

Podstawową bolączką systemów ochrony zdrowia na całym świecie jest niezadowalający poziom finansowania. Od lat mówimy o potrzebie uzdrowienia systemu. O warunkach wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych mogą Państwo przeczytać w wywiadzie z Konstantym Radziwiłłem, Prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej, który będzie gościem konferencji „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych” zorganizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych i Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej.

W numerze czerwcowym warto zwrócić uwagę m.in. na artykuł o współpracy Rzecznika z miejskimi i powiatowymi Rzecznikami Konsumentów oraz na tekst o terminach wypłat odszkodowania z umowy OC posiadacza pojazdu.

Zbliża się czas urlopów, warto więc zapoznać się z praktycznymi radami dotyczącymi ubezpieczeń turystycznych. To tylko niektóre tematy najnowszego Monitora.

Zachęcając Państwa do czytania, życzymy słonecznych i bezpiecznych wakacji.

Redakcja

SPIS TREŚCI

■ Uzdrowić system	
Z Konstantym Radziwiłłem, Prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej, rozmawia Anna Arwaniti	3
■ Aktualności	4
■ Problemy w stosowaniu i rozumieniu przepisów o umowie ubezpieczenia	5
■ Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych	9
■ Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki otwartych funduszy emerytalnych	14
■ Terminy wypłaty odszkodowania z umowy OC posiadacza pojazdu	17
■ VII edycja Konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, podyplomowe i licencjackie z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych	18
■ Wybór części zamiennych do naprawy pojazdu z obowiązkowego ubezpieczenia OC pojazdów	19
■ Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z miejskimi i powiatowymi Rzecznikami Konsumentów	23
■ Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w Polsce w kontekście ochrony interesów ubezpieczonych	26
■ Normatywna kwalifikacja przestępstw przeciwko mieniu – omówienie wybranych pojęć z zakresu prawa karnego stosowanych w ubezpieczeniach majątkowych	27
■ Ubezpieczenia turystyczne	32
■ Zmiany do wykazu zakładów ubezpieczeń	35



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

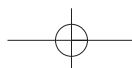
Rada redakcyjna – Halina Olendzka, Anna Arwaniti, Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

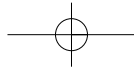
Redaktor odpowiedzialny – A.A. Sierańska

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

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

Nakład 2500 egz.





Uzdrowić system

Z **Konstantym Radziwiłłem**, Prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej rozmawia Anna Arwaniti.

Anna Arwaniti: *Od wielu już lat toczą się w Polsce dyskusje o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, których powstanie ma nie tylko zasilić finansowo system, ale także poprawić dostępność do świadczeń.*

Konstanty Radziwiłł: System ochrony zdrowia oczywiście wymaga naprawy, o czym, jak pani zauważyła, mówimy od lat. Muszę jednak powiedzieć, że Polska ma nowoczesny system ochrony zdrowia, co może być zaskakujące w moich ustach. Proszę zwrócić uwagę, że szanse Polaków na leczenie zgodne z najnowocześniejszymi osiągnięciami medycyny na tle świata nie wyglądają źle. Od wejścia do UE lubimy porównywać się do tych którzy są jeszcze lepsi od nas, ale mają o wiele więcej pieniędzy. Poziom nakładów na ochronę zdrowia w Niemczech, Francji czy Holandii jest nieporównywalny z naszym i z całą pewnością ta sprawa rzutuje w sposób dramatyczny zarówno na satysfakcję pracowników ochrony zdrowia, jak i przede wszystkim na to, co jest najważniejsze, na bezpieczeństwo obywateli. Krok, który zrobiliśmy w 1999 r. po bardzo długich konsultacjach i uzyskaniu akceptacji dla nowego rozwiązania, przypomnę, że chodziło o wprowadzenie kas chorych, ten rok zapoczątkował wejście do nowoczesnych rozwiązań systemowych. Uważam, że utrzymywanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jako systemu obowiązującego jest prawidłowe.

A.A.: *W jednym z wywiadów powiedział Pan, że reforma bez dodatkowych środków jest niemożliwa, ale o tym właśnie mówimy, ale tylko mówimy, od wielu lat.*

K.R.: To prawda. Systemu ochrony zdrowia nie da się zreformować, jeśli nie dołoży się do niego pieniędzy. System, żeby funkcjonował sprawnie, musi być finansowany na

wyższym poziomie i od tego jest uzależnione powodzenie reformy.

A.A.: *USA ma najdroższy system (14% PKB), gdzie prawie jedna czwarta społeczeństwa nie jest objęta żadną formą ubezpieczenia. Nie ma państwa, w którym byłby idealny system ochrony zdrowia, nie można tego oczekiwać także w Polsce.*

K.R.: Bardzo wyraźne są różnice pomiędzy systemami europejskimi a systemem w USA, gdzie dominują prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Przenieśmy się do Europy, gdzie uważa się, że znaczna część obowiązków ochrony zdrowia obywateli spoczywa na państwie bądź na publicznych instytucjach powołanych do życia przez państwo. Znaczna część środków ma więc charakter publiczny. W tym sensie w Polsce nie możemy wymyślić jakiejś nowej drogi. Wiadomo, że bez dodatkowych pieniędzy nie zapewnimy lepszej opieki medycznej. Wiemy też, że w obecnej sytuacji pacjent nie może spodziewać się równego dostępu do wszystkich świadczeń wykonanych w każdym standardzie.

A.A.: *Klasyfikacja zachodnich modeli, prywatnych ubezpieczeń, do których dążymy, opiera się na określeniu miejsca i roli wobec systemu publicznego.*

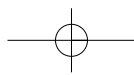
K.R.: Tak, do najpopularniejszych należą ubezpieczenia suplementarne (dodatkowe) pokrywające ryzyko obowiązkowych stosunkowo wysokich dopłat pacjentów do pobieranych świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające) gwarantują prawo do świadczeń, których nie zapewnia lub zapewnia w niższym standardzie system powszechnej opieki zdrowotnej. Celem prywatnych ubezpieczeń jest zwrot opłat wnoszonych przez ubezpieczonych w ramach współpłacenia za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej oraz zwrot wydat-

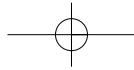


ków poniesionych na te kategorie świadczeń, których nie gwarantuje się w ramach publicznej opieki zdrowotnej. W Polsce, aby mówić o dodatkowych ubezpieczeniach, należy najpierw określić precyzyjnie co, w jakim standardzie i w jakim czasie gwarantuje publiczny system ochrony zdrowia.

A.A.: *I tu znowu powracamy do koszyka świadczeń, jedni mówią że jest potrzebny, inni, że nie. Ciągłe myślimy, co do niego włożyć.*

K.R.: Powtarzanie, że koszyk świadczeń trzeba wymyślić od początku jest pewnym nieporozumieniem. Koszyk świadczeń gwarantowanych zasadniczo już mamy. Pacjenci powinni mieć zagwarantowane w ramach systemu to, co jest potrzebne do ratowania życia i zdrowia. Art. 68 ust. 2 Konstytucji mówi o tym, że ustawodawca powinien określić zakres i warunki udzielania świadczeń finansowych ze środków publicznych. Jeżeli chodzi o zakres, to mam tu na myśli właśnie koszyk, a druga część to warunki udzielania świadczeń, które też powinny być ustawowo zagwarantowane i w tej części można dokonywać pewnego różnicowania. Wszyscy powinni mieć zagwarantowany minimalny standard, bezpieczeństwo, ale jeżeli są osoby, które dysponują dodatkowymi środkami finansowymi, to mogą sobie np. dopłacić do pokoju jednoosobowego z telewizorem, wybrać menu, po prostu polepszyć komfort pobytu w szpitalu. Nie wyobrażam sobie, że państwo może wyjąć z koszyka procedury, które są istotne dla ratowania zdrowia i życia. Myślę, że będzie uczciwie, jak pacjent będzie wiedział oficjalnie, za co ma





AKTUALNOŚCI

■ 01.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych na posiedzeniu Krajowej Rady Rzeczników Konsumentów zaprezentował projekt długofalowej współpracy z powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów w celu wzmocnienia ochrony ubezpieczonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia oraz członków otwartych funduszy emerytalnych.

■ 04.04.2008 r. odbyła się konferencja zorganizowana przez Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej przy współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych. Temat konferencji „Nowela do kodeksu cywilnego – problemy w stosowaniu i rozumieniu przepisów o umowie ubezpieczenia – zagadnienia do dyskusji” wywołał wielkie zainteresowanie wśród praktyków i teoretyków rynku ubezpieczeniowego.

■ 17.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał uzasadnienie do uchwały Sądu Najwyższego z 7 lutego 2008 r., w którym Sąd jednoznacznie poparł stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie obowiązku zakładu ubezpieczeń do naprawienia w pełnym zakresie szkody osobowej wyrządzonej przez kierującego pojazdem, w tym także pasażerowi będącemu wraz z kierowcą współposiadaczem tego pojazdu w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

■ 17.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Prezesa zakładu ubezpieczeń TUiR Warta S.A. w sprawie zaniżania należnego

zapłacić, a pieniądze zasilą kasy szpitali czy przychodni.

A.A.: *Wielu pacjentów nie chce ponosić dodatkowych kosztów i dlatego tak trudno wprowadzać zmiany.*

K.R.: Z punktu widzenia polityków na pewno najtrudniej będzie wprowadzać dopłaty ze środków prywatnych do części świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie współpłacenia może być odbierane jako zmniejszenie dostępu do leczenia. Dlatego równocześnie z wprowadzaniem współpłacenia należy zadbać o odpowiednie osłony dla najuboższych. Biedni oczywiście nie powinni być leczeni gorzej. To nie byłoby etyczne.

A.A.: *Jaki jest więc warunek wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych?*

K.R.: Jeżeli chcemy mówić o ubezpieczeniach dodatkowych, to musimy mieć świadomość, że najpierw należałoby podjąć decyzję o ewentualnym współpłaceniu i o zakresie gwarancji; jeżeli tych decyzji nie będzie, to mówienie o dodatkowych ubezpieczeniach jest po prostu mydleniem oczu.

A.A.: *Prawa pacjenta w systemie ochrony zdrowia to temat naszej czerwcowej konferencji, której Pan Prezes jest gościem. Czy pacjenci mogą czuć się bezpiecznie w obecnym systemie.*

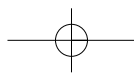
K.R.: Myślę, że podczas konferencji, ale także w swoich działaniach, Rzecznik Ubezpieczonych mógłby rozważyć problem, jaki istnieje w systemie ochrony zdrowia. Mam na myśli odpowiedzialność za szkody zdrowotne ponoszone w związku z procesem diagnozowania i leczenia. Dzisiaj w Polsce w ramach ogólnego rozwoju społecznego ludzie mają coraz większą świadomość konsumencką. Dotyczy to oczywiście także ochrony zdrowia. Lekarze i inni pracownicy medyczni mogą być pociągani do odpowiedzialności na wiele sposobów. Poszkodowany pacjent może zgłosić się do dyrektora placówki medycznej, który po rozpatrzeniu sprawy może ukarać lekarza karą dyscyplinarną. Każdy pacjent może zgłosić się do izby lekarskiej, która także

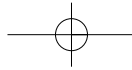
może ukarać lekarza, nawet pozbawiając go prawa wykonywania zawodu. Może też udać się do sądu powszechnego i żądać odszkodowania. Jak wiemy, takie sprawy zdarzają się już u nas. Niebezpieczne jest jednak to, że oscylujemy w stronę praktyk amerykańskich. W USA funkcjonują wyspecjalizowani prawnicy, często z wykształceniem medycznym, którzy zajmują się wyszukiwaniem ewentualnych uchybień w procesie leczenia, a skutkuje to ogromną liczbą spraw przeciwko szpitalom i lekarzom. Wszyscy ci świadczeniodawcy muszą ubezpieczyć się od odpowiedzialności cywilnej, a że spraw jest bardzo dużo, składki na OC rosną. Prowadzi to do tego, że składki zjadają coraz większą część honorariów lekarzy. W efekcie poszkodowani uzyskują rekompensaty, ale koszty ochrony zdrowia ponoszone przez obywateli także rosną. To jeszcze nas na razie nie dotyczy, ale niestety idziemy w złym kierunku.

A.A.: *W takim razie jaka jest alternatywa?*

K.R.: Jeżeli mówimy o nieprzestrzeganiu praw pacjenta, to są one głównie na linii pacjent – system i sprowadzają się do niewydolności systemu. W tym tkwi przyczyna, a nie w złej pracy pracowników medycznych. Od dawna jestem za tzw. rozwiązaniem skandynawskim. Chodzi o metodę odpowiedzialności cywilnej placówek opieki zdrowotnej, która oparta jest na procedurze pozasądowej, bez konieczności udowodnienia winy w przypadku uszczerbku na zdrowiu pacjenta związanym z diagnozowaniem czy leczeniem. Unika się kosztów prawnych, nie czeka się latami na sprawy sądowe. Jest to podobne do działania pionu orzecznictwa inwalidzkiego w ZUS. Procedura polega na ustaleniu przez komisje lekarskie uszczerbku na zdrowiu i jego związku z procesem leczenia. Taki system obciążony jest niewielkimi kosztami, w Szwecji koszty te wynoszą kilka euro rocznie na jednego obywatela. Uważam, że takie rozwiązania powinniśmy promować i u nas.

Dziękuję za rozmowę. ■





Nowela do kodeksu cywilnego

Problemy w stosowaniu i rozumieniu przepisów o umowie ubezpieczenia

W dniu 13 kwietnia minął rok od uchwalenia przez Sejm noweli do kodeksu cywilnego, która w części poświęconej umowie ubezpieczenia stanowi jedną z podstawowych regulacji prawnych dla branży ubezpieczeniowej. Równocześnie minęło prawie osiem miesięcy odkąd nowe przepisy wdrażane są w praktyce. Poczynione w tym czasie analizy i obserwacje naukowców i praktyków unaocznily wiele problemów zarówno w stosowaniu, jak i rozumieniu szeregu regulacji zawartych w nowych przepisach.

Dostrzegając wskazywane problemy Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, we współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych, zorganizowała w warszawskiej siedzibie NOT konferencję pt. „Nowela do kodeksu cywilnego – problemy w stosowaniu i rozumieniu przepisów o umowie ubezpieczenia – zagadnienia do dyskusji”. Partnerem merytorycznym konferencji był PZU Życie S.A., a patronatem medialnym imprezę objęła „Gazeta Ubezpieczeniowa”.

Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem środowiska ubezpieczeniowego. Wzięło w niej udział ponad 300 osób, a sala wypełniona była do ostatniego miejsca. Licznie przybyłych gości w ciepłych słowach powitała Halina Olendzka, Rzecznik Ubezpieczonych. Wśród uczestników znaleźli się przedstawiciele Sejmu RP, Kancelarii Prezydenta RP, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Komisji Nadzoru Finansowego, Federacji i Stowarzyszeń Konsumentów, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zakładów ubezpieczeń z całego kraju oraz zrzeszającej je Polskiej Izby Ubezpieczeń, pozostałych instytucji ubezpieczeniowych, reprezentanci świata nauki z różnych ośrodków akademickich, pośrednicy ubezpieczeniowi, dziennikarze branżowi, a także przedstawiciele kancelarii prawni-

czych specjalizujący się w problematyce ubezpieczeniowej.

W związku z pierwszą rocznicą nowelizacji kodeksu cywilnego w odniesieniu do umowy ubezpieczenia spotykamy się, aby porozmawiać o zmianach i ocenić zarówno walory tej noweli, jak i problemy wiążące się ze stosowaniem nowych przepisów – powiedziała H. Olendzka. Oceny tej dokonają zarówno wybitni przedstawiciele nauki prawa ubezpieczeniowego, jak i powszechnie uznani praktycy. Zamysłem organizatorów konferencji było stworzenie szerokiej płaszczyzny dialogu i dyskusji na temat nowelizacji z różnych punktów widzenia, dodała Pani Rzecznik. Dlatego w gronie prele-

nego, wyspecjalizowani w problematyce ubezpieczeniowej.

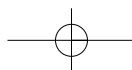
Ze swej strony gości powitał mec. Aleksander Daszewski, prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej. – W związku z pierwszymi urodzinami nowelizacji w zakresie umowy ubezpieczenia w kodeksie cywilnym chcemy dzisiaj postawić „medyczną diagnozę rocznemu dziecku o imieniu nowelizacja”, której w pierwszej kolejności dokona konsylium naukowe, na czele z prof. dr. hab. Eugeniuszem Kowalewskim, później „lekarze pierwszego kontaktu”, czyli praktycy z zakładów ubezpieczeń oraz niezależni, obiektywni obserwatorzy rynku ubezpieczeniowego – powiedział. Nadmieniał, że z punktu widzenia

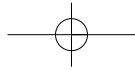


Od lewej: prof. dr. hab. Eugeniusz Kowalewski, Uniwersytet M. Kopernika w Toruniu, Halina Olendzka, Rzecznik Ubezpieczonych, mec. Aleksander Daszewski, Prezes Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej.

gentów znaleźli się m. in. przedstawiciele polskiej nauki prawa cywil-

Rzecznika Ubezpieczonych nowelizacja kodeksu była potrzebna i zasadni-





AKTUALNOŚCI

poszkodowanym odszkodowania o przysługujący mi podatek VAT będący składowym pełnym odszkodowania.

■ 21–23.04.2008 r. na XV Forum Gospodarcze w Toruniu został przesłany referat autorstwa Joanny Owczarek, eksperta w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, pt. „Funkcjonowanie kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego w świetle doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych”.

■ 22.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego w sprawie problemu pojawiającego się w praktyce zakładów ubezpieczeń a dotyczącego terminu wypowiedzenia ubezpieczenia OC komunikacyjnego.

■ 24.04.2008 r. przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych Małgorzata Więcko wygłosiła referat na zorganizowanej przez Akademię Call Center konferencji pt. „Direct – marketingowy trend czy istota przewagi konkurencyjnej w sektorze finansów i ubezpieczeń”.

■ 25.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył wniosek do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie spornej kwestii zaliczania przez zakłady ubezpieczeń na poczet kosztów pogrzebu zasiłku pogrzebowego wypłacanego przez ZUS.

■ 29.04.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych wziął udział w spotkaniu zorganizowanym przez Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z szefami organizacji ubezpieczeniowych.

■ 8–9.05.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych wziął udział

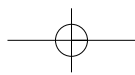
czy oceniamy ją pozytywnie czemu szerzej daliśmy w ostatnich „Rozprawach Ubezpieczeniowych”, zeszycie naukowym wydawanym przez Rzecznika Ubezpieczonych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej, dostępnym również na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl.

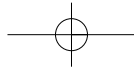
Pierwszy panel dyskusyjny rozpoczął prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W swoim referacie wskazał na wielość reżimów prawnych, istotnych dla praktyków, dotyczących umowy ubezpieczenia. Profesor przewrotnie nazwał je swego rodzaju chaosem legislacyjnym. Tymczasem, jak zauważył prof. Kowalewski, umowa ubezpieczenia jest najbardziej masowa, o czym niech świadczy fakt, że rocznie zawieranych jest około 200 mln takich umów. Dlatego tak dużą wagę przykładano do legislacyjnego uporządkowania wielu problemów dotyczących umów ubezpieczenia i dostosowania polskiego prawa do standardów europejskich. To zadanie zostało wykonane.

