 49/2007

## Ubezpieczenia w Księstwie Warszawskim



**T**owarzystwo Ogniove dla Miast i Wsiów okresu Księstwa Warszawskiego w działalności swojej charakteryzowało się następującymi cechami:

- w sprawach ubezpieczeń wiejskich przymus rozszerzony został na wsie narodowe i królewskie (wsie dziedziczne); wsi prywatnych przymus nie obejmował;

- po raz pierwszy w historii polskich ubezpieczeń zróżnicowane zostały (dotąd jednolite) stawki za ubezpieczenia budynków miejskich;

- ustalono „raz na zawsze” (jak stwierdzono w regulaminie Towarzystwa) tzw. składkę stałą. Przyjęto, że wysokość opłat od każdych 100 zł wartości budowli wynosi:

- dla miast od budynków mury-

nych w wiązarkę (czyli z tzw. pruskiego muru) po 15 gr polskich;

- dla wsi, zarówno od budynków mury-

- rowanych jak i drewnianych, po 10 gr polskich;
- w dalszym ciągu pozostał utrzy-

- many zakaz ubezpieczania nieruchomości w zagranicznych towarzystwach ubezpieczeniowych (budynki ubezpieczone wcześniej mogły pozostać w zagranicznym towarzystwie aż do upływu terminu ubezpieczenia);
- wprowadzono nową zasadę, że w przypadkach, gdy właściciel sam spalił swój dom w celu wyłudzenia odszkodowania, nie tylko nie otrzymywał odszkodowania, ale musiał pokrywać wynikłe inne szkody i podlegał karze, zgodnie z przepisami;

- wprowadzono obowiązek prze-

budowli (w poprzednich pruskich ustawach otrzymujący odszkodowanie nie miał tego obowiązku);

□ stan kasy generalnej Towarzystwa miał być podawany do publicznej wiadomości przez ogłaszanie w gazetach;

Przystąpienie do Towarzystwa Ogniwego nie we wszystkich przypadkach było przymusowe, np. dobra szlacheckie przystępowały dobrowolnie. Ten przepis był dla Towarzystwa bardzo niekorzystny, ponieważ Napoleon hojną ręką rozdawał dobra narodowe, przez co zmieniały one charakter własności i tym samym mogły być ubezpieczone tylko dobrowolnie. Trzeba przyznać, że większość obdarowanych dygnitarzy wojsk francuskich (generalicji, oficerów) przystąpiła do ubezpieczenia swoich majątków. Wyjątkiem był tu generał Józef Zajączek, który jako jedyny z obdarowanych przez Napoleona do Towarzystwa nie przystąpił. Otrzymanych dóbr nie chciał ubezpieczyć, twierdził, że „sam w swych dobrach kasę urzędzi, w której poddani jego partycypować będą”. Oczywiście do tego nie doszło.

Przyjęcie w Towarzystwie Ogniwym dla Miast i Wsiów składki stałej (w zamian za zmienną, tj. zależną od ilości pogorzeli), nie ulegającej w żadnym wypadku podwyższeniu, było anomalią w instytucji asekuracyjnej opartej na wzajemności i wcześniej czy później musiało doprowadzić do katastrofy finansowej. W miarę wzrostu szkód powodowanych licznymi pożarami rósł deficyt Towarzystwa (w roku 1816 sięgnął on olbrzymiej, jak na owe czasy, sumy półtrzecia – czyli 2,5 miliona złotych polskich).

Dość skomplikowany był terytorialny zakres działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa Ogniwego. Ordynacja o powołaniu Towarzystwa (z dnia 4 czerwca 1807 r.) dotyczyła w zasadzie tylko terenu dawnych Prus Południowych, ale objęła także swą działalnością departamenty z Prus Królewskich: warszawski, poznański i kaliski.

Księstwo Warszawskie odziedziczyło po Królestwie Pruskim rozbiście prowincjonalne ubezpieczeń. De-

cyzją Rady Stanu z 1808 i 1809 r. Towarzystwo Ogniwowe objęło także tereny Bydgoszczy, Łomży i Płocka, które nie należały uprzednio do Administracji Generalnej, a były podporządkowane Towarzystwom Ogniwym w Kwidzynie i Królewcu (znajdującymi się obecnie poza granicami Księstwa Warszawskiego – w Prusach Wschodnich.). Towarzystwa te odmówiły przyjmowania składek od klientów zagranicznych.