Ale myliłby się ten, kto uważałby, że po ostatniej nowelizacji k.c. mamy już piękną, europejską umowę ubezpieczenia. Skoro zakończyliśmy ostatni etap reformy polskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych warto zastanowić się, gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy”. Jak obecnie przedstawia się sytuacja, czy jest dobrze czy nie i czy teraz nie powinniśmy zabrać się do porządkowania systemu? Obecnie można zauważyć przynajmniej osiem równoległych reżimów umowy ubezpieczenia: różna regulacja, różne przepisy, które często są ze sobą sprzeczne. Pierwszy dualizm reżimów dotyczy umowy ubezpieczenia morskiego i lądowego. Występuje tu niejasność kryteriów ubezpieczenia oraz wzajemnego stosunku przepisów k.c. i k.m. Kontrowersyjny jest np. art. 292 § 2 k.m. (rozciągnięcie ubezpieczenia morskiego na przewóz lądowy, śródlądowy i powietrzny) kolejno w umowie ubezpieczenia obowiązkowego

niejasny w świetle noweli jest art. 22 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Daje się również odczuć szczupłość regulacji k.c. odnośnie ubezpieczenia na życie (art. 829–834 k.c.). Wiele kwestii dotyczących umów na życie w ogóle nie zostało uregulowanych. Niejasny jest również charakter powinności zakładu ubezpieczeń w art. 13 i 14 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Problem rodzą zmiany w o.w.u. na życie. Można także zauważyć dwa wyraźne reżimy dla umowy konsumenckiej w ubezpieczeniach i umowy bez udziału konsumenta. Prof. E. Kowalewski zwrócił również uwagę, że w znowelizowanym k.c. całkowicie brakuje regulacji dotyczących ubezpieczeń wzajemnych, a także wskazał na problemy dotyczące umów ubezpieczenia w obrocie krajowym i zagranicznym.

Z kolei dr Małgorzata Serwach z Uniwersytetu Łódzkiego przedstawiła zagadnienia dotyczące swobody woli stron w procesie ubezpieczenia w świetle noweli do k.c., na podstawie wybranych przepisów. Podzieliła się z zebranymi swoimi spostrzeżeniami i wątpliwościami odnośnie znowelizowanych przepisów k.c. do umowy ubezpieczenia. Zwróciła m.in. uwagę na art. 812 § 5 k.c., który pozwala ubezpieczycielowi na wskazanie ważnych powodów pozwalających mu na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas oznaczony przed terminem, na jaki została ona zawarta. Odniosła się również do art. 814 § 3 k.c., który wskazuje, kiedy ubezpieczyciel może stwierdzić, że ustała jego odpowiedzialność z powodu nieopłacenia przez klienta kolejnej raty składki i kiedy ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zawartą na czas oznaczony. Jakie pytania rodzą się w związku z art. 812 § 5 k.c. i wykorzystaną swobodą wynikającą z o.w.u.? Pierwsza uwaga, która się nasuwa jest taka, że prawo do wypowiedzenia umowy przed upływem terminu na jaki została zawarta, tak naprawdę zostało przyznane tylko jednej stronie – ubezpieczycielowi. Pozostaje to w sprzeczności





z zamierzeniem ustawodawcy, żeby prawo wypowiedzenia umowy było przyznawane obu stronom. Bacząc na możliwości, jakie daje art. 812 § 5 k.c., w opinii dr M. Serwach nasuwa się kilka wniosków. Jeden z nich jest taki, że umowa ubezpieczenia powinna mieć charakter trwały, a jeżeli zawarta jest na czas oznaczony powinna być rozwiązywana wcześniej tylko w sytuacjach szczególnych i wyjątkowych. Z punktu widzenia uczestników rynku ubezpieczeniowego byłoby dobrze, aby powody które pozwalają na wypowiedzenie umowy przed terminem, przewidział ustawodawca w stosownych przepisach. Tego rodzaju rozwiązanie przewidziane jest w ubezpieczeniach osobowych i być może słuszne byłoby, aby odnosiło się ono również do ubezpieczeń majątkowych? Zdaniem prelegentki dobrze, że został wprowadzony przepis (art. 814 § 3 k.c.) dotyczący wcześniejszego ustania ochrony ubezpieczeniowej z powodu nieopłacenia w terminie kolejnej raty składki. Stanowi on pewne ograniczenie dla ubezpieczycieli, którzy niejednokrotnie twierdzili, że ochrona ustała w momencie nieopłacenia składki, nie informując o tym ubezpieczającego. Ale powstaje pytanie czy 7 dniowy termin na opłacenie zagłej składki nie jest zbyt krótki.

Pojęcie ochrony ubezpieczeniowej w świetle art. 813 k.c., dotyczącego zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, którego stosowanie nadal wywołuje wiele kontrowersji, omówił dr Marcin Krajewski z Uniwersytetu Warszawskiego. Jego zdaniem stosowanie tego przepisu komplikuje fakt, że istnieją różne pojęcia terminologiczne dotyczące ochrony ubezpieczeniowej. A tak naprawdę ochrona to ponoszenie ryzyka, to pozostawanie w stanie narażenia na niebezpieczeństwo, niezależnie od tego czy ubezpieczyciel podejmuje jakiegokolwiek działania mające na celu przygotowanie przyszłego świadczenia, czy nie. Jakie są obowiązki ubezpieczyciela co do zwrotu składki? Jeżeli ochrona została w pełni wykorzystana, nie ma obowiązku zwrotu skład-

ki. Ale w przypadku gdy ryzyko zostało zrealizowane częściowo, należy się klientowi zwrot składki w odniesieniu do pozostałego okresu ubezpieczenia.

Po uchwaleniu noweli do k.c. i kilku miesiącach praktyki obecnie przynajmniej więcej wiemy, jak nowe przepisy działają – skonstatował na początku swego wystąpienia dr Marcin Orlicki z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Podzielił się jednocześnie spostrzeżeniami z pierwszego okresu wdrażania ich w życie. W jego opinii ubezpieczyciele znakomicie dali sobie z nimi radę, za co należą się im gratulacje. Zdaniem dr M. Orlickiego ogólne warunki ubezpieczenia, które zostały przyjęte po 10 sierpnia 2007 r., w porównaniu z obowiązującymi wcześniej, są zdecydowanie lepsze niż poprzednio. Uwagę zwraca poziom równowagi stron, poszanowania klienta i jego ochrony rozumianej jako rzeczywiste partnerstwo. Tak naprawdę rynek poradził sobie z nowymi przepisami znacznie lepiej niż niektórzy naukowcy.

Główne wystąpienie prelegenta skupiło się na „Polskiej nowelizacji przepisów o umowie ubezpieczenia, na tle regulacji zagranicznych (w Niemczech i Izraelu)”. Mówca zauważył, że standardy ochronne w Niemczech i Polsce są obecnie bardzo podobne, ale wskazał też na różnice w polskim i niemieckim prawie ubezpieczeniowym. Omówił także niektóre przepisy ustawy o ubezpieczeniach w Izraelu.

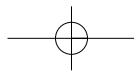
Zagadnienia dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego w zakresie OC w kontekście nowych zapisów k.c. i przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych omówiła dr Katarzyna Ludwichowska z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W wystąpieniu prelegentka przedstawiła spostrzeżenia, w jaki sposób nowelizacja k.c. rozwiązała (czy nie rozwiązała) problemy leżące na styku kodeksu cywilnego i przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Poruszyła przede wszystkim zagadnienia, które zasługują na szczegól-

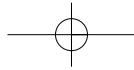
ną uwagę z praktycznego punktu widzenia. W pierwszej części wystąpienia dr K. Ludwichowska odniosła się do problemu nieadekwatności przepisów k.c. do umów obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego, w drugiej zaś do dublowania materii prawnej k.c. w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych i wynikających z tego problemów. Wiele miejsca poświęciła też zwrotowi składki za niewykorzystany okres obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego, szkodowości, jak też innym zagadnieniom związanym z tym obowiązkowym a tym samym masowym ubezpieczeniem.

Natomiast tematem wystąpienia dr Jakuba Pokrzywniaka z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu było „Zawarcie umowy ubezpieczenia przy udziale pośrednika w świetle nowych przepisów k.c.” Podzielił się on refleksjami na temat sytuacji gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest przy udziale przedstawiciela, w szczególności pośrednika ubezpieczeniowego. Przedstawicielem klienta coraz częściej jest broker ubezpieczeniowy, czemu mówca poświęcił wiele uwagi w kontekście znowelizowanych przepisów k.c.

Ważki temat, bo dotyczący najnowszych regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia w znowelizowanym kodeksie cywilnym, poruszył w wystąpieniu mgr Michał Ziemiak z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Przedstawił problemy, które pojawiają się obecnie w trakcie doręczania o.w.u. ubezpieczonym (osobom fizycznym i firmom) oraz podczas zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia w czasie trwania umowy. Zasugerował również własne propozycje dotyczące nowelizacji przepisów w o.w.u. i rozwiązań legislacyjnych. Zgłosił dwie propozycje pod kątem ewentualnych zmian. Pierwsza to określenie w k.c. katalogu okoliczności, w których ubezpieczyciel mógłby zmienić o.w.u. Propozycja druga dotyczy m.in. uchylecia art. 830 § 4 k.c.

W drugiej części konferencji wypowiedzieli się praktycy, którzy na co dzień stosują nowelę do k.c., niejed-





AKTUALNOŚCI

w II Międzynarodowym Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych.

■ 13.05.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych uczestniczył w konferencji zorganizowanej przez ING pt. „Co z emeryturą. Rozwiązania dla polskiego systemu emerytalnego”.

■ 14.05.2008 r. Anna Arwaniti wzięła udział w sympozjum tematycznym „Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne na prywatnym rynku usług medycznych”.

■ 16.05.2008 r. przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych, Joanna Owczarek, wzięła udział w seminarium „Etyka w ubezpieczeniach” odbywającym się na Politechnice Rzeszowskiej.

■ 29.05–01.06.2008 r. z-ca dyr. Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Aleksander Daszewski wzięł udział w XI Kongresie Brokerów Ubezpieczeniowych w Mikołajkach.

■ 04.06.2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych przy współpracy Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej zorganizował konferencję pt. „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych”.

■ Rzecznik Ubezpieczonych objął Honorowym Patronatem konferencję podsumowującą projekt „Życie jest zbyt cenne nie zostawiaj go na drodze”. Projekt realizowany jest przez Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie” we współpracy ze Świętokrzyską Komendą Wojewódzką Policji, Urzędem Wojewódzkim oraz Wydziałem Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego.

Piotr Budzianowski
Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych

nokrotnie borykając się z przepisami i ich interpretacją. Jako pierwsza głos zabrała mec. Barbara Kęszycka z PZU Życie S.A. Mówiła przede wszystkim o problemach dotyczących umowy ubezpieczenia grupowego, która jest powszechnym źródłem uzyskiwania ochrony ubezpieczeniowej przez polskie społeczeństwo.

W ocenie praktyków funkcjonujących w ubezpieczeniach działu I, ubezpieczenia grupowe zostały całkowicie zbagatelizowane przez ustawodawcę – powiedziała B. Kęszycka. Stało się tak, mimo że umowa ubezpieczenia grupowego jest najbardziej powszechnym źródłem ochrony ubezpieczeniowej w Polsce, przeznaczonym dla masowego konsumenta, i to najmniej zarabiającego. Wskutek tego 10 sierpnia ubr. weszły w życie przepisy prawne, które pozostają w drastycznej „opozycji” w stosunku do instytucji umowy ubezpieczenia grupowego. W jej ocenie należy jak najszybciej zapobiec temu, by umowa ubezpieczenia grupowego w dotychczasowym modelu nie zniknęła z polskiego rynku ubezpieczeniowego. Jak zauważyła, ubezpieczenia grupowe są historycznie starsze niż indywidualne. Dość powiedzieć, że liczba osób aktualnie korzystających z tej formy ochrony wielokrotnie przewyższa liczbę osób ubezpieczonych indywidualnie. Z danych KNF za 2007 r. wynika, że na ponad 7,5 mln czynnych umów na życie około 6,5 mln stanowiły umowy ubezpieczenia zawarte grupowo, na podstawie których ubezpieczonych było ponad 25 mln osób. I w tej sytuacji ustawodawca, nowelą kwietniową, wprowadza dodatkowy przepis prawny – obowiązek uzyskania przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie zgody ubezpieczonych. A przecież nawiązują się i rozwiązują stosunki pracy, nauki więc trudno o stosowanie tych wymogów do ubezpieczenia grupowego. Toteż ogromną ulgę dla praktyków działu I przyniosło stanowisko przedstawicieli nauki, którzy uznali, że jest to rozwiązanie wadliwe. W ocenie ubezpieczycieli najistotniejsza jest jak najszybsza nowelizacja art. 829 § 2 k.c. poprzez

wykreślenie z tego przepisu słowa „uprzednio”.

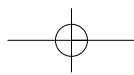
O zastrzeżeniach i wątpliwościach z punktu widzenia ubezpieczyciela odnośnie niektórych przepisów k.c. dotyczących ubezpieczeń majątkowych mówiła mec. Ewa Gryglewska, ekspert ds. ubezpieczeń majątkowych UNIQA TU S.A. W jej opinii ustawodawca wprowadził wiele przepisów nieklarownych i równocześnie zafundował ubezpieczycielom sankcje, np. za naruszenie interesów konsumentów. Jak pokazała praktyka, niektóre przepisy kodeksu wymagają obecnie uzupełnienia i doprecyzowania.

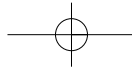
Temat swobody kształtowania treści o.w.u. i dopuszczalności wprowadzania do o.w.u. zapisów o odmiennym brzmieniu o charakterze doprecyzowującym treści przepisu omówił Jakub Nawracała, Dyrektor biura prawnego Grupy Concordia. Problem pojawia się tu w związku z brakiem precyzji przepisów bądź wątpliwościami związanymi z ich interpretacją.

Na temat problemów prawnych w stosowaniu i rozumieniu noweli do umowy ubezpieczenia w kodeksie cywilnym wypowiedzieli się również niezależni praktycy ubezpieczeniowi: Paweł Sukiennik z firmy doradczej PS Consult i Wojciech Kamiński z Krajowego Biura Obsługi Roszczeń Ubezpieczeniowych Sp. z o.o. P. Sukiennik omówił kwestie związane z prewencją powypadkową, natomiast W. Kamiński odniósł się do braku regulacji w nowelizacji k.c.

Konferencję podsumowała Krystyna Krawczyk, Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych. Zwróciła uwagę, że podczas całodziennego spotkania przekazano zebranych ogromną wiedzę z różnych stron rynku ubezpieczeniowego, wskazano na mnóstwo wątpliwości interpretacyjnych. Okazało się, że problemów jest bardzo dużo i zachodzi potrzeba zastanowienia się nad zmianami odnośnie niektórych przepisów k.c., które są niejasne, sprzeczne czy niekorzystne dla prawidłowego funkcjonowania i rozwoju rynku.

red. **Janina Barańska**





Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

W I kwartale 2008 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 1943 pisemnych skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, tj. o 6,6% więcej niż w I kwartale poprzedniego roku.

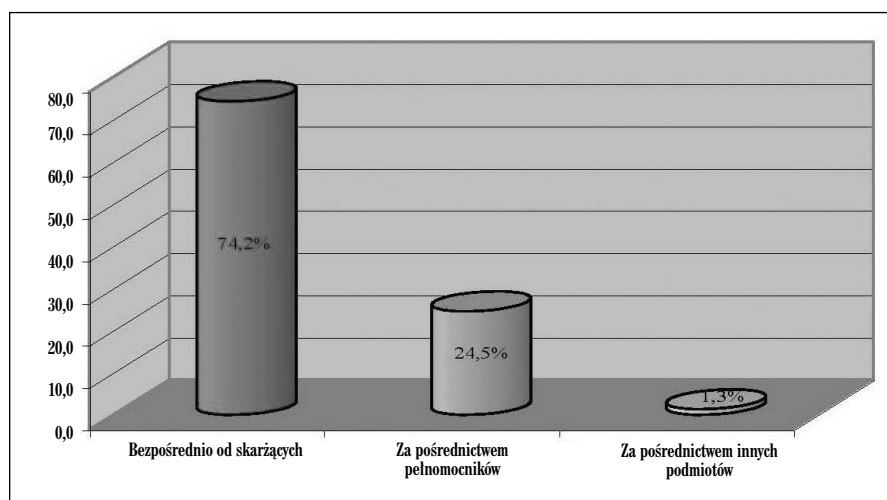
Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych napływały zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia (1442 sprawy tj. 74,2%), jak też za pośrednictwem innych podmiotów (501 spraw – 25,8%) (wykres nr 1). Nadal rośnie zainteresowanie korzystaniem 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 476 spraw, co stanowiło 24,5 % ogółu wystąpień.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 1285 skarg (66,1%). Wśród nich najwięcej skarg odnotowano na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – 866 skarg (44,5%), oraz ubezpieczenie auto-casco – 203 skargi (10,5%). Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych (188 skarg tj. 9,7 %). 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 taryf składek. Ponadto część skarg doty-

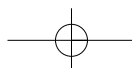
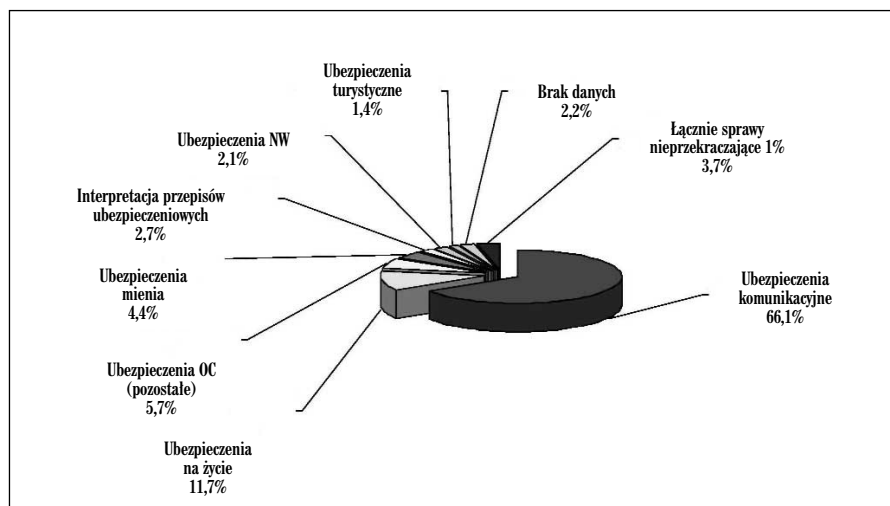
czyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy

obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (5 skarg – 0,2%) oraz odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych (9 skarg – 0,5%), zgłaszanych do Funduszu. Pozostałe wystąpienia skarżących dotyczyły ubezpieczenia Zielonej Karty – 2 skargi (0,1%), ubezpieczenia na-

Wykres nr 1. Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.



Wykres nr 2. Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.



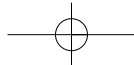


Tabela nr 1. Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

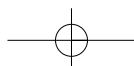
Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
Ubezpieczenia komunikacyjne:	1285	66,1
- OC	866	44,5
- AC	203	10,5
- Zielona Karta	2	0,1
- Assistance	4	0,2
- Składki: sposób naliczania, wymiar, zwrot, tzw. podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	188	9,7
- NNW kierowcy i pasażerów	8	0,4
- UFG (kary i regres)	5	0,2
- UFG (dot. likwidacji szkód)	9	0,5
Ubezpieczenia na życie:	227	11,7
Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	24	1,2
Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.	203	10,5
- Ubezpieczenia na życie	87	4,5
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	2	0,1
- Ubezpieczenia na życie z ub. funduszem kapitałowym	10	0,5
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	104	5,4
Ubezpieczenia OC (pozostałe)	110	5,7
Ubezpieczenia mienia	86	4,4
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	52	2,7
Ubezpieczenia turystyczne:	27	1,4
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	17	0,9
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	3	0,2
- Ubezpieczenia bagażu	5	0,2
- Ubezpieczenia kosztów leczenia dla cudzoziemców	2	0,1
Ubezpieczenia NNW	24	1,2
Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	17	0,9
Regresy	15	0,8
Składki (pozostałe): sposób naliczania, wymiar, zwrot	11	0,6
Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	11	0,6
OC rolników	11	0,6
Ubezpieczenia finansowe:	7	0,4
- Gwarancje ubezpieczeniowe	1	0,0
- Ubezpieczenie kredytu	6	0,4
Ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	5	0,2
Ubezpieczenia upraw	4	0,2
Ubezpieczenia maszyn budowlanych	2	0,1
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie rolnym	1	0,0
Upadłość zakładów ubezpieczeń	1	0,0
Casco statków powietrznych i morskich	1	0,0
Ubezpieczenia zdrowotne:	1	0,0
- Ubezpieczenie operacji	1	0,0
Brak danych umożliwiających podjęcie interwencji w sprawie	42	2,2
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	3	0,2
Ogółem	1943	100 ,0

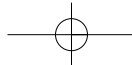
stępstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 8 skarg (0,4%) oraz ubezpieczeń assistance – 4 skargi (0,2%) (tabela nr 1, wykres nr 2).

Drugie miejsce z uwagi na liczbę, zajmowały skargi dotyczące ubezpie-

czeń na życie – łącznie 227 skarg, co stanowiło 11,7% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które w tym okresie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych. W ramach tych skarg wyróżniamy umo-

wy 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





Wykres nr 3. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

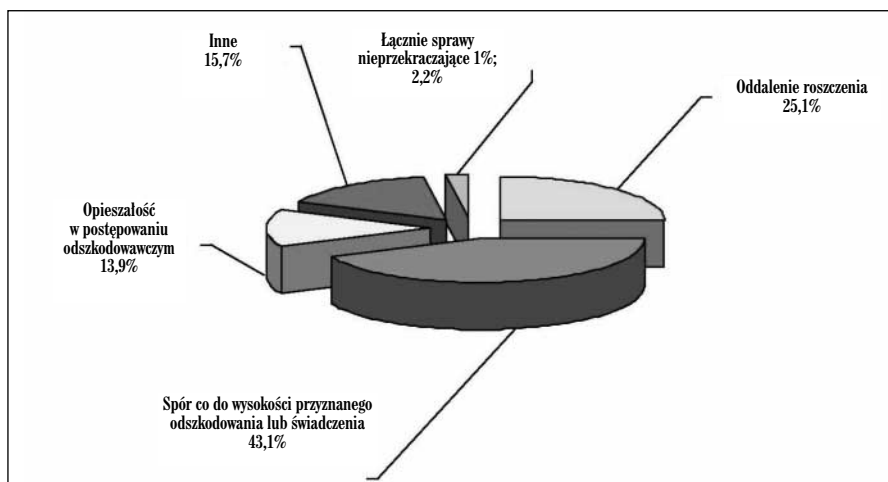
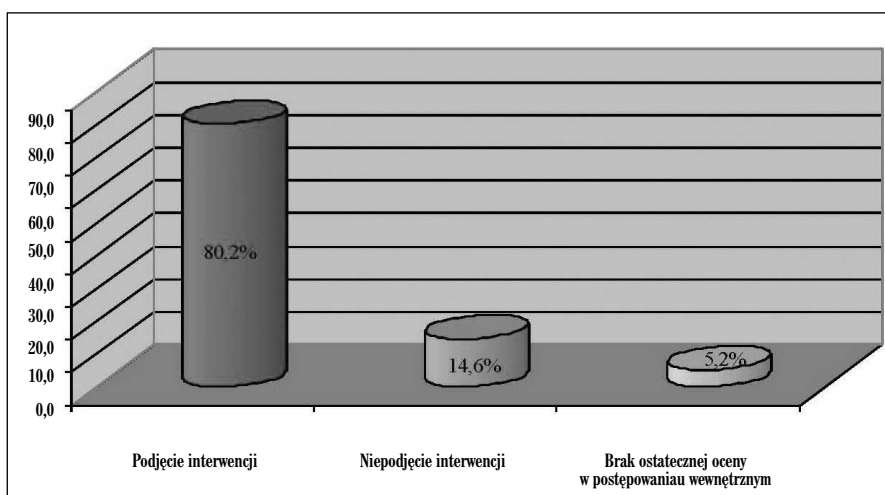


Tabela nr 2. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Oddalenie roszczenia	488	25,1
2.	Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia	838	43,1
3.	Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym	271	13,9
4.	Zaniżona wartość wykupu polisy (dot. ub. na życie)	9	0,5
5.	Odmowa wykupu wartości polisy (dot. ub. na życie)	7	0,4
6.	Opieszałość w wykupie polisy (dot. ub. na życie)	3	0,2
7.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy	3	0,2
8.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia	2	0,1
9.	Inne, w tym; wysokość składek, poprawność ich naliczania, zwrot składek; interpretacja przepisów ubezpieczeniowych; kara za brak OC kom.; regresy	306	15,7
10.	Brak wyraźnej przyczyny skargi	13	0,6
11.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	3	0,2
12.	Ogółem	1943	100,0

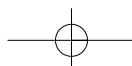
Wykres nr 4. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

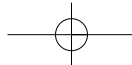


niską kwotą ustalonego świadczenia z tytułu ubezpieczenia dzieci (tzw. ubezpieczenie posagowe) lub ubezpieczenie renty odroczonej. W tej grupie w I kwartale 2008 roku odnotowano 24 sprawy tj. 1,2%. Drugi rodzaj umów wchodzących w zakres skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 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 wykupu polisy, proponowanej osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy spory wynikające z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczających – łącznie takich skarg odnotowano 203 (10,5%).

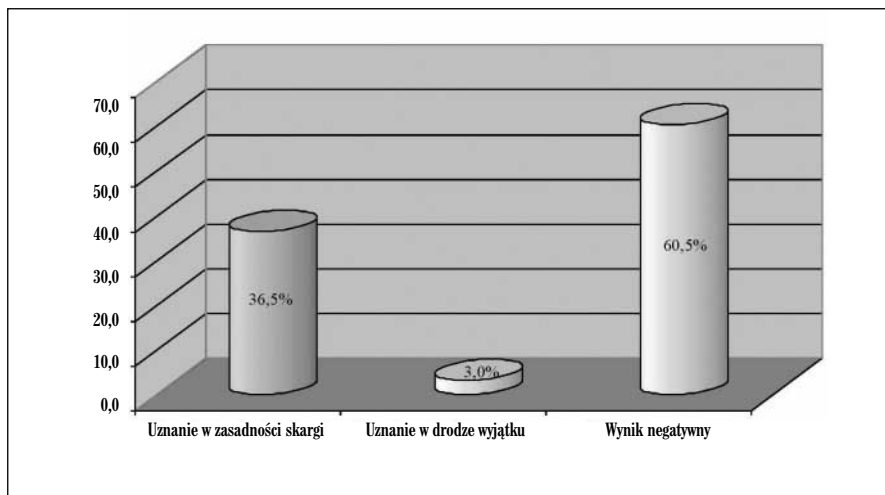
Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym jak również w związku z wykonywanym zawodem – 110 skarg (5,7%). W skargach tych podnoszone są najczęściej zarzuty dotyczące odmowy wypłaty odszkodowania motywowanej przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy oraz zbyt niską kwotą ustalonego odszkodowania wynikającą ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

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 – 86 skarg (4,4%). Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej: brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją zakresu ochrony wynikającej z zawartej umowy, wo-





Wykres nr 5. Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych zakończonych w I kwartale 2008 r.



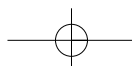
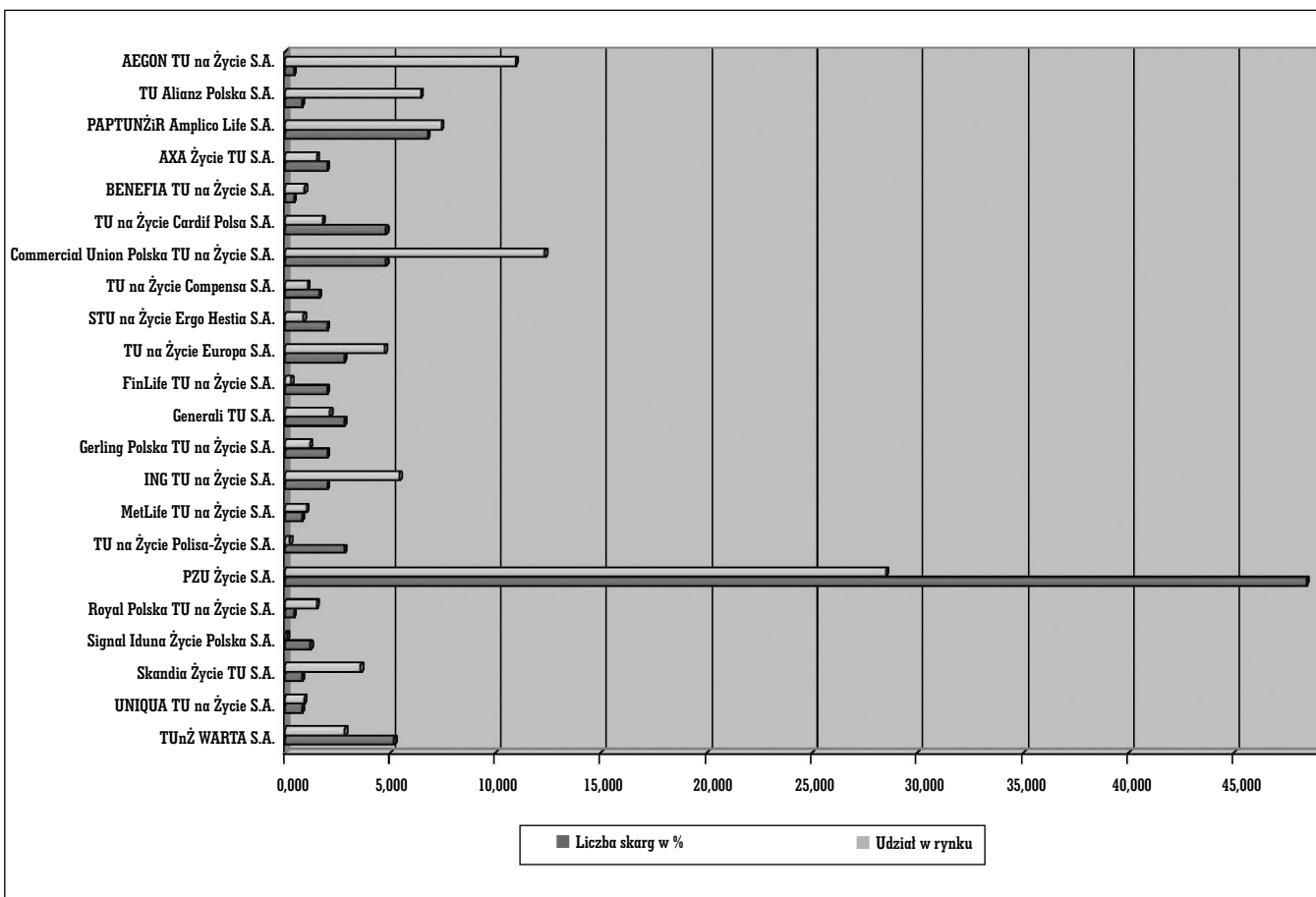
bec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia; niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w ogólnych warunkach umowy; nieopłacenie w terminie

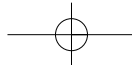
składki lub jej raty oraz niedopełnienie wymogów ustalonych dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

W I kwartale 2008 roku odnotowano 52 (2,7%) wystąpienia zawierające zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych.

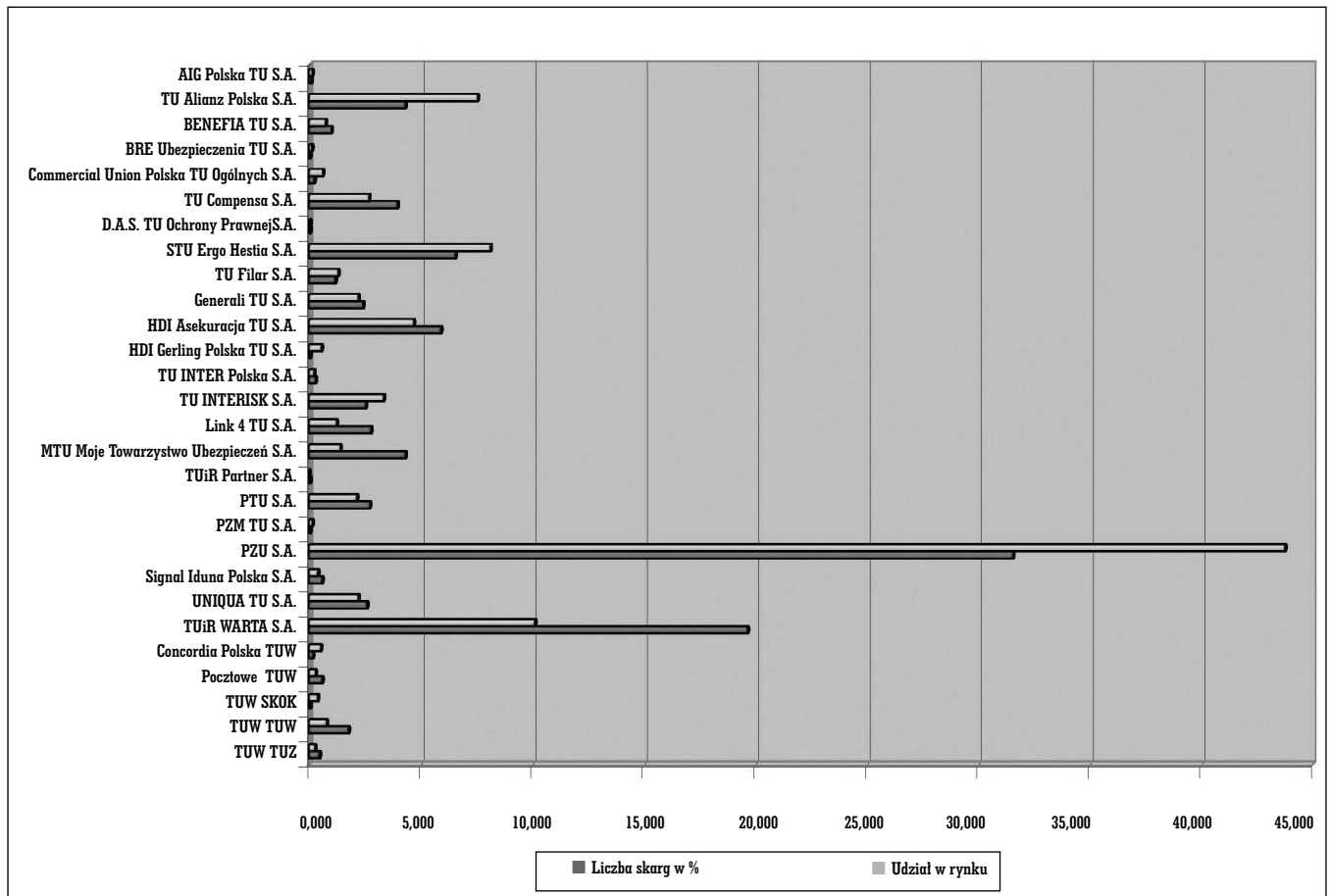
Następna grupa skarg dotyczyła ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 41 skarg (2,1%), w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej – 17 (0,9%). Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania odszkodowania 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.

Wykres nr 6. Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do ich udziału w rynku w I kwartale 2008 r.





Wykres nr 7. Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w porównaniu do ich udziału w rynku w I kwartale 2008 r.



Kolejną pozycją w zakresie liczebności skarg odnosiła się do ubezpieczeń turystycznych – 27 skarg (1,4%) tj.:

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

Przyczyną tych skarg były najczęściej:

- odmowa przyznania odszkodowania; motywowana przez z.u. brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy;
- spory o wysokość świadczenia;
- opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń.

Pozostałe grupy skarg nie przekraczały 1% ogółu spraw, które wpłynę-

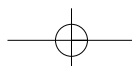
ły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym okresie sprawozdawczym.

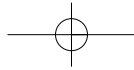
W okresie objętym sprawozdaniem, tak jak w latach poprzednich zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach problemów (tabela nr 2, wykres nr 3):

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 838 skarg (43,1%);
- oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 488 skarg (25,1%);
- opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym – 271 skarg (13,9%).

W większości spraw, tj. 1558 (80,2%) 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 podjęcie odmówił w 284 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 inter-





wencji 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 101 sprawach (5,2%) z uwagi na 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 I kwartale 2008 roku łącznie w odniesieniu do 261 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 39,5% wszystkich spraw zakończonych, w tym 20 spraw zostało uznane w drodze wyjątku (3,0%) (wykres nr 5).

399 spraw zostało zakończonych wynikiem negatywnym, co stanowiło

60,5% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych zakończył postępowanie interwencyjne.

906 spraw nadal pozostaje przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych, co stanowi 58,1% wszystkich spraw, w których podjęta została interwencja.

W I kwartale 2008 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 252 skargi odnoszące się do nieprawidłowości w dziale I.

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 240 wystąpień (wykres nr 6). W 6 przypadkach sprawa dotyczyła zagranicznego podmiotu oraz w 6 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 1688. Na działalność poszczególnych zakładów

ubezpieczeń działu II wpłynęło 1625 skarg (wykres nr 7). W odniesieniu do 25 spraw skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II będącego podmiotem skargi; 18 spraw dotyczyło Oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce; 14 spraw dotyczyło Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego; w 2 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń jako reprezentanta do spraw roszczeń na terenie Polski; 2 skargi odnotowano na działalność zagranicznego zakładu ubezpieczeń; 1 sprawa odnosiła się do funkcjonowania upadłego zakładu ubezpieczeń oraz 1 sprawa dotyczyła działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

W pozostałych 3 sprawach brak było właściwości Rzecznika Ubezpieczonych.

Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki otwartych funduszy emerytalnych

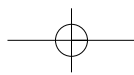
W I kwartale 2008r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło ogółem 36 pisemnych skarg dotyczących funkcjonowania systemu emerytalnego.

Najlichnieszka grupa skarg, podobnie jak w latach poprzednich, 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 21 skarg – 58,3% skarg ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego – wy-

kres nr 8). Część skarg dotyczyła jednak działalności ZUS niezwiązanej z funkcjonowaniem II i III filara emerytalnego – wówczas RU nie mógł podjąć interwencji i wskazywał skarżącym instytucję właściwą w danej sprawie (16 skarg). Skargi na funkcjonowanie ZUS z zakresu zabezpieczenia emerytalnego dotyczyły głównie problemu nieprzekazywania składek na rachunki ubezpieczonych w OFE.