Zgodnie z traktatem w Schönbrunn z 14 października 1809 roku, do Księstwa zostały przyłączone także dawne ziemie galicyjskie (poaustriackie). Jednak departamenty te, tj. krakowski, radomski, lubelski i siedlecki – nie objęło swym zasięgiem Towarzystwo Ogniwowe.

Niektórzy historycy ubezpieczeniowi podają, że w roku 1808 Towarzystwo Ogniwowe w Księstwie Warszawskim objęło także wchodzącą w jego skład część byłego zaboru austriackiego. (Np. Biskupski Ignacy, O ubezpieczeniach, Poznań 1925; Głowacki Marian, Przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe na ziemiach polskich i znaczenie ich dla gospodarstwa narodowego, Poznań 1918; Gielg Stefan, Krótka historia rozwoju i gospodarstwie znaczenie towarzystw ubezpieczeń. Warszawa, 1931; Opinię tę powtórzył Podkorzyński Lucjan, Powstanie i rozwój ubezpieczeń na ziemiach polskich w latach 1803 – 1914. Sto pięćdziesiąt lat ubezpieczeń w Polsce, Warszawa 1958).

Jest to nieporozumienie, gdyż przedstawiony przez Konstantego Krzeczковского dokument pt. „Urządzenie Towarzystwa Ogniwego w Księstwie Warszawskim” był dopiero projektem przygotowanym do podpisu Fryderykowi Augustowi królowi saskiemu i księciu warszawskiemu. W rozdziale I, artykuł pierwszy brzmiał: „Towarzystwo Ogniwowe dla miast i wsi ma być rozciągnięte na całe Księstwo Warszawskie od daty publikacji niniejszego Urządzenia”. Dokument ten pozostał jednak tylko projektem, nie został podpisany.

Problem ten definitywnie wyjaśnił Konstanty Krzeczkowski, stwierdzając: „Prowincje poaustriac-

kie przez cały czas istnienia Księstwa nie zostały wciągnięte do organizacji” oraz „...ciężkim grzechem było zaprzepaszczenie sprawy ubezpieczenia w prowincjach poaustriackich. Część z nich, która wróciła po roku 1815 do Austrii doczekała się wprowadzenia ubezpieczeń od ognia dopiero w roku 1862...”.

Trudna była sytuacja właścicieli zabudowań na terenach prowincji, które uprzednio należały do pruskich instytucji ubezpieczeniowych, znajdujących się obecnie poza granicami Księstwa i tam ubezpieczonych. Specjalną uchwałą Komisji Rządzącej właścicielom tych domów pozwolono pozostać w „zagranicznych” (pruskich) Towarzystwach Ogniwych, aż do czasu wygaśnięcia podpisanych z nimi polis ubezpieczeniowych.

Żaden właściciel nie miał jednak prawa podpisywać nowej umowy ubezpieczeniowej z zagranicznym Towarzystwem. Trzeba tu jednak dodać, że choć już za czasów pruskich istniał zakaz ubezpieczania się w towarzystwach zagranicznych, wiele miast ubezpieczało się w ich oddziałach niemieckich. Bardzo popularne, ze względu na łatwość zaciągania pożyczek, było towarzystwo angielskie Fenix, posiadające swój oddział m. in. w Hamburgu

Oceniając Towarzystwo Ogniwowe Księstwa Warszawskiego nie wolno pomijać jego działań zapobiegawczych przeciwko szerzącym się w tych latach pożarom we wsiach i miasteczkach. Władze Księstwa wydały surowe przepisy przeciwpożarowe i pociągały do odpowiedzialności za ich nieprzestrzeganie burmistrzów i władze lokalne. Nie było to jednak skuteczne. Pożary stały się codziennym zjawiskiem, a przyczyny ich były różne: wypadki wojenne, podpalenia ze złej woli lub z lekkomyślności. Wprowadzono przepisy wzorowane na dawnych polskich i pruskich porządkach ogniowych. Powszechny był jednak brak sprzętu przeciwpożarowego i niedostateczna liczba zbiorników wodnych, studzien itp. ■

*Dokończenie w następnym numerze*  
**Marian Szcześniak**