Miejsce drugie pod względem liczby skarg, zajęły wystąpienia dotyczące dostrzeżonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu OFE (9 skarg – 25%). Pisemne wystąpienia uczestników systemu w zakresie otwartych funduszy emerytalnych dotyczyły przede wszystkim:

- nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych prowadzonych na rzecz OFE,
- problemów towarzyszących zmianie OFE i dokonywaniu wypłaty transferowej,
- możliwości anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu co do treści oświadczenia woli i na-



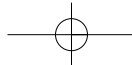


Tabela nr 3. Liczba skarg na poszczególne podmioty z zakresu zabezpieczenia emerytalnego kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

Lp.	Powszechne Towarzystwa Emerytalne	Liczba członków (stan na dzień 31.03.2008r.)	Liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	Podjęcie interwencji	
					Liczba	%
1.	AIG PTE S.A.	1 097 751	1	7,1	1	7,1
2.	Commercial Union PTE BPH CU WBK S.A.	2 778 760	1	7,1	-	-
3.	ING PTE S.A.	2 676 737	1	7,1	1	7,1
4.	PTE PZU S.A.	1 982 502	4	28,6	3	21,4
5.	Pocztylion-Arka PTE S.A.	445 934	1	7,1	1	7,1
6.	ZUS*	-	5	35,7	3	21,4
7.	Brak nazwy OFE (interpretacja przepisów dot. OFE)	-	1	7,1	-	-
8.	OGÓLEM	-	14	100,0	-	-

* skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego

bycia wcześniejszych uprawnień emerytalnych,

- otrzymania przez osoby uprawnione środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE,

- sfalszowania umów.

Analizując skargi w ujęciu podmiotowym, najwięcej wystąpień dotyczących działalności powszechnych towarzystw emerytalnych odnotowano na PTE PZU S.A. zarządzającego OFE PZU Złota Jesień. Kolejne miejsca ex aequo pod względem liczebności skarg zajęły, AIG PTE S.A., Commercial Union PTE BPH CU WBK S.A. a także ING PTE S.A. i Pocztylion-Arka PTE S.A. (tabela nr 3).

Skargi z zakresu zabezpieczenia emerytalnego kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w przedstawionym okresie sprawozdawczym w większości dotyczyły nieterminowego przekazywania składek przez ZUS na rachunki ubezpieczonych w OFE (5 skarg, 13,9%). Nadal więc istnieją problemy w funkcjonowaniu systemu informatycznego ZUS a co za tym idzie zaległości w przetwarzaniu dokumentów ubezpieczonych za poprzednie okresy. Zaległe składki są stopniowo przekazywane, w zależności od przebiegu procesu ponownego przetwarzania dokumentów. Ostateczne przekazanie wszystkich zaległych składek opłaconych przez płatników do końca 2002 r.

powinno nastąpić do końca 2008 r.

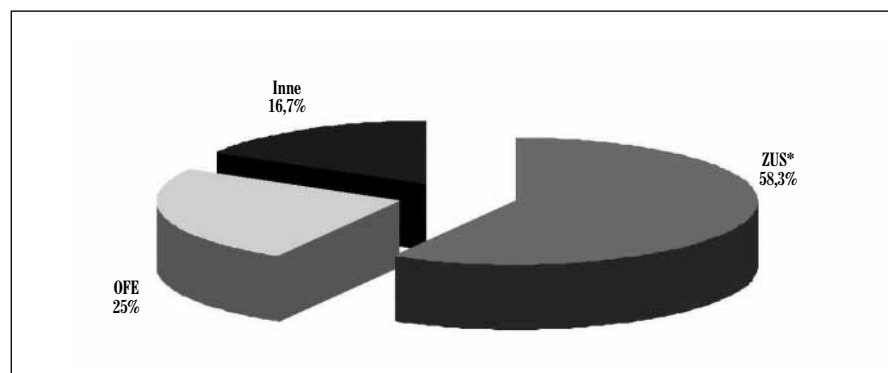
Kolejną pod względem liczebności grupę skarg stanowiły wystąpienia w sprawie nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych. Duża część problemów w tym zakresie dotyczyła sytuacji zawierania umów zbyt pochopnie, nie rzadko pod wpływem informacji zaprezentowanych przez przedstawiciela innego OFE bądź nieprawidłowości związanych z próbą zatrzymania klientów przed transferem (4 sprawy – 11,1%).

Następne skargi związane były ze zmianą funduszu i dokonaniem wy-

kwencji, dotychczasowy fundusz nie umieszczał ubezpieczonego na liście osób zmieniających OFE, ZUS nie mógł dokonać zmiany w Centralnym Rejestrze Członków OFE a wypłata transferowa nie mogła zostać dokonana.

Ubezpieczeni nadal borykali się z problemem niemożności przejścia na wcześniejszą emeryturę z powodu uczestnictwa w OFE. W konsekwencji, na kolejnym miejscu pod względem liczebności skarg znalazły się wystąpienia poruszające problem anulowania umowy członkostwa

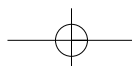
Wykres nr 8. Zestawienie podmiotów skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.

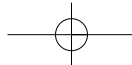


płaty transferowej (3 skargi – 8,3%). Część problemów w tym zakresie spowodowana była niedostarczeniem do dotychczasowego funduszu zawiadomienia o zawarciu umowy z innym OFE z wnioskiem o dokonanie wypłaty transferowej. W konse-

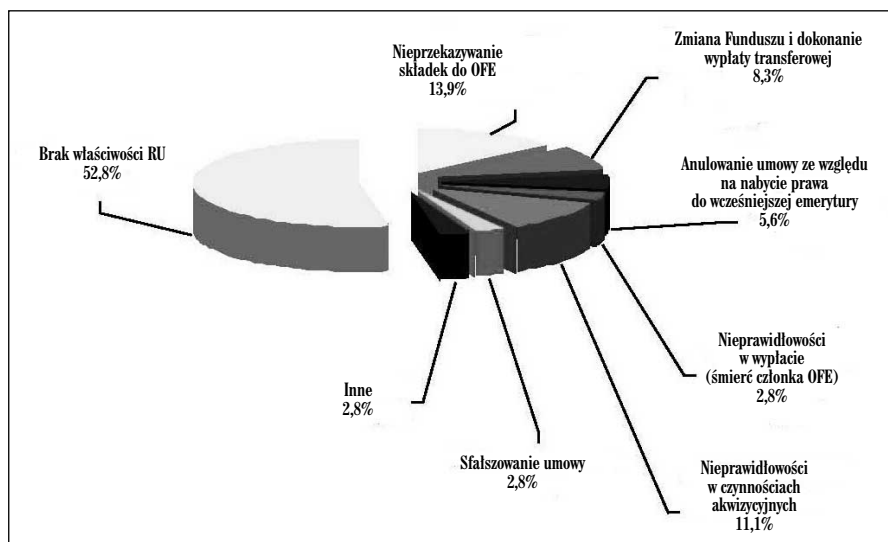
w OFE na skutek niewiedzy o utracie prawa do wcześniejszego świadczenia emerytalnego (2 skargi, 5,6 % skarg ogółem).

Pozostałe skargi dotyczyły wypłaty środków po śmierci członka OFE oraz problemu sfalszowania umowy.

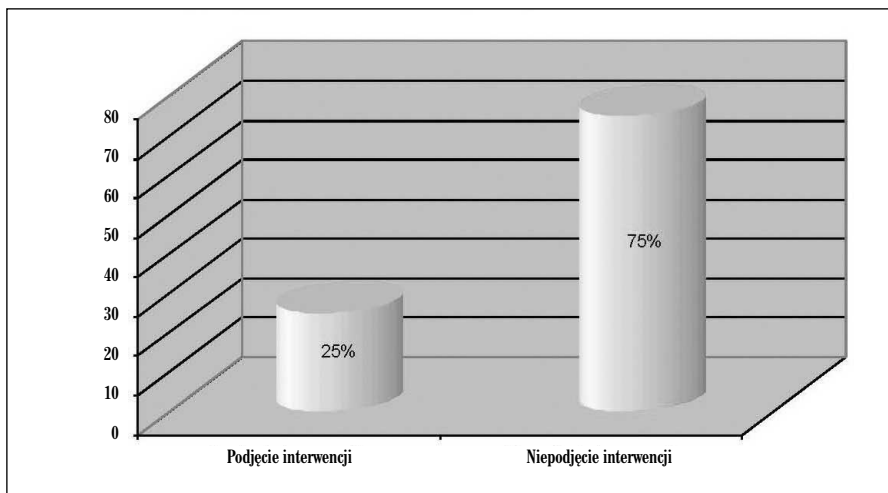




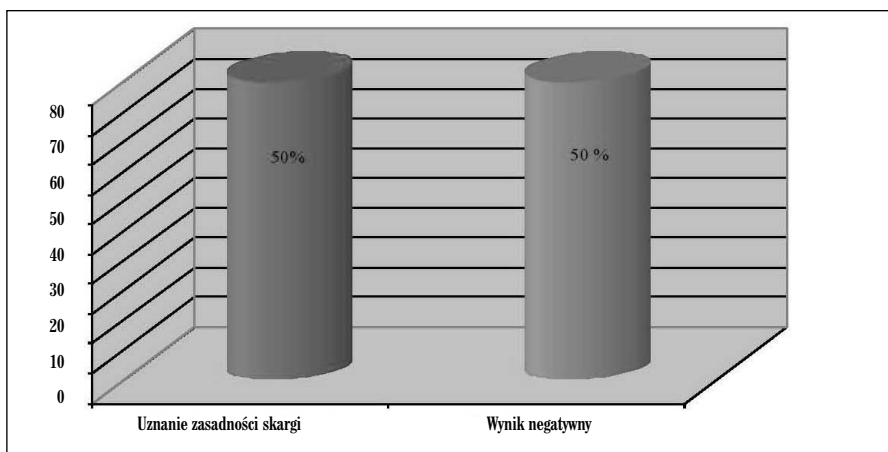
Wykres nr 9. Podmiot skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.



Wykres nr 10. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.



Wykres nr 11. Wynik interwencji w sprawach zakończonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 r.



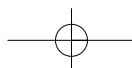
19 skarg skierowanych do RU (52,8%) nie mieściło się w zakresie jego kompetencji. Sprawy te były kierowane do właściwych adresatów, z powiadomieniem autorów wystąpień o przekazaniu ich spraw zgodnie z właściwością.

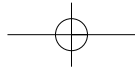
Po przeanalizowaniu 36 skarg, jakie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w I kwartale 2008 roku, podjęto czynności interwencyjne w 9 sprawach (25% – wykres nr 10). W 27 sprawach, co stanowiło 75% wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego, Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji. Niepodjęcie interwencji 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.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych podjętych w I kwartale 2008r. w przypadku zakończenia postępowania 50% spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla skarżących, a pozostałe 50% spraw uzyskało wynik negatywny (wykres nr 11). W pozostałych 3 sprawach Rzecznik Ubezpieczonych nadal prowadzi czynności interwencyjne.

Rzecznik uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- PTE uznawało zasadność interwencji i zmieniał 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 RU informował skarżących o przysługujących im prawach wystąpienia na drogę sądową. ■





Terminy wypłaty odszkodowania z umowy OC posiadacza pojazdu

Najczęściej zawieraną umową ubezpieczenia – nie tylko z resztą w Polsce – jest umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego nazywana potocznie OC komunikacyjnym.

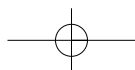
Według danych zebranych przez Główny Urząd Statystyczny na dzień 31 grudnia 2006 r. zarejestrowanych pojazdów samochodowych było w Polsce ponad 18 milionów. Osoba poszkodowana ruchem pojazdu lub jej bliscy, zgłaszają się wówczas z wnioskiem o odszkodowanie do zakładu ubezpieczeń, z którym związał się ww. umową posiadacz pojazdu. W zależności od rodzaju szkody (szkoda na mieniu; szkoda na osobie) i jej rozmiaru będzie przysługiwało poszkodowanej osobie lub uprawnionym odszkodowanie, które powinno w pełnym zakresie wyrównać wszystkie następstwa szkody. Pomijam celowo charakterystykę poszczególnych odszkodowań i świadczeń, koncentrując się na terminie, w jakim powinny zostać one spełnione przez ubezpieczyciela sprawcy szkody, w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej. Kwestia terminu wypłaty odszkodowania jest bowiem bardzo istotna dla osoby oczekującej na naprawienie skutków szkody. Jeśli w wyniku wypadku doszło do pomniejszenia jej dóbr, wówczas ma ona prawo oczekiwać na jak najszybszą naprawę takiego stanu rzeczy. Przede wszystkim chodzi o to, aby jak najkrócej trwał stan pokrzywdzenia osoby poszkodowanej ale również warto pamiętać, iż zwłoka w naprawieniu szkody często prowadzi do jej zwiększenia, co niejako powoduje kolejną szkodę. Analizując problemy będące przedmiotem skarg napływających do

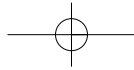
Rzecznika Ubezpieczonych wyodrębnić można znaczną ich grupę, która dotyczy wyłącznie przewlekłego postępowania odszkodowawczego zakładów ubezpieczeń i tak: w roku 2005 i 2006 było tych skarg po 12,4%, a w roku 2007 – 12,7% ogółu skarg. Skarżący wskazują na ich zdaniem nieuzasadnione, dłuższe niż wskazane prawem, postępowanie odszkodowawcze ubezpieczycieli.

Pomijając przyczyny faktyczne tego stanu rzeczy podawane przez zakłady ubezpieczeń, chciałabym wskazać i omówić regulacje prawne dotyczące tej kwestii tj. terminów na spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela na rzecz osób poszkodowanych w wypadkach, dochodzących należnych świadczeń z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu. Terminy te są określone w art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (obowiązującej od dnia 1 stycznia 2004 r.) w sposób następujący: Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego, zawiadomienia o szkodzie (ust.1), jednakże w kolejnym ustępie zapisano, że: W przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania oka-

zało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego W terminie o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń zawiadamia na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

Obowiązujące zaś w tym czasie (I.2004) zapisy art. 817 kodeksu cywilnego brzmiały następująco: Jeśli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (§ 1). Ponadto, przepis § 2 dodatkowo stwierdzał że: Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia zakład ubezpieczeń powinien spełnić w terminie przewidzianym § 1. Kodeks cywilny był zatem bardziej liberalny wobec zakładów ubezpieczeń, bowiem nie określał granicy na spełnienie świadczenia, w odróżnieniu od 90 dni wskaza-





nych w ww. ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Istotne zmiany dla omawianego zagadnienia przyniosła jednakże nowelizacja kodeksu cywilnego, która zaczęła obowiązywać wobec umów zawartych począwszy od dnia 10 sierpnia 2007 r. Doszło bowiem do zasadniczej zmiany zapisu § 1 w art. 817 k.c. i nadania mu w odróżnieniu od poprzedniego statusu prawnego, charakteru bezwzględności. Aktualnie ten przepis brzmi: Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku. Nadto prokonsumenckiemu rozszerzeniu uległ art. 817 k.c. o zapis § 3 który brzmi: Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w paragrafach poprzedzających.

Różnice wobec dotychczasowego brzmienia art. 817 k.c. dotyczą zatem niemożności umownego wydłużenia terminu na wypłatę świadczenia ponad 30 dni, nadto zaś przewidują możliwość jego skrócenia.

Jaka jest zatem aktualna pozycja osoby dochodzącej odszkodowania z tytułu umowy odpowiedzialności

cywilnej posiadacza pojazdu (sprawcy szkody) w porównaniu do sytuacji gdyby podstawą roszczeń odszkodowawczych byłaby dobrowolna umowa OC np. zarządcy drogi; osoby prowadzącej parking strzeżony; w życiu prywatnym itd. Odpowiedź jest prosta, a zarazem zaskakująca – na dłuższy termin likwidacji szkody tj. otrzymania odszkodowania narażona jest osoba oczekująca na świadczenie odszkodowawcze z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Niestety, obserwowana przez Rzecznika Ubezpieczonych praktyka znacznej większości zakładów ubezpieczeń, które zajmują się obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów – prowadzi do twierdzenia, że traktują one zapis o nieprzekraczalnym 90 dniowym terminie na spełnienie należnych świadczeń, jako powszechnie stosowany termin na spełnianie zgłaszanych roszczeń. Niestety, dla większości poszkodowanych trudne jest w praktyce dowiedzenie zakładowi ubezpieczeń, iż ten nie dochował wymaganej w przepisach należytej staranności w prowadzeniu postępowania odszkodowawczego i dlatego postępowanie nie zostało zakończone

w terminie 30 dniowym. Dzieje się tak pomimo prawa do wglądu tych osób w akta odszkodowawcze, bowiem poszkodowani często nie potrafią krytycznie odnieść się do wyjaśnień zakładu, gdy ten bezpodstawnie argumentuje iż np. nie może skontaktować się ze sprawcą szkody, albo że poszkodowany nie dostarczył określonego dowodu, lub też że oczekuje na rozstrzygnięcie sądu – w sytuacji gdy zgromadzone przez ubezpieczyciela dokumenty są wystarczające do zamknięcia postępowania i wypłacenia należnego odszkodowania i świadczenia. Dopiero postępowanie przed sądem najczęściej skutkuje ustaleniem zwłoki po stronie ubezpieczyciela i orzeczeniem o należnych do odszkodowania również odsetkach za zwłokę.

Słusznym wobec powyższego wydaje się twierdzenie, że z korzyścią dla poszkodowanych w wypadkach drogowych byłoby zrównanie ich praw w zakresie terminów spełniania świadczeń odszkodowawczych z terminami, o których mowa w aktualnie obowiązującym art. 817 k.c. ■

Krystyna Krawczyk
dyrektor Biura Rzecznika
Ubezpieczonych

VII edycja Konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, podyplomowe i licencjackie z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych

Konkurs na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, podyplomowe i licencjackie z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych organizowany przez Rzecznika Ubezpieczonych, Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Gazetę Ubezpieczeniową, na stałe wpisal się w kalendarz prac Rzecznika

Ubezpieczonych i Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej. W listopadzie 2007 rozpoczęła się jego VII edycja.

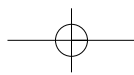
Głównym celem konkursu jest propagowanie wiedzy z zakresu ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia społecznego, zwłaszcza wśród studentów studiów wyższych i doktorantów.

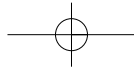
Prace konkursowe były przyjmowane do 15 lutego 2008r. Konkurs swoim zakresem objął kategorie prac doktorskich, magisterskich i licencjackich.

Na tegoroczny konkurs wpłynęło 11 prac doktorskich, 27 prac magisterskich oraz 8 prac licencjackich. Aktualnie trwają prace jury.

2 czerwca br. odbędzie się posiedzenie jury na którym wyłonieni zostaną laureaci. Uroczystość wręczenia nagród zaplanowano w dniu 20 czerwca br. Na uroczystość zapraszani są laureaci, promotorzy, sponsorzy i darczyńcy oraz członkowie jury. ■

Iwona Szymańska
sekretarz jury





Wybór części zamiennych do naprawy pojazdu z obowiązkowego ubezpieczenia OC pojazdów

Od dłuższego czasu, na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych trwa dyskusja na temat zakresu obowiązku naprawienia szkody w przypadku uszkodzenia pojazdu.

Dyskusję tę podsycają przede wszystkim zakłady ubezpieczeń, które przy wyliczaniu odszkodowań należnych z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, stosują ceny nieoryginalnych części zamiennych wskazując, iż zamontowanie części nowych i oryginalnych powoduje wzbogacenie poszkodowanego i jest niezgodne z prawem.

Nasilenie problemu, jak również kolejne próby przekonywania środowiska ubezpieczeniowego co do słuszności takich rozliczeń, miały miejsce w szczególności w momencie zmian przepisów regulujących monopol produkcji części zamiennych. Po raz pierwszy gorąca dyskusja rozgorzała w momencie wejścia w życie rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 1400/2002¹, obecnie problem ten poruszany jest w związku z nowelizacją przepisów prawa własności przemysłowej.

Rozporządzenie Komisji Europejskiej, a za nim polskie rozporządzenie Rady Ministrów², między innymi dokonało rozróżnienia części stosowanych do naprawy pojazdów. Wprowadzone zostały trzy pojęcia części zamiennych.

Przepis art. 1 pkt 1 ppkt s), t) i u) rozporządzenia wprowadził pojęcia: „części zamienne”, „oryginalne części zamienne” oraz „części zamienne porównywalnej jakości”. Definicja „oryginalne części zamienne” według rozporzą-

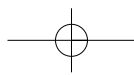
dzenia Komisji, obejmuje obecnie nie tylko części produkowane przez producenta pojazdów danej marki, ale również części, o tej samej jakości co elementy zastosowane w montażu pojazdu silnikowego oraz które są produkowane zgodnie ze specyfikacjami i normami produkcji, dostarczonymi przez producenta tych pojazdów w odniesieniu do produkcji elementów lub części zapasowych danego pojazdu silnikowego. Obejmuje to części zamienne, które są produkowane na tej samej linii produkcyjnej, co elementy zastosowane przy montażu pojazdu. Ponadto, przyjmuje się, że części zamienne są oryginalne, jeżeli producent tych części zaświadczy, że zostały one wyprodukowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta danych pojazdów i są one tej samej jakości co części stosowane do montażu tych pojazdów.

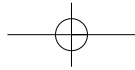
„Części zamienne porównywalnej jakości” oznaczają, zgodnie z rozporządzeniem, części zamienne produkowane przez każde przedsiębiorstwo, które może w każdej chwili zaświadczyć, że odpowiadają one pod względem jakości elementom zastosowanym przy montażu danego pojazdu. Definicja ta obejmuje więc części produkowane według innych, niż producentkie, norm. Jedynym kryterium oceny ich zgodności z normami jest oświadczenie producenta.

Z punktu widzenia interesu konsumenta zastosowanie części zamiennych, o których jakości zaświadcza sam producent – podmiot nie będący producentem pojazdu, a wytwarzający części zamienne w ramach definicji części oryginalnych lub części zamiennych porównywalnej jakości – stwarza realne zagrożenie. Przepisy wskazują bowiem, iż taki podmiot może w stosunku do produkowanych części używać pojęcia oryginalne części zamienne/części zamienne porównywalnej jakości, a ciąży na nim jedynie obowiązek zaświadczenia, że części te spełniają odpowiednie wymogi. Żadne przepisy nie określają jednak sposobu kontroli takich „zaświadczeń” ani podmiotów, które miałyby zajmować się porównywaniem jakości takich części w stosunku do części wytwarzanych przez producenta pojazdu. Nie określono również sankcji za podawanie nieprawdziwych informacji w tym zakresie. Konsument w większości przypadków nie jest sam w stanie stwierdzić, czy część produkowana przez podmiot nie będący producentem pojazdu gwarantuje równie skuteczną pracę. Istnieje więc ryzyko gorszego sprawowania się pojazdu.

Ostatnią kategorię stanowią „części zamienne”. Są to towary przeznaczone do zainstalowania w lub na pojeździe silnikowym, w celu zastąpienia elementów tego pojazdu. Są to więc części, które nie muszą spełniać żadnych konkretnych wymogów, a ich producenci nie muszą legitymować się żadnymi dokumentami sprawności technicznej.

Stosując się do tych oto definicji, zakłady ubezpieczeń wprowadzają nowe procedury likwidacji szkód. Odszkodowanie obliczane jest z uwzględnieniem cen oryginalnych części zamiennych lub cen części zamiennych porównywalnej jakości, ostatecznie jednak przyjmując oczywiście wersję tańszą dla zakładu ubezpieczeń.³ Niektórzy ubezpieczyciele nie uwzględniają faktur za wmontowanie oryginalnych części





w samochodach trzyletnich i starszych i gdzie to możliwe (nie wszystkie części mają swoje alternatywne zamienniki) stosują stawki części alternatywnych (czyli części nie pochodzących od producenta pojazdu). Zakłady ubezpieczeń uzasadniają swoje działanie art. 363 § 1 k.c. twierdząc, iż są zobowiązane tylko do zwrotu niezbędnych, ekonomicznie uzasadnionych wydatków. Zdaniem ubezpieczycieli: „z art. 363 § 1 k.c. wynika, że w razie uszkodzenia rzeczy w stopniu umożliwiającym przywrócenie jej do stanu poprzedniego, osoba odpowiedzialna za szkodę zobowiązana jest zwrócić poszkodowanemu niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty naprawy pojazdu, ustalone według cen występujących na lokalnym rynku. Skoro wysokość odszkodowania powinna obejmować niezbędne, ekonomicznie uzasadnione wydatki, to oznacza to, że naprawa powinna zostać dokonana w sposób racjonalny z najmniejszym nakładem sił i kosztów”⁴. Wbrew jednak twierdzeniom ubezpieczycieli takich zapisów próżno szukać w art. 363 k.c., a pojęcie „ekonomicznie uzasadnionych wydatków” znajdziemy wyłącznie w uzasadnieniach orzeczeń sądów⁵, które jednak nigdy nie wskazywały, iż ekonomicznie uzasadnione wydatki to wydatki najmniejsze. Przykładowo można tu powołać jeden z wyroków Sądu Najwyższego, który posługując się pojęciem ekonomicznie uzasadnionych wydatków, uznał, iż zakład ubezpieczeń ma obowiązek zwrócić poszkodowanemu koszty faktycznie poniesione na naprawę pojazdu (koszty robocizny), a nie koszty „przeciętne” – uznane przez zakład ubezpieczeń⁶. Zakłady ubezpieczeń budują więc, jak widać własne i korzystne wyłącznie dla siebie interpretacje norm prawnych w tym zakresie, a ponadto narzucają ich stosowanie poszkodowanemu.

Podobne argumenty padają w odniesieniu do ostatniej nowelizacji prawa własności przemysłowej⁷. W związku z wprowadzeniem prze-

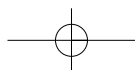
pisu 106¹, ochrona z tytułu prawa z rejestracji wzoru nie przysługuje wytworowi, który stanowi część składową wytworu złożonego, używaną do naprawy tego wytworu w taki sposób, by przywrócić mu jego wygląd początkowy. Osoby trzecie mogą korzystać z takiego wytworu poprzez jego wytwarzanie, oferowanie, wprowadzanie do obrotu, import, eksport lub używanie wytworu, w którym wzór jest zawarty bądź zastosowany, lub poprzez składanie takiego wytworu dla takich celów. W praktyce przepis ten, podobnie jak przepisy powoływane wcześniej rozporządzenia, w zasadzie likwiduje monopol producenta części. Dzięki nowym zapisom możliwa będzie konkurencja na rynku części zamiennych takich jak: zderzaki, lusterka boczne, listwy czy elementy karoserii, a nawet szyb samochodowych.

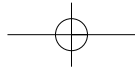
W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, obie omówione powyżej regulacje prawne, nie mają zastosowania w przypadku wypłaty odszkodowania z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdyż są to przepisy, które nie dotyczą odpowiedzialności cywilnej ani rozliczeń z tytułu umowy ubezpieczenia. Są to zupełnie odrębne systemowo regulacje, których celem jest wyłącznie zlikwidowanie monopolu, a tym samym zwiększenie konkurencji na rynku, co zazwyczaj powoduje spadek cen danych produktów. Żaden przepis prawny nie upoważnia ubezpieczyciela do wyboru części zamiennych, którymi zostanie naprawiony pojazd poszkodowanego, a kodeks cywilny ani ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych nie wskazują powołanych regulacji jako mających zastosowanie przy określaniu wysokości odszkodowania. W ubezpieczeniu OC zakład ubezpieczeń pozostaje więc związany kodeksowymi zasadami dotyczącymi zakresu naprawienia szkody⁸.

Zakres obowiązku odszkodowawczego zakładu ubezpieczeń uzależniony jest więc przede wszystkim

od rozmiaru szkody. W prawie polskim metodą powszechnie stosowaną w celu ustalenia rozmiaru szkody jest metoda dyferencyjna, która polega na określeniu różnicy pomiędzy dwoma stanami dóbr: hipotetycznym, jaki istniałby, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę oraz rzeczywistym, jaki wytworzył się na skutek szkodliwego zdarzenia. Rozmiar szkody musi uwzględniać faktyczne uszkodzenia mienia, tj. w przypadku uszkodzenia pojazdu, należy stwierdzić jakie części (oryginalne, nieoryginalne) zostały zniszczone i ten stan jest zgodnie z obowiązującymi przepisami jedynym kryterium oceny jakie części można zamontować w pojeździe uszkodzonym wskutek wypadku. Wynika to przede wszystkim z definicji szkody w rozumieniu art. 361 § 2 k.c. oraz z zasady jej pełnej kompensaty. Ponadto, jak wyraźnie wskazuje art. 363 § 1 k.c., naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Choć zakład ubezpieczeń jest zawsze zobowiązany wyłącznie do zapłaty określonej sumy pieniężnej, nie oznacza to, iż suma ta nie może odpowiadać kosztom poniesionym w celu przywrócenia rzeczy do stanu poprzedniego. Samo pojęcie „przywrócenia stanu poprzedniego” nawet przy nieznaności przepisów prawnych, nie powinno budzić wątpliwości – zamontowanie w miejsce części oryginalnej – części nieoryginalnej – nie jest przywróceniem stanu poprzedniego.

Jeżeli chodzi o uprawnienia poszkodowanego w kwestii naprawy pojazdu oraz jej zakresu, wielokrotnie wskazywał je Sąd Najwyższy. Już w wyroku z dnia 3 lutego 1971 r. Sąd orzekł, iż o przywróceniu stanu poprzedniego można mówić tylko wówczas, gdy stan samochodu po naprawie pod każdym względem (stan techniczny, zdolność użytkowa, części składowe, trwałość, wygląd estetyczny itp.) odpowiada stanowi tegoż samochodu sprzed





wypadku⁹. W doktrynie wskazuje się nawet, rozszerzając zakres obowiązku naprawienia szkody, iż szkodą jest nie tylko zmiana rzeczy zmniejszająca jej użyteczność ocenianą według zobiektywizowanych kryteriów, ale również każda inna zmiana, która nie odpowiada potrzebom właściciela, jego gustom ani zamiarom, choćby zmiana ta nie oznaczała obiektywnie pogorszenia rzeczy¹⁰. W innym wyroku, Sąd Apelacyjny wskazał, iż zgodnie z powszechnie przyjętą wykładnią – koszty naprawy, to koszty przywrócenia pojazdu do stanu poprzedniego. Rzecz bowiem jest naprawiona, gdy jej stan nie odbiega od stanu sprzed wyrządzenia szkody. Tylko taki stan można nazwać „naprawą” również w myśl wykładni gramatycznej. Takie zaś rozumienie kosztów naprawy odpowiada pojęciu „*damnum emergens*”, to jest strat, które poniósł poszkodowany i o których mowa w art. 361 § 2 k.c.¹¹. Ponadto, Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, iż z zasady wyrażonej w art. 363 § 1 k.c. wynika, iż w razie uszkodzenia rzeczy w stopniu umożliwiającym przywrócenie jej do stanu poprzedniego osoba odpowiedzialna za naprawienie szkody jest obowiązana zwrócić poszkodowanemu wszelkie celowe, ekonomicznie uzasadnione wydatki poniesione w celu przywrócenia stanu poprzedniego rzeczy uszkodzonej. Do wydatków tych należy zaliczyć także koszt nowych części i innych materiałów, których użycie było niezbędne do naprawienia uszkodzonej rzeczy¹². Jak więc wyraźnie wynika z powołanego stanowiska sądu, pojęcie „ekonomicznie uzasadnionych wydatków” musi mieć odniesienie przede wszystkim do stanu sprzed szkody, nie powinno być powoływane w kontekście abstrakcyjnym, jak to robią ubezpieczyciele, powołując, iż ekonomicznie uzasadnionymi wydatkami są te, które odpowiadają najniższym kosztom naprawy.

Warto również wspomnieć o kwestii wzbogacenia się poszkodowanego. Omawiając problem stosowania części oryginalnych i nieoryginal-

nych o wzbogaceniu poszkodowanego możemy mówić wyłącznie w przypadku, gdyby poszkodowany, który posiadał w pojeździe części nieoryginalne domagał się wypłaty odszkodowania według cen części oryginalnych. Z pewnością takie rozliczenie mogłoby zostać uznane za niedopuszczalne, a ewentualna kwota wzbogacenia mogłaby być potrącona z wypłaconego odszkodowania. Nie ma jednak mowy o wzbogaceniu w przypadku gdy poszkodowany żąda wymiany części oryginalnych na takie same.

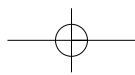
Jeżeli więc sprawca szkody (bądź też zakład ubezpieczeń) ma obowiązek zrekompensować zaistniałą stratę, a poszkodowany miał w swoim samochodzie zamontowane części oryginalne, to ma on prawo użyć do naprawy części oryginalnych, a podmiot zobowiązany do wypłaty odszkodowania, ma obowiązek zwrócić w pełni koszty takiej naprawy¹³. Wymiana ich na części porównywalnej jakości lub inne jest dla poszkodowanego wymierną szkodą i może powodować znaczną utratę wartości pojazdu. Odmienna interpretacja takich sytuacji (tu: wypłacanie odszkodowania na podstawie cen części nieoryginalnych w przypadku uszkodzenia części oryginalnych) prowadzi *de facto* do ograniczenia prawa do pełnej rekompensaty poniesionej przez poszkodowanego szkody. Ewentualna różnica w wartości pomiędzy częścią oryginalną a zamontowanym do naprawy (za zgodą poszkodowanego) zamiennikiem jest szkodą materialną z tytułu niemożliwości przywrócenia stanu poprzedniego i powinna zostać zwrócona (wypłacona) poszkodowanemu¹⁴.

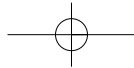
Ponadto, ubezpieczyciel nie ma prawa narzucać poszkodowanemu sposobu naprawy pojazdu, w tym nie może zabronić mu wyboru części potrzebnych do takiej naprawy. Poszkodowany nie jest przecież związany z ubezpieczycielem żadną umową, która mogłaby takie jego prawo ograniczać lub takiego prawa go pozbawiać. Zakłady ubezpieczeń zapewniają, że będą „proponowały”

stosowanie części alternatywnych¹⁵. W praktyce odszkodowanie jest po prostu zmniejszane według uznania ubezpieczyciela.

Należy podkreślić, iż przedstawione powyższej zasady mają pełne zastosowanie w odniesieniu do odszkodowań wypłacanych tzw. metodą kosztorysową. Oznacza to więc, iż również w przypadku, gdy poszkodowany nie dokonuje naprawy pojazdu, a miał przed wypadkiem zainstalowane części oryginalne, kosztorys powinien być sporządzony na podstawie cen części oryginalnych. Rozliczenie kosztorysowe musi bowiem odzwierciedlać powstałą szkodę oraz jej rozmiar, a więc nie może nawiązywać do stanu, który nie istniał przed szkodą.

Zainstalowanie w pojeździe części zamiennych, produkowanych przez podmiot inny niż producent danej marki, łączy się z ryzykiem nieprawidłowej pracy pojazdu, zmniejszenia jego wartości handlowej czy też problemami przy montażu takich części. Montaż elementów alternatywnych stwarza większe lub mniejsze problemy w związku z brakiem odpowiedniego wykończenia blach, niedokładnym wykonaniem otworów montażowych, niedokładnością kształtów i wymiarów¹⁶. To z kolei powoduje, iż dokonujący naprawy warsztat musi poświęcić więcej czasu na dopasowanie elementów alternatywnych, co może generować dodatkowe koszty po stronie klienta. Specjaliści zwracają uwagę, iż części alternatywne, produkowane są zazwyczaj z materiałów niższej jakości oraz przy zastosowaniu innych (niż producenckie) technologii, szybciej ulegają korozji i cechują się mniejszą trwałością uchwytów do mocowania oraz mechanizmów regulacji. Doświadczenia wskazują, iż części takie mogą ulegać deformacji podczas nagrzewania się np. od promieni słonecznych, jak również pękać w przypadku działania niskich temperatur. Aspekt bezpieczeństwa części alternatywnych badań niezależny brytyjski instytut MIRA, który porównywał wpływ zastosowania





oryginalnej maski i zamiennika do Forda Fiesty na obrażenia potrąconego pieszego. Przy użyciu nieoryginalnej części możliwość wystąpienia obrażeń wzrosła z 24 do aż 41 proc. Takich badań z pewnością będzie coraz więcej i coraz więcej będzie argumentów dotyczących opłacalności bądź nieopłacalności naprawy częściami alternatywnymi. Nie ma jednak wątpliwości co do tego, iż obecnie obowiązujące przepisy prawne dotyczące odpowiedzialności cywilnej nie pozwalają ubezpieczycielom na „wymuszanie” na poszkodowanych stosowania części alternatywnych.

Konsekwencją rzetelnego wyliczenia należnego poszkodowanemu odszkodowania w wielu przypadkach może być sytuacja, w której okaże się, iż przywrócenie stanu poprzedniego pociąga za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty (art. 363 § 1 k.c.), gdyż ceny części zamiennych wyprodukowane przez producenta pojazdu są zazwyczaj wyższe niż ceny zamienników. Jeżeli więc przewidywany koszt naprawy pojazdu przekroczy wartość tego pojazdu sprzed szkody, odszkodowania nie wypłaca się na podstawie kosztów naprawy, a wyliczając różnicę pomiędzy wartością pojazdu przed szkodą, a wra-kiem pojazdu.

Od wielu lat znana jest praktyka zakładów ubezpieczeń polegająca na odpowiednim „dopasowywaniu” kosztów i elementów naprawy pojazdu w celu wypłaty niższego odszkodowania. W przypadku, gdy zakładowi ubezpieczeń bardziej opłaca się rozliczenie szkody jako tzw. szkody całkowitej, kalkulacja kosztów naprawy dokonywana jest na podstawie cen części oryginalnych oraz maksymalnych cen usług. Jeżeli jednak korzystniej wypłacić jest odszkodowanie ze szkody częściowej, poszkodowanemu przedstawia się kosztorys sporządzony na podstawie cen części alternatywnych oraz najniższych możliwych cen usług naprawczych. W przypadku kosztorysów sporządzanych w związku ze szkodą cał-

kowitą, aby wykazać nieopłacalność naprawy wskazuje się zawsze, iż poszkodowany ma przecież prawo dokonać naprawy takimi częściami, jakie posiadał przed szkodą. W przypadku szkody częściowej te same zakłady ubezpieczeń odmawiają uznania prawa poszkodowanego do zwrotu pełnych kosztów naprawy z uwzględnieniem cen części oryginalnych. Nie powinno więc budzić wątpliwości, iż działanie zakładów ubezpieczeń w tej kwestii nie jest zgodne z obowiązującymi przepisami.

Powyższe nie wyłącza oczywiście możliwości zawarcia ugody pomiędzy zakładem ubezpieczeń a poszkodowanym. Jeżeli poszkodowany zgodzi się na zastosowanie części alternatywnych w miejsce części oryginalnych, obie strony mogą na tej właśnie podstawie określić wysokość należnego odszkodowania. Zgodnie bowiem z art. 13 ust 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych¹⁷, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. ■

Małgorzata Więcko

Biurowisko Rzecznika Ubezpieczonych

¹ Rozporządzenie z dnia 31 lipca 2002 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do kategorii porozumień wertykalnych i praktyk uzgodnionych w sektorze motoryzacyjnym Rozp. Komisji (WE) nr 1400/2002, opubl. w Dz.U.UE. L Nr 203, 01/08/2002, s.0030-0041.

² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2003 r. w sprawie wyłączenia określonych porozumień wertykalnych w sektorze pojazdów samochodowych spod zakresu porozumień ograniczających konkurencję.

³ Tak: również M. Rzemek, Części nie tylko oryginalne, Rzeczpospolita z 15 października 2005 r.

⁴ Tak: Tomasz Tarkowski, PZU S.A. w: J. Konikowski, Maszynka oszczędności, Puls Biznesu, 13.01.2006 r.

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 li-

stopada 1970 r., sygn. II CR 425/1972, opubl. OSNCP 1973/6/111, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 lutego 2002 r., V CKN 903/00, opubl. OSNC 2003/1/15, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 1971 r., sygn. III CRN 450/07, OSNC 1971/11/205, uchwała SN z dnia 13.06.2003 r., sygn. III CZP 32/03, opubl. OSNC 2004/4/51.

⁶ Uchwała SN z dnia 13.06.2003 r., sygn. III CZP 32/03, opubl. OSNC 2004/4/51.

⁷ Ustawa z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (Dz.U. z 2001r., nr 49, poz. 508 z późn. zm.).

⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 1981 r., sygn I CR 17/81, opubl. OSNC 1981/10/199; tak również: J. Orlicka, op. cit. s. 101.

⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 1971 r., sygn. III CRN 450/70, opubl. OSNC 1971/11/205.

¹⁰ Tak: W. Czachórski (w.): Z. Radwański, System Prawa Cywilnego, Prawo Zobowiązań – Część ogólna, Tom III, Część 1, wyd. PAN 1981.

¹¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 10 listopada 1992 r., I ACr 410/92, opubl. OSA 1993/8/57.

¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1980 r., sygn. III CRN 223/80, opubl. OSNC 1981/10/186.

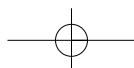
¹³ Tak również: J. Orlicka, Klauzula napraw a zakres obowiązku odszkodowawczego w ubezpieczeniach komunikacyjnych, Rozprawy Ubezpieczeniowe, Zeszyt nr 3 (2/2007), s. 98.

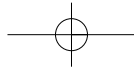
¹⁴ Jeżeli mimo dokonania naprawy nie przywrócono uszkodzonego samochodu w pełni do stanu poprzedniego, to wówczas poszkodowanemu należy się jeszcze świadczenie w pieniądzu, przy czym wysokość świadczenia zależy od tego, czy przywrócenie stanu pierwotnego jest w ogóle możliwe. Wysokość świadczenia powinna wtedy odpowiadać sumie dalszych kosztów niezbędnych do doprowadzenia samochodu do stanu poprzedniego. Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 lutego 1971 r., sygn III CRN 450/70, opubl. OSNC 1971/11/205.

¹⁵ M. Rzemek, Części nie tylko oryginalne, Rzeczpospolita z dnia 15 października 2005 r.

¹⁶ Badanie części alternatywnych, www.wielgolaski.pl, odczyt z dnia 08.01.2008 r.

¹⁷ Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. nr 124, poz 1553 z późn. zm).





Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z miejskimi i powiatowymi Rzecznikami Konsumentów

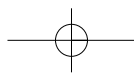
W dniu 1 kwietnia 2008 r. Rzecznik Ubezpieczonych Halina Olendzka, na zaproszenie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Marka Niechciała wzięła udział w posiedzeniu Krajowej Rady Rzeczników Konsumentów, szeroko prezentując projekt nawiązania długofalowej współpracy z siecią powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów.

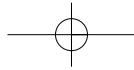
Zasadniczym celem projektowanej współpracy jest wzmocnienie poziomu ochrony ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych na poziomie lokalnym, do których bezpośredni dostęp mają rzecznicy konsumentów. Ustawowe zadania powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów w zakresie ochrony ogólnie rozumianego interesu nieprofesjonalnych nabywców dóbr i usług są w części – oczywiście w obszarze problematyki ochrony konsumenta na rynku ubezpieczeniowym i emerytalnym – zbliżone do zadań realizowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych. Zarówno sygnalizowana częściowa zbieżność jak i dobre efekty dotychczasowej współpracy z częścią rzeczników konsumentów skłoniły Rzecznika Ubezpieczonych do przedstawienia propozycji rozszerzenia i sformalizowania form współpracy, a zarazem zaadresowania jej do wszystkich powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów. Ponadto w ocenie Rzecznika taka szersza współpraca, może znacząco wpływać na poprawę efektywności i profesjonalizmu działań realizowanych zarówno przez rzeczników konsumentów jak i Rzecznika Ubezpieczonych. Tym samym

powiatowi i miejscy rzecznicy konsumentów, działający na poziomie lokalnym, mogą stać się ważnym ogniwem wzmocnienia ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych i jak się wydaje, są naturalnymi partnerami dla wyspecjalizowanego organu ochrony konsumentów tych usług, jakim jest na poziomie krajowym Rzecznik Ubezpieczonych. Z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych nawiązanie współpracy pozwala bowiem w szerszym zakresie dotrzeć z działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi do lokalnych społeczności powiatów. Może to istotnie poprawić dostęp do informacji, w szczególności tych osób, które z różnych przyczyn mają utrudniony dostęp do zdalnych form komunikacji, takich jak Internet. Poprzez

nawiązanie współpracy rzecznicy konsumentów uzyskują znaczne wsparcie merytoryczne i organizacyjne dla swoich działań w zakresie problemów konsumenckich rynku ubezpieczeniowego i emerytalnego. Obszar ten, w dobie rozwoju i znaczenia usług finansowych dla nowoczesnego społeczeństwa, ma duże znaczenie dla koniecznej, w dzisiejszym stanie skomplikowania produktów oferowanych przez instytucje finansowe, ochrony praw konsumenckich. Zważywszy na powszechny charakter niektórych obowiązkowych ubezpieczeń OC i obowiązkowość członkostwa w OFE dla osób urodzonych po 1968r. uznać należy, iż większość Polaków może oczekiwać ochrony i pomocy związanej z ubezpieczeniami i zabezpieczeniem emerytalnym. Ta ostatnia kategoria spraw może istotnie wzrosnąć wraz z uruchomieniem systemu wypłat z II filara systemu emerytalnego. Warto dodać, iż spory na tle umów ubezpieczenia mają zwykle charakter skomplikowany, bowiem relatywnie często dochodzi tu do naruszeń interesu ubezpieczonego bądź uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Ponadto, na co wskazuje doświadczenie, problemy wynikające z tych umów często przekraczają możliwości samodzielnego działania przeciętnego konsumenta. Poprzez stałą współpracę rzecznicy konsumentów uzyskują możliwość zasięgnięcia konsultacji bądź przekazywania części spraw do Rzecznika Ubezpieczonych. Rzecznicy konsumentów mogą też sygnalizować

Szersza współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z rzecznikami konsumentów może znacząco wpływać na poprawę efektywności i profesjonalizmu działań realizowanych przez obie strony. Rzecznicy konsumentów mogą stać się ważnym ogniwem wzmocnienia ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych jakim jest na poziomie krajowym Rzecznik Ubezpieczonych.





Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z rzecznikami konsumentów dotyczyłaby pomocy na rzecz zainteresowanych w przygotowaniu i złożeniu skargi na działanie zakładu ubezpieczeń otwartego funduszu emerytalnego, uzyskanie bezpłatnej porady prawnej, złożenie wniosku do Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, przekazywanie informacji na temat orzecznictwa Sadu Najwyższego i sądów powszechnych z obszaru ubezpieczeń oraz szeroko pojętej działalności edukacyjno-informacyjnej na rzecz społeczeństwa.

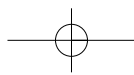
ujawniające się problemy dotyczące naruszania interesów konsumentów na lokalnym rynku ubezpieczeniowym lub emerytalnym, co z kolei pozwoli Rzecznikowi Ubezpieczonych na lepszy i szerszy ogląd zagrożeń dla interesów konsumentów w tych sektorach rynku, za które jest ustawowo odpowiedzialny w skali kraju.

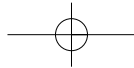
**ZAKRES I FORMY
PROJEKTOWANEJ
WSPÓŁPRACY**

W ramach współpracy przede wszystkim planowane jest wyposażenie powiatowych (miejskich) rzeczników konsumentów w kompleksową informację na temat trybu składania skarg do Rzecznika Ubezpieczonych, w tym przekazanie informacji nt. wymogów formalnoprawnych z nią związanych, możliwości uzyskania bezpłatnej porady lub pomocy prawnej, w tym przekazanie harmonogramu dyżurów telefonicznych prowadzonych przez ekspertów z Biura Rzecznika Ubezpieczonych. Wskazywane informacje mogłyby być wykorzystywane w bieżącej działalności informacyjnej rzeczników konsumentów, w szczególności wobec osób zgłaszających się z prośbami o informację lub pomoc prawną w zakresie ubezpieczeń gospodarczych lub funduszy emerytalnych. Kolejnym zamierzeniem na tej płaszczyźnie współpracy jest rozszerzenie prowadzonych przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych postępowań skargowych o możliwości złożenia skargi do Biura Rzecznika Ubezpieczonych za pośrednictwem większej liczby niż dotychczas powiatowych i miejskich

rzeczników konsumentów, którzy służyliby pomocą w zakresie wstępnej oceny zasadności skargi, sformułowania zarzutów, skompletowania dokumentów etc. Do Rzecznika Ubezpieczonych należałoby natomiast prowadzenie postępowania skargowego na rzecz konsumenta tj. uzyskanie wyjaśnienia od zakładu ubezpieczeń bądź towarzystwa emerytalnego oraz merytoryczne rozpatrzenie sprawy, z którą wystąpił konsument. Podobnie w ramach współpracy planujemy stworzenie tą drogą analogicznej możliwości złożenia wniosku do Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, co pozwoliłoby na szybsze, tańsze i profesjonalne zakończenie na drodze polubownej powstałego sporu. Ta ostatnia forma współpracy ze wszech miar wpisuje się w wytyczne płynące z prawa unijnego wskazujące na promowanie pozasądowych, mediacyjnych i polubownych form rozstrzygania konsumenckich sporów. Ponadto planujemy aby projektowana współpraca polegała również na bieżącym dzieleniu się informacją prawną odnośnie orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych z obszaru prawa ubezpieczeń gospodarczych. Ze strony Rzecznika Ubezpieczonych byłaby to informacja przekazywana przede wszystkim z wykorzystaniem dedykowanej m.in. rzecznikom konsumentów części serwisu www.rzu.gov.pl, w szczególności dotycząca orzeczeń i uchwał SN, a także informacja o skierowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych do SN wnioskach i zapadłych z nich rozstrzygnięciach. Z drugiej

strony dla Rzecznika Ubezpieczonych istotne byłyby informacje pochodzące od rzeczników konsumentów nt. dostrzeganych rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych właściwych miejscowo dla obszaru działania poszczególnych rzeczników konsumentów. Rzecznik Ubezpieczonych, celem śledzenia występujących rozbieżności szczególnie zainteresowany jest otrzymywaniem kopii wyroków sądów niższej instancji zapadających we właściwych miejscowo dla rzeczników konsumentów sądach powszechnych. W ramach rozszerzanej współpracy nieodzowne jest także stworzenie przyjaznych operacyjnie mechanizmów informacyjno-konsultacyjnych w zakresie problematyki konsumenckiej rynku ubezpieczeniowego i emerytalnego, służących wzajemnemu informowaniu o istotnych problemach merytorycznych, jakie ujawniają się w działalności rzeczników konsumenta z wykorzystaniem elektronicznych sposobów komunikacji. Planujemy, co częściowo zostało już wykonane uruchomienie podstrony serwisu internetowego, uruchomienie specjalnego dla rzeczników konsumentów adresu poczty elektronicznej, oraz stworzenie do bieżących kontaktów listy maillingowej. Ponadto realizując funkcje informacyjno edukacyjne współpraca dotyczyłaby także udostępnienia na zasadzie licencji niewyłącznej zasobów serwisu internetowego www.rzu.gov.pl. W ramach tej płaszczyzny współpracy planujemy także przekazywanie przez Rzecznika Ubezpieczonych, w granicach możliwości organizacyjnych i finan-





sowych, materiałów informacyjnych i edukacyjnych w uzgodnionych ilościach umożliwiających ich dystrybucję w lokalach biur powiatowych (miejskich) rzeczników konsumentów, a także przekazywaniu bieżącej informacji o szkoleniach, seminariach i konferencjach organizowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych. Dodatkowo założono, że w związku z nawiązaniem współpracy, przygotowany zostanie cykl szkoleń adresowanych do rzeczników konsumentów w postulowanym przez nich zakresie. Projekt, jest otwarty i z tych względów zakłada także inne formy współpracy, w tym m.in. wspólne publikacje, przygotowanie materiałów informacyjnych adresowanych do lokalnych społeczności (np. wkładkę do prasy lokalnej), a także współpraca na płaszczyźnie edukacyjno-informacyjnej z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej działającą przy Rzeczniku Ubezpieczonych.

RAMY FORMALNE WSPÓŁPRACY

Projekt w pierwszej fazie zakłada określenie zakresu i form współpracy oraz zawarcie serii porozumień o współpracy pomiędzy Rzecznikiem Ubezpieczonych, a poszczególnymi powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów. Znaczna liczba rzeczników konsumentów będących potencjalnymi stronami porozumienia nakazuje uwzględnić ich zróżnicowane lokalne potrzeby, a także możliwości organizacyjne. Wobec tego w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych został opracowany standardowy wzór ramowego porozumienia, który został przedstawiony rzecznikom zainteresowanym współpracą.

Przyjęto, że każdy z powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów zawiera z Rzecznikiem Ubezpieczonych na bazie tego wzoru porozumienie, które w razie potrzeby może być ukształtowane aneksem w sposób odpowiadający szerszym intencjom lub dodatkowym potrzebom stron. Postanowienia porozumienia celowo zostały sformułowane w sposób pozwalający na możliwie dużą swobodę ich kształtowania i szeroki zakres współpracy. Zakładamy, że pierwszy okres współpracy ujawni te obszary, w których współpraca najlepiej zaspokaja oczekiwania i potrzeby stron wynikające z realizowania ich ustawowych zadań lub wskaże na nowe, dodatkowe obszary, których powinna dotyczyć. W tego typu przypadkach porozumienia będą, poprzez dodatkowe aneksy, dostosowywane do rzeczywistego stanu współpracy i zakresu potrzeb stron.

Wstępna ocena podjętego projektu współpracy, rozpoczęte i podjęte działania

Propozycja Rzecznika Ubezpieczonych została przyjęta z aprobatą przez rzeczników zgromadzonych na posiedzeniu Rady. Podkreślono, że powiatowi i miejscy rzecznicy konsumentów stykając się z problematyką ubezpieczeniową potrzebują wsparcia merytorycznego ze strony wyspecjalizowanego organu ochrony interesów konsumentów tego rynku. Stwierdzono, iż w znacznej części przypadków najefektywniejsze z punktu widzenia konsumenta będzie niezwłoczne przekazanie sprawy Rzecznikowi Ubezpieczonych. Zgodzono się również, że bieżące działania edukacyjne i informacyjne

prowadzone przez powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów mogą być efektywniejsze dzięki przedstawionym przez Rzecznika Ubezpieczonych formom współpracy. Przyjęto również, że przy realizacji projektu maksymalnie będą wykorzystywane elektroniczne środki komunikacji, w szczególności portal internetowy Rzecznika Ubezpieczonych i poczta elektroniczna.

Podczas posiedzenia Krajowej Rady Rzeczników Konsumentów w dniu 1 kwietnia br. przyjęto wspólne ustalenie, iż Członkowie Rady dokonają lokalnych konsultacji z pozostałymi rzecznikami w sprawie podjęcia szerszej współpracy z Rzecznikiem Ubezpieczonych, w szczególności co do możliwości zawarcia i kształtu porozumień.

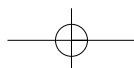
Niezwłocznie po posiedzeniu Rady Biuro Rzecznika Ubezpieczonych uruchomiło dedykowaną rzecznikom podstronę w swoim serwisie internetowym. Obecnie znajduje się tam informacja o projekcie oraz materiały, które otrzymali członkowie Rady Rzeczników Konsumentów. Z materiałami tymi można się zapoznać na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych w specjalnie utworzonym (buttonie) linku: <http://www.rzu.gov.pl/wspolpraca-z-rzecznikami-konsumentow>

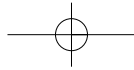
Ponadto dla usprawnienia kontaktów rzeczników konsumentów z Rzecznikiem Ubezpieczonych został utworzony specjalny adres e-mailowy: rzecznicy_konsumentow@rzu.gov.pl

Pierwsze efekty współpracy zaowocowały już podpisaniem porozumień przez Rzecznika Ubezpieczonych z rzecznikami konsumentów w Wołominie, Poznaniu, Kluczborku, Lipnie i Ostrowi Mazowieckiej, a z informacjami odbieranymi na bieżąco przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż po stronie innych rzeczników konsumentów trwają zaawansowane prace przygotowawcze mające na celu przystąpienie do omawianego powyżej projektu. ■

**Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych**

Rzecznik Ubezpieczonych uruchomił dedykowaną rzecznikom konsumentów podstronę w swoim serwisie internetowym <http://www.rzu.gov.pl/wspolpraca-z-rzecznikami-konsumentow>. Dodatkowo usprawniając kontakty utworzono dla rzeczników specjalny adres rzecznicy-konsumentow@rzu.gov.pl





Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w Polsce w kontekście ochrony interesów ubezpieczonych

Instytucja Rzecznika Ubezpieczonych powstała w celu zapobiegania i łagodzenia sytuacji wywołanych nierównościami stron umowy ubezpieczenia (asymetria informacyjna, poziom świadomości ubezpieczeniowej). W prywatnych ubezpieczeniach chorobowych oprócz wspomnianej nierówności występuje zagrożenie ratowania zdrowia lub życia najczęściej w sytuacji braku dostatecznej wiedzy medycznej. Szczególnie istotna jest rola i pozycja lekarza (świadczeniodawcy). W konsekwencji powstaje trójkąt: pacjent – lekarz – zakład ubezpieczeń, który wprowadza wiele potencjalnych konfliktów zwianych z relacjami między pacjentem i lekarzem, pacjentem i zakładem ubezpieczeń oraz zakładem ubezpieczeń i lekarzem.

W relacji pacjent – lekarz występuje asymetria związana z brakiem specjalistycznej wiedzy po stronie pacjenta. Dość łatwo można ocenić jakość usługi pralniczej, w przypadku usługi medycznej jest to istotny problem

W relacji pacjent – zakład ubezpieczeń również występuje asymetria informacji, ale w obydwie strony. Pacjent lepiej zna swój stan zdrowia, zakład ubezpieczeń ma natomiast większą wiedzę na temat rozkładu ryzyka choroby w populacji. Co prawda pacjent jest często kierowany na badania i musi przedstawić dotychczasową dokumentację medyczną, jednak wciąż wiedza pacjenta może być większa. Z drugiej strony adhezyjność umowy ubezpieczenia (przystępowanie do niej na warunkach zaproponowanych przez zakład ubezpieczeń) oraz poziom wiedzy ubezpieczeniowej stawia zakład ubezpieczeń w uprzywilejowanej pozycji.

W relacjach zakładu ubezpieczeń z lekarzami uwidaczniają się sprzeczne interesy. Lekarze kierując się interesem pacjenta, ale i swoim własnym starają się przeprowa-

dzić leczenie w sposób maksymalnie bezpieczny i skuteczny. Z kolei zakładowi ubezpieczeń zależy na efektywności. Zastrzec należy, że postawy zakładu ubezpieczeń nie należy oceniać negatywnie. Efektywność ubezpieczeń chorobowych, czyli korzystna relacja efektu do kosztu zapewnić powinna niższą cenę i większą dostępność ochrony ubezpieczeniowej, poza tym może zapobiegać marnotrawstwu eliminując zbędne, obojętne dla zdrowia procedury. Choć należy zauważyć, że lekarz ma przeważnie mniej czasu na ocenę sytuacji, aniżeli zakład ubezpieczeń analizujący sprawę często post factum.

W ubezpieczeniach chorobowych stosuje się kilka rodzajów świad-

czeń, można je podzielić na:

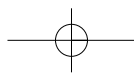
- świadczenia ryczałtowe – ustalona kwota w przypadku wystąpienia określonej jednostki chorobowej;
- dostęp do usługi w określonych placówkach – dostęp do określonego zakresu i poziomu świadczeń medycznych, ale tylko w określonych placówkach;
- pokrycie kosztów usług medycznych do określonej sumy ubezpieczenia – zwrot kosztów lub bezgotówkowe rozliczenie z wybrana przez pacjenta placówka, ale do określonej sumy ubezpieczenia.

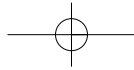
Na podstawie dotychczasowych skarg i doświadczeń innych ombudsmanów wśród potencjalnych obszarów naruszenia interesów ubezpieczonych można wskazać:

- odmowę wypłaty świadczenia,
- opóźnienie wypłaty świadczenia,
- spór dotyczący stanu faktycznego,
- zbieg uprawnień z ubezpieczenia prywatnego, systemu publicznego i ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Odmowa wypłaty świadczenia może wynikać m.in. z: kwestionowanie sposobu i zakresu leczenia, zajściem zdarzenia losowego, które nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową lub braku konsultacji przy wyborze miejsca hospitalizacji.

Mimo prób wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń chorobowych na polski rynek, ich udział nadal jest marginalny. Tym należy tłumaczyć niewielką liczbę skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych (trzy w 2007 r).





Opóźnienie wypłaty świadczenia wystąpi m.in., gdy nastąpi zwłoka w decyzji o zasadności hospitalizacji (np. w związku z kwestionowaniem świadczenia w części lub w całości) lub wypłacenia kwoty bezspornej. Potencjalny powód wydłużenia okresu wypłaty świadczenia to spór dotyczący stanu faktycznego może być wynikiem rozbieżnych ekspertyz komisji lekarskich. Zbieg uprawnień z ubezpieczenia prywatnego, systemu publicznego i ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów me-

chanicznych stanowi dość istotną przeszkodę dla funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń chorobowych, które przez to nie posiadają określonego miejsca w systemie finansowania ochrony zdrowia.

Mimo prób wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń chorobowych na polski rynek, ich udział nadal jest marginalny. Tym należy tłumaczyć niewielką liczbę skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych (trzy w 2007 r). Wydaje się jednak, że wraz z zapowiadanymi reformami publicznego systemu

ochrony zdrowia znaczenie prywatnych ubezpieczeń chorobowych będzie rosnąć. Rzecznik Ubezpieczonych doceniając rolę tego typu produktów próbuje antycypować ich powszechniejsze wprowadzenie i na podstawie doświadczeń innych ombudsmanów określić potencjalne obszary konfliktowe, związane z naruszeniem interesów ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych z umów ubezpieczenia. ■

dr Marcin Kawiński
Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Normatywna kwalifikacja przestępstw przeciwko mieniu – omówienie wybranych pojęć z zakresu prawa karnego stosowanych w ubezpieczeniach majątkowych

Ubezpieczenie mienia obok ubezpieczeń komunikacyjnych są najbardziej rozpowszechnionymi w Polsce ubezpieczeniami i stanowią istotną pozycję w ochronie ubezpieczeniowej osób fizycznych i przedsiębiorców.

Pośród ubezpieczeń majątkowych możemy wyróżnić ubezpieczenie mienia od kradzieży, kradzieży z włamaniem lub rabunku, które swoim zakresem obejmują szkody powstałe wskutek dokonania przestępstw przeciwko mieniu. Również dobrowolne umowy ubezpieczenia komunikacyjnego jakim jest m.in., auto-casco w swoich ogólnych warunkach przewidują możliwość ochrony za szkody powstałe wskutek kradzieży pojazdu lub jego kradzieży z użyciem włamania. W sytuacji popełnienia wyżej wskazanych przestępstw przeciwko mieniu, w kierowanych skargach do Rzecznika Ubezpieczonych pojawiają się liczne wątpliwości co do prawidłowości kwalifikacji danego zdarzenia przez zakłady ubezpieczeń, w szczególności gdy taka kwalifikacja jest odmienna

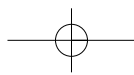
od ustaleń organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Podobnie formułowane są zapytania o właściwą kwalifikację zaistniałego zdarzenia z punktu widzenia odpowiedzialności karnej, tzn. czy dane zachowanie jest kradzieżą zwykłą, czy też kradzieżą z włamaniem, albo czy zabór rzeczy z użyciem przemocy lub groźby jej użycia należy rozpatrywać w kontekście przestępstwa rozboju, czy też kradzieży rozbójniczej. Rzecznik Ubezpieczonych nie posiada ustawowych kompetencji do dokonywania wiążącej kwalifikacji prawnej czynu zabronionego (gdyż jest to desygnat wyłącznych uprawnień niezawisłych sądów) i rozstrzygania, czy w określonym stanie faktycznym mamy do czynienia z przestępstwem rozboju (art. 280 k.k.), czy z kradzieżą zwykłą (art. 278 § 1 k.k.) albo jej typem

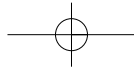
kwalifikowanym tj. kradzieżą z włamaniem. Niemniej jednak, reprezentując interesy ubezpieczonych, czuje się zobowiązany do przybliżania okoliczności, które mogą prowadzić do kwalifikowania przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości określonego zachowania się sprawcy jako wyczerpującego znamiona danego typu przestępstwa przeciwko mieniu.

Celem zasadniczym niniejszego opracowania będzie wskazanie w zarysie, jakie elementy podmiotowe i przedmiotowe zachowania się sprawcy przestępstwa przeciwko mieniu pozwalają organom ścigania i wymiaru sprawiedliwości na jego uznanie jako przestępstwa kradzieży (art. 278 k.k.), kradzieży z włamaniem (art. 279 k.k.) oraz przestępstwa rozboju (art. 280 k.k.).

Kradzież (art. 278 k.k.)

Przedmiotem ochrony przestępstwa kradzieży jest własność, posiadanie oraz inne prawa rzeczowe i obligacyjne do rzeczy ruchomej. Przez pojęcie „rzeczy” należy rozumieć rzecz w ujęciu prawa cywilnego,





Kradzież jest dokonana w chwili zaboru tj. objęcia przedmiotu wykonawczego we władztwo sprawcy, i w związku z tym stopień utrwalenia nad rzeczą, dalsze jej losy oraz dalszej jej zmiany względem tej rzeczy są obojętne z punktu widzenia oceny prawnokarnej.

a więc zgodnie z art. 45 k.c. – przedmiot materialny, wyodrębniony z przyrody, posiadający właściwość samodzielnego uczestniczenia w obrocie prawnym oraz przedstawiający wartość materialną dającą wyrazić się w określonej kwocie pieniężnej, a także przedmioty nie będące rzeczami ruchomymi w rozumieniu prawa cywilnego, lecz zaliczane do desygnatów pojęcia „rzecz ruchoma” w prawie karnym. Zgodnie bowiem z definicją ustawową zawartą w art. 115 § 9 k.k. rzeczami w rozumieniu kodeksu karnego są także polskie lub obce pieniądze lub inne środki płatnicze oraz dokumenty uprawniające do otrzymania sumy pieniężnej albo zawierające obowiązek wypłaty kapitału, odsetek, udziału w zyskach albo stwierdzające uczestnictwo w spółce.

Zachowanie się sprawcy przestępstwa kradzieży jest ściśle określone w przepisie art. 278 § 1 k.k. i polega na zaborze cudzej rzeczy ruchomej w celu przywłaszczenia. Przez pojęcie „zabór” należy rozumieć bezprawne wyjęcie rzeczy spod władztwa osoby dotychczas nią władającej (jak właściciel, posiadacz lub osoba posiadająca do rzeczy inne prawa rzeczowe lub obligacyjne). Wyjęcie rzeczy ruchomej spod władztwa musi przy tym nastąpić wbrew woli osoby nim dysponującej oraz bez żadnej ku temu podstawy¹. Tak więc zabór rzeczy za zgodą lub wolą osoby władającej nie stanowi przestępstwa kradzieży. Przedmiotem kradzieży nie może być rzecz niczyja, albo rzecz, której właściciel się wyzbył. Nie mogą również być przedmiotem tego czynu zabronionego rośliny i zwierzęta w stanie wolnym, chyba że zostały przez inną osobę pozyskane (np. upolowana zwierzyna, złowione ryby).

Możliwym przedmiotem czynności wykonawczej przestępstwa kradzieży jest tylko rzecz ruchoma. Tak jak kradzież rzeczy ruchomej należy traktować kradzież części składowej rzeczy. Z momentem odłączenia części składowej od rzeczy głównej nabyla ona charakteru odrębnej rzeczy ruchomej. Podobnie traktować należy część składową nieruchomości. Część składowa nieruchomości może być przedmiotem kradzieży zarówno wówczas, gdy została wcześniej odłączona od nieruchomości, jak i wówczas, gdy odłączenie części składowej nieruchomości stanowi rezultat czynności podejmowanych przez sprawcę dokonującego następnie zaboru. Przedmiotem kradzieży mogą być również przynależności² oraz pożytki z rzeczy (naturalne i cywilne). Przedmiotem zamachu przy kradzieży, zgodnie z art. 119 § 15 k.k., może być także polski lub obcy pieniądź lub inny środek płatniczy.

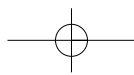
Rzeczy mogące być przedmiotem czynności wykonawczej kradzieży muszą mieć wartość majątkową (wrażalną w pieniądzu). Rzeczy mające wartość niemajątkową (np. dyplomy, pamiątkowe fotografie, legitymacja itp.) nie podlegają ochronie na podstawie przepisów rozdz. XXX k.k. – ich kradzież stanowi wykroczenie (art. 126 k.w.). W tym miejscu należy również wskazać, że kradzież rzeczy o wartości nieprzekraczającej 250 zł nie jest przestępstwem, lecz wykroczeniem, o którym mowa w art. 119 k.w. Wskazane ograniczenie kwotowe (tzw. kontrawercjonalizacja) nie dotyczy kradzieży broni, amunicji, materiałów lub przyrządów wybuchowych – ich kradzież zawsze stanowi przestępstwo. W sytuacji jednak, gdy przedmiotem kradzieży jest dobro znacznej wartości³ lub dobro kultury to karalność przestępstwa

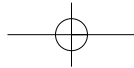
– stosownie do art. 294 k.k. – ulega znacznemu zaostrzeniu (górną granicą ustawowego zagrożenia kary zwiększona jest z 8 do 10 lat). Jeżeli chodzi o wartość rzeczy stanowiącej przedmiot kradzieży to powinna być ona oceniana (ustalana) w odniesieniu do czasu popełnienia kradzieży⁴. O wielkości skutku (wysokości szkody) wywołanego działaniem przestępnym decyduje tylko sama wartość zabranych rzeczy lub pieniędzy. Nie wlicza się do tej wartości odsetek od sumy pieniężnej. Liczy się tylko bowiem szkodę rzeczywistą (damnum emergens), a nie zysk spodziewany (lucrum cessans), chociaż jego osiągnięcie graniczyło z pewnością⁵.

Kradzież jest dokonana w chwili zaboru tj. objęcia przedmiotu wykonawczego we władztwo sprawcy, i w związku z tym stopień utrwalenia nad rzeczą, dalsze jej losy oraz dalszej jej zmiany względem tej rzeczy są obojętne z punktu widzenia oceny prawnokarnej.

Kradzież jest przestępstwem umyślnym o charakterze kierunkowym, którego można się dopuścić jedynie w zamiarze bezpośrednim – w celu przywłaszczenia (animus rem sibi habendi). Cel przywłaszczenia oznacza zamiar postąpienia z przedmiotem zaboru tak, jakby się było jego właścicielem (włączenia do swego stanu posiadania, sprzedaży, zużycia, podarowania innej osobie⁶). Do znamion kradzieży nie należy motyw zysku lub cel osiągnięcia korzyści majątkowej – z wyjątkiem bezprawnego uzyskania cudzego programu komputerowego, do którego znamion należy działanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 278 § 2 k.k.). Sprawca może ukraść rzecz dla innej osoby albo z zamiarem jej porzucenia.

Przestępstwo kradzieży jest prze-





stępstwem powszechnym. Oznacza, to że może je popełnić tylko osoba zdalna do ponoszenia odpowiedzialności karnej. Kradzież jest występkiem ściganym z urzędu, jednakże w razie popełnienia jej na szkodę osoby najbliższej, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego (art. 278 § 4 k.k.).

Kradzież z włamaniem (art. 279 k.k.)

Przestępstwo kradzieży z włamaniem jest kwalifikowanym typem kradzieży. Zgodnie z art. 279 k.k. „Kto kradnie z włamaniem podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”. Zachowanie się sprawcy tego przestępstwa polega na zaborze cudzej rzeczy ruchomej w celu przywłaszczenia, przy czym zabór ten musi zostać dokonany z włamaniem. Kradzież z włamaniem różni się więc od tzw. kradzieży zwykłej (art. 278 k.k.) sposobem jego popełnienia. Charakteryzuje się bowiem połączeniem dwóch elementów: włamania i zaboru cudzej rzeczy ruchomej.

Ustawodawca, używając ogólnego określenia „kto kradnie z włamaniem”, pozostawił jego wykładnię doktrynie i orzecznictwu. Pojęcie „włamania” było przedmiotem licznych wypowiedzi w doktrynie prawa karnego i orzecznictwie. Szczególną uwagę należy zwrócić na uchwałę Sądu Najwyższego z 25 czerwca 1980 r.⁷, która zawiera obszerną wykładnię znamion kradzieży z włamaniem. Według tej uchwały kradzież z włamaniem zachodzi wtedy, gdy sprawca zabiera mienie w celu przywłaszczenia w następstwie usunięcia przeszkody materialnej, będącej częścią konstrukcji pomieszczenia zamkniętego lub specjalnym zabezpieczeniem chroniącym dostęp do mienia.

Przesłanką uznania pomieszczenia za „zamknięte” jest zarówno jego zamknięta konstrukcja, jak i zaopatrzenie w specjalne przeszkody utrudniające dostęp do wnętrza (bramy, zamki w drzwiach, kłódki, plomby, mechanizmy szyfrowe itp.). Rodzaj zabezpieczenia, jego skuteczność czy łatwość pokonania nie ma jednak znaczenia dla stwierdzenia

włamania, jeżeli tylko z charakteru zabezpieczenia wynika zamiar użytkownika niedopuszczenia do niego niepowołanych osób⁸. Istotą zabezpieczenia nie jest bynajmniej uczynienie całkowicie niemożliwym dostępu osobom nieuprawnionym do zabezpieczonego przedmiotu w taki sposób, iż dostęp ten jest możliwy jedynie przy zastosowaniu siły fizycznej lub specjalnych środków technicznych, lecz stworzenie zewnętrznej bariery jednoznacznie symbolizującej, że celem jej zainstalowania było wykluczenie dostępu do tych przedmiotów przez osoby nieuprawnione.

W orzecznictwie przyjmuje się, iż jest włamaniem nie tylko przepiłowanie krat, kłódek, uszkodzenie drzwi, stropów czy ścian budynku albo wybicie szyby, otwarcie zamka wytrychem, lecz także posłużenie się skradzionym oryginalnym kluczem, kluczem dopasowanym (tzw. włamania „na pasówkę”) itp. Natomiast nie stanowi włamania otwarcie drzwi pozostawionym w zamku kluczem albo zaopatrzonych tylko w zewnętrzny haczyk lub skobel, który każdy bez trudu może odsunąć. Nie można przyjąć, iż sprawca dokonał włamania, jeżeli przeszkoda chroniąca dostęp do mienia nie została zamknięta, natomiast stanowi włamanie sforsowanie uszkodzonej przeszkody, jeżeli rozmiar uszkodzenia nie umożliwiał swobodnego dostępu do mienia znajdującego się w pomieszczeniu⁹. Nie ulega również wątpliwości, że stanowi kradzież z włamaniem sforsowanie zabezpieczeń zamkniętego pojazdu mechanicznego, aby dostać się do jego wnętrza i dokonać zaboru znajdujących się tam przedmiotów (radioodtwarzacza, narzędzi, innego pozostawionego przedmiotu) albo wymontowanie części tego pojazdu. W orzecznictwie przyjmuje się, że włamanie takie może polegać na wybiciu szyby, wyłamaniu zamka albo jego otwarciu dopasowanym kluczem lub nawet oryginalnym kluczem, który sprawca wcześniej ukradł¹⁰. Nie stanowi kradzieży z włamaniem, sytuacja gdy sprawca

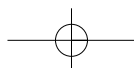
dostał się do pomieszczenia bez pokonywania przeszkód (np. dał się zamknąć w sklepie), a następnie dokonał zaboru i sforsował przeszkodę (np. drzwi, okno), aby wydostać się na zewnątrz (a więc dokonał „włamania”).

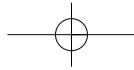
Istotną informacją, z punktu widzenia posiadaczy ubezpieczenia na ryzyko kradzieży lub kradzieży z włamaniem w umowie typu auto-casco, jest to, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że kradzież samochodu z miejsca parkowania, niebędącego garażem lub innym pomieszczeniem zamkniętym, a więc stojącego na wolnym powietrzu, stanowi kradzież z włamaniem, jeżeli poprzedzona została pokonaniem zamknięcia broniącego dostępu do wnętrza pojazdu, na przykład przez wybicie szyby, wyłamanie drzwiczek, uszkodzenie zamka, użycie dopasowanego klucza¹¹.

Dla przyjęcia odpowiedzialności za kradzież z włamaniem nie ma znaczenia liczba pokonywanych przez sprawcę zabezpieczeń mienia. W sytuacji gdy pojazd umieszczony jest w zamkniętym garażu, zachowanie polegające na przełamaniu zabezpieczenia broniącego do niego dostępu, a następnie przełamaniu zabezpieczenia znajdującego się w garażu pojazdu stanowi jedną kradzież z włamaniem. Podobnie kradzież z włamaniem będzie zachowanie polegające na przełamaniu zabezpieczenia chroniącego dostęp do zamkniętego garażu i zabór znajdującego się w garażu pojazdu, który nie był zamknięty

Kradzież z włamaniem jest przestępstwem umyślnym, które można popełnić jedynie w zamiarze bezpośrednim kierunkowym. Sprawca musi działać w celu przywłaszczenia przedmiotu zaboru, a ponieważ włamanie stanowi środek prowadzący do tego celu, musi także być objęte zamiarem bezpośrednim.

Dla przyjęcia kwalifikacji kradzieży z włamaniem nie jest bezwzględnie konieczne, aby powzięcie przez sprawcę zamiaru zaboru rzeczy w celu przywłaszczenia czasowo poprzedzało moment przystąpienia do





przełamania zabezpieczenia (dokonania włamania). Innymi słowy, zamiar przywłaszczenia rzeczy może wystąpić przed przystąpieniem do usuwania przeszkody (zabezpieczenia) albo może pojawić się u sprawcy równocześnie z podjęciem czynności przełamujących zabezpieczenie. Nie jest zatem możliwe uznanie za kradzież z włamaniem zachowania, w którym dopiero po przełamaniu zabezpieczenia u sprawcy powstał zamiar zaboru rzeczy. Włamanie jest bowiem środkiem wiodącym do celu, to znaczy do dokonania kradzieży, a zatem zamiar zaboru powinien wystąpić co najmniej równocześnie (jeśli nie z wyprzedzeniem czasowym) z podjęciem czynności polegających na pokonywaniu przeszkody materialnej. Dla bytu przestępstwa określonego w art. 279 § 1 k.k. nie ma natomiast znaczenia fakt, że sprawca włamuje się do zamkniętego pomieszczenia z zamiarem kradzieży ściśle określonej rzeczy, a faktycznie kradnie rzecz inną niż pierwotnie zamierzał. W takim bowiem przypadku przed przystąpieniem do przełamania zabezpieczenia sprawca ma zamiar dokonania zaboru rzeczy w celu przywłaszczenia, i w tym właśnie celu dokonuje przełamania zabezpieczenia. Zachowanie sprawcy spełnia więc warunki opisane w omawianym typie czynu zabronionego, tzn. jest kradzieżą przy użyciu włamania. Nie zmienia tego faktu dokonanie przez sprawcę zaboru innego egzemplarza rzeczy niż ten, który był przez niego wyobrażony w chwili podejmowania czynności prowadzących do przełamania zabezpieczenia¹².

Przestępstwo kradzieży z włamaniem jest występkiem zagrożonym karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Jest przestępstwem powszechnym, co oznacza, że jego sprawcą może zostać każdy zdalny podmiot odpowiedzialności karnej. Przestępstwo kradzieży z włamaniem podlega ściganiu z urzędu, z wyjątkiem jego popełnienia na szkodę osoby najbliższej, gdyż w takim wypadku ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego (art. 279 § 4 k.k.).

Rozbój (art. 280 k.k.)

Zgodnie z art. 280 § 1 k.k. przestępstwo rozboju polega na kradzieży popełnionej przy użyciu przemocy wobec osoby lub groźby natychmiastowego jej użycia albo przez doprowadzenie człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności. Ten czyn zabroniony jest przestępstwem złożonym, sprawca bowiem zmierza do dokonania kradzieży, atakując integralność cielesną człowieka (przemoc), jego wolność, zdrowie, a nawet życie.

Zachowanie się sprawcy przestępstwa opisanego w art. 280 § 1 k.k. jest ściśle przez ten przepis określone i polega na zaborze rzeczy w celu przywłaszczenia dokonany przy użyciu taksatywnie wymienionych w tym przepisie szczególnych sposobów zachowania skierowanych na osobę, służących do zawładnięcia rzeczą, i polegających na: użyciu przemocy wobec osoby lub użyciu

Użycie przemocy wobec osoby po dokonaniu zaboru rzeczy nie stanowi realizacji znamion przestępstwa określonego w art. 280 § 1 k.k.¹⁴ Takie działanie należy oceniać przez pryzmat kradzieży rozbójniczej, o której mowa w art. 281 k.k.

Przez pojęcie „przemoc wobec osoby” należy rozumieć zastosowanie bezpośredniej przemocy fizycznej skierowanej na ciało człowieka w celu uniemożliwienia lub pokonania oporu, aby następnie dokonać kradzieży (np. bicie, kopanie, duszenie, obezwładnienie i związanie itp.). Posłużenie się w art. 280 § 1 k.k. określeniem „przemoc wobec osoby” eliminuje możliwość dokonania rozboju przy użyciu przemocy pośredniej, skierowanej na rzecz, aby tą drogą uniemożliwić opór ofiary (np. niszczenie cennych przedmiotów, oddanie strażów z broni palnej w opony pojazdu mechanicznego, aby spowodować jego zatrzymanie

Istota rozboju polega na tym, że sprawca stosuje przemoc lub groźbę użycia natychmiastowego gwałtu na osobie po to, aby bezprawnie zawładnąć rzeczą i ją przywłaszczyć.

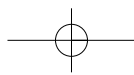
groźby natychmiastowego użycia przemocy albo doprowadzeniu człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności.

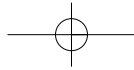
Istota rozboju polega na tym, że sprawca stosuje przemoc lub groźbę użycia natychmiastowego gwałtu na osobie po to, aby bezprawnie zawładnąć rzeczą i ją przywłaszczyć. Przesądza to, że posłużenie się przez sprawcę jednym z wymienionych w art. 280 § 1 k.k. sposobów oddziaływania na osobę musi mieć miejsce przed lub co najmniej w chwili dokonywania zaboru rzeczy¹³. Dla bytu przestępstwa rozboju nie jest obojętne, w którym momencie swojego czynu sprawca dokonuje zaboru rzeczy. Zabór rzeczy musi być bowiem albo poprzedzony użyciem przez sprawcę przemocy, albo następować jednocześnie z nim.

a następnie dokonać rabunku na podróżyujących w nim osobach). Określenie „przemoc wobec osoby” oznacza, że znamiona rozboju wypełnia również przemoc fizyczna o niewielkim natężeniu – w każdym razie musi ona stanowić co najmniej naruszenie nietykalności cielesnej i zmierzać do uniemożliwienia lub przełamania oporu pokrzywdzonego rozbojem¹⁵.

Dla bytu przestępstwa określonego w art. 280 § 1 k.k. nie jest konieczne, aby przemoc była użyta bezpośrednio wobec osoby pokrzywdzonej. Może być ona użyta wobec jakiegokolwiek osoby, byleby tylko miała określony cel, sprowadzający się do oddziaływania na osobę dysponującą rzeczą, a więc na pokrzywdzonego.

Drugim z alternatywnych sposobów popełnienia rozboju jest groźba





użycia przemocy wobec osoby. Może ona polegać na groźeniu pobiciem, spowodowaniem uszkodzenia ciała lub zastosowaniem innej formy przemocy fizycznej, przy czym groźba ta nie musi być skierowana bezpośrednio na osobę, której rzecz sprawca chce zagarnąć, ale może np. dotyczyć obecnej przy zdarzeniu osoby najbliższej. Forma wyrażenia groźby nie jest ustawowo określona, nie musi więc być przez sprawcę wypowiedziana, a wystarczy, że jednoznacznie wynika z jego zachowania się.

Kolejny sposób zachowania się sprawcy rozboju polega na doprowadzeniu człowieka do nieprzytomności lub stanu bezbronności. Należy przez to rozumieć takie działania, które wprawdzie nie polegają na zastosowaniu przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia, jednakże doprowadzają pokrzywdzonego do utraty przytomności lub czynią go bezbronnym. Utratę przytomności może np. spowodować odurzenie ofiary środkiem farmakologicznym lub chemicznym, natomiast spowodowanie bezbronności może nastąpić w wyniku zamknięcia ofiary w pomieszczeniu, podstępnego zatrzymania samochodu i pozostawienia bezradnej ofiary na szosie, odebrania osobie fizycznie upośledzonej wózka inwalidzkiego itp.¹⁶. Zdaniem Sądu Najwyższego, przez stan bezbronności należy również rozumieć sytuację, gdy wielość napastników lub znaczna dysproporcja sił pozbawia pokrzywdzonego możliwości oporu lub też możliwość tę w istotnym zakresie ogranicza¹⁷.

Kwalifikowanym typem rozboju tj., zaostrzającym odpowiedzialność karną (art. 280 § 2 k.k.) jest posługiwanie się przez sprawcę przy jego popełnieniu bronią palną, nożem lub innym podobnie niebezpiecznym przedmiotem lub środkiem obezwładniającym albo współdziałanie z osobą, która takim przedmiotem posługuje się. Typem kwalifikowanym rozboju jest także działanie w każdy inny sposób, który bezpośrednio zagraża życiu pokrzywdzonego.

Rozbój charakteryzuje się także kierunkowością działania sprawcy.

Musi on zmierzać do dokonania kradzieży, używając do realizacji tego celu przemocy wobec osoby, groźby natychmiastowego jej użycia albo doprowadzając człowieka do stanu nieprzytomności lub bezbronności. Jest to więc przestępstwo umyślne, które można popełnić jedynie z zamiarem bezpośrednim, tak co do celu działania, jak i używanych środków.

Przestępstwo określone w art. 280 k.k. jest przestępstwem powszechnym, może je więc popełnić każdy zdalny podmiot odpowiedzialności karnej. Należy jednak podkreślić, iż z uwagi na treść art. 10 § 2 k.k. za przestępstwo rozboju może ponosić odpowiedzialność karną na zasadach określonych w kodeksie karnym nieletni, który dopuszcza się czynu określonego w art. 280 § 1 k.k. po ukończeniu lat 15, a okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste przemawiają za zastosowaniem w stosunku do niego odpowiedzialności karnej określonej w kodeksie karnym. Odpowiedzialność nieletniego po ukończeniu lat 15 za przestępstwo rozboju jest możliwa zwłaszcza wówczas, gdy użyte w stosunku do nieletniego środki wychowawcze lub poprawcze okazały się bezskuteczne. Jeżeli chodzi o tryb ścigania tego czynu zabronionego to rozbój jest przestępstwem publicznoskargowym ściganym z urzędu. ■

**Paweł Wawszczak,
Biuro Rzecznika
Ubezpieczonych**

Literatura:

1) Komentarz do art. 278 kodeksu karnego, (w:) M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz praktyczny, Oficyna, 2007.

2) Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.97.88.553), (w:) A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, LEX, 2007, wyd. IV.

3) Komentarz do ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (w:) A. Zoll (red.), A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Cwiakalski, M. Dąbrow-

ska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, Kodeks karny. Część szczególna. Tom III. Komentarz do art. 278-363 k.k., Zakamycze, 2006, wyd. II.

¹ Wyrok SN z 18 grudnia 1998 r., IV KKN 98/98, Orz. Prok. i Pr. 1999, nr 7-8.

² Zgodnie z art. 51 § 1 k.c. są to rzeczy ruchome potrzebne do korzystania z innej rzeczy (rzeczy głównej) zgodnie z jej przeznaczeniem, jeżeli pozostają z nią w faktycznym związku odpowiadającym temu celowi.

³ Zgodnie z art. 115 § 5 k.k. mieniem znacznej wartości jest mienie, którego wartość w chwili popełnienia czynu zabronionego przekracza dwustukrotną wysokość najniższego miesięcznego wynagrodzenia.

⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 29 marca 1999 r., II Akz 117/98, Biuletyn S.A. w Lublinie 1999, nr 2, poz. 16.

⁵ Wyrok SA w Krakowie z 3 marca 1994 r., II Akz 128/93, KZS 1994, z. 4, poz. 16 oraz wyrok SA w Krakowie z 17 września 1992 r., II Akz 201/91, KZS 1992, z. 10, poz. 12.

⁶ Wyrok SN z 5 maja 2000 r., V KKN 406/97, Orz. Prok. i Pr. 2000, nr 4.

⁷ VII KZP 48/79, OSNKG 1980, nr 4, poz. 65.

⁸ Wyrok SN z 15 lipca 1986 r., I KR 212/85, OSNKG 1986, nr 11-12, poz. 97.

⁹ Wyrok SN z 8 stycznia 1979 r., Rw 533/78, OSNKG 1979, nr 3, poz. 26.

¹⁰ Postanowienia SN z 6 grudnia 2006 r., III KK 358/06; wyrok SN z 8 lipca 1983 r., IV KR 132/83, OSNKG 1984, nr 1, poz. 2 oraz wyrok z 11 V czerwca 1985 r., III KR 185/85, OSNKG 1986, nr 4, poz. 51.

¹¹ Wyrok SN z 31 maja 1965 r., I K 28/65, OSN 1965, nr 11, poz. 138; uchwała SN z 25 czerwca 1980 r., VII KZP 48/78, OSNKG 1980, nr 8, poz. 65.

¹² Wyrok SN z 9 czerwca 1987 r., WR 241/87, OSNKG 1988, nr 3-4, poz. 22.

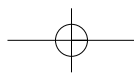
¹³ Wyrok SA w Katowicach z 26 czerwca 2003 r., II Aka 164/03, KZS 2003, z. 11, poz. 44.

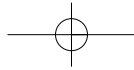
¹⁴ Wyrok SA w Łodzi z 6 czerwca 2001 r., II Aka 42/01, Prok. i Pr. 2002, nr 9, poz. 26.

¹⁵ Wyrok SA w Krakowie z 6 kwietnia 1995 r., II Akz 68/95, Orz. Prok. i Pr. 1996, nr 1, poz. 15.

¹⁶ Wyrok SN z 1 października 1995 r., II KR 128/95 z glosą S. Łagodzińskiego, Prok. i Pr. 1996, nr 12.

¹⁷ Wyrok z 14 czerwca 1989 r., V KRN 99/98, OSNKG 1989, nr 12, poz. 48).





Ubezpieczenia turystyczne

Za nami już pierwszy długi weekend majowy, przed nami kolejne okazje do krótszego i dłuższego odpoczynku i wreszcie przez wielu oczekiwany sezon urlopowy. Niestety chwilom bez troski i odpoczynku zawsze towarzyszy ryzyko wystąpienia przykrego zdarzenia. Może się ono przydarzyć nam, naszym bliskim, może również dotknąć należących do nas cennych przedmiotów, które zabieramy ze sobą. Istnieje także możliwość, że to my, podczas aktywnego spędzania wolnego czasu wyrządzimy komuś krzywdę lub zniszczymy należący do kogoś innego sprzęt.

Wszystkie te niespodziewane i przykre zdarzenia możemy uruchamiając naszą wyobraźnię, w pewien sposób przewidzieć i jak najlepiej zabezpieczyć się przed ich skutkami.

Poniżej postaramy się pokrótce przedstawić charakterystykę poszczególnych rodzajów ubezpieczeń, które będą pomocne w niespodziewanych sytuacjach, jakie mogą nas spotkać podczas wycieczki.

PAMIĘTAJMY. Ubezpieczenia turystyczne, które będziemy zawierać z zakładem ubezpieczeń mają charakter dobrowolny. Podstawowymi zapisami kształtującymi treść umowy będą ogólne warunki ubezpieczenia. **PRZED ZAWARCIEM UMOWY PRZECZYTAJMY JE KONIECZNIE.** Warunki będą zawierać podstawowe informacje na temat przedmiotu i zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela (za

jakie zdarzenie zakład ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie), jak też listę wyłączeń odpowiedzialności (za co zakład ubezpieczeń nie wypłaci odszkodowania) oraz zasady postępowania w razie wystąpienia szkody. Wszelkie niejasności dotyczące zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia wyjaśnijmy u agenta ubezpieczeniowego, pośrednika, brokera lub pracownika zakładu ubezpieczeń, przed zawarciem umowy.

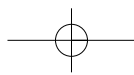
Osoby, które korzystają z form zorganizowanego wycieczki, oferowanego przez biura podróży, muszą pamiętać, że to na organizatorze wycieczki ciąży obowiązek zawarcia na rzecz uczestników umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz kosztów leczenia za granicą (KLZ). Niestety w walce cenowej o klienta ubezpieczenia te zawierane są na najniższe możliwe sumy

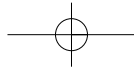
ubezpieczenia – brak przepisów określających minimalne sumy ubezpieczenia. Warto w takim przypadku uzyskać szczegółowe informacje na ten temat w biurze podróży i do ubezpieczyć się na wyższe kwoty sum ubezpieczeniowych we własnym zakresie.

Zanim przejdziemy do krótkiej prezentacji poszczególnych rodzajów ubezpieczeń związanych z wycieczkami, przypomnijmy, że Polska od 1 maja 2004 r. należy do Unii Europejskiej. Fakt ten zmienił sytuację Polaków podróżujących po terytoriach państw Wspólnoty. Nasze członkostwo w Unii Europejskiej powoduje, że na terenie danego kraju Unii, jesteśmy objęci w takim samym zakresie publiczną opieką zdrowotną i należą nam się takie same świadczenia jakie obywatelowi kraju w którym się znajdujemy. Trzeba jednak pamiętać, że w wielu krajach UE, obywatelom przysługują bezpłatnie tylko podstawowe świadczenia w ramach opieki zdrowotnej. Często obowiązuje tam zasada, że tylko świadczenia konieczne w natychmiastowej sytuacji mogą być objęte zakresem pomocy publicznej. Za wszelkie badania szczegółowe czy wyższy standard opieki będziemy musieli zapłacić z własnej kieszeni. Zdarzyć się może również, że nie będziemy mieli wpływu na miejsce gdzie będziemy leczeni – może to być w pełni płatna, prywatna klinika. Zaznaczyć należy także, że w Unii Europejskiej skupiającej w chwili obecnej 27 państw, standard opieki zdrowotnej nie jest na jednym poziomie.

Ponadto, co jest najważniejsze, przepisy prawa unijnego nie regulują kwestii związanych z transportem chorego, poszkodowanego do miejsca zamieszkania lub kraju oj-

Ubezpieczenia turystyczne, które będziemy zawierać z zakładem ubezpieczeń mają charakter dobrowolny. Podstawowymi zapisami kształtującymi treść umowy będą ogólne warunki ubezpieczenia. PRZED ZAWARCIEM UMOWY PRZECZYTAJMY JE KONIECZNIE.





czystego w celu kontynuowania leczenia. Koszty związane z transportem będziemy więc musieli pokryć z własnej kieszeni lub skorzystać, jeżeli będziemy je posiadać, z ubezpieczenia turystycznego, które w swoim zakresie standardowo powinno zawierać opcję transportu poszkodowanego do kraju.

UWAGA. Jeżeli będą Państwo chcieli korzystać z opieki zdrowotnej w ramach publicznej służby zdrowia na terytoriach państw unijnych, należy posiadać ze sobą kartę EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – którą możemy otrzymać w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia po wypełnieniu odpowiedniego wniosku. Więcej informacji na stronach internetowych NFZ – <http://www.nfz.gov.pl/ue/> – lub pod nr telefonu 022 582 84 40.

Opisywana różna sytuacja w publicznej służbie zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej powinna powodować, że wyjeżdżając do krajów Wspólnoty nie powinniśmy rezygnować z zakupu ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą.

Komercyjne ubezpieczenia turystyczne, które możemy zakupić u ubezpieczyciela przed wyjazdem, sprzedawane są z reguły w specjalnych pakietach, które standardowo zawierają:

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)

Jest to najbardziej popularne ubezpieczenie skierowane do osób, które aktywnie spędzają wolny czas. Przedmiotem tego ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego. Jako nieszczęśliwy wypadek przyjmowane jest przez zakłady ubezpieczeń zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną.

Suma ubezpieczenia (SU), którą ustalamy podczas zawarcia ubez-

pieczenia, będzie podstawowym kryterium w sytuacji wypłaty świadczenia. 100% SU otrzymają wskazane osoby za śmierć ubezpieczonego, natomiast ubezpieczony otrzyma określony procent SU odpowiadający procentowemu trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu. Z tych względów istotna jest odpowiednia wysokość SU. Według Rzecznika Ubezpieczonych minimalna SU jaką powinniśmy przyjmować podczas zawierania umowy

wszelkich kosztów związanych z powypadkowym leczeniem szpitalnym, ambulatoryjnym a także zwrot kosztów poniesionych na leki i środki opatrunkowe, do wyczerpania sumy ubezpieczenia.

W ubezpieczeniu KLZ, tak jak w NNW, bardzo ważną sprawą jest zatem wysokość sumy ubezpieczenia. To do tej kwoty zakład ubezpieczeń będzie ponosił koszty, o których pisaliśmy wcześniej. Według Rzecznika Ubezpieczonych

Koszty leczenia a także transport poszkodowanego do kraju w takich państwach jak USA i CANADA są znacznie droższe. Wybierajmy więc w przypadku podróży do takich krajów znacznie większą od standardowej sumę ubezpieczenia.

ubezpieczenia NNW w ramach pakietu ubezpieczenia turystycznego to 20 000 zł, natomiast optymalna to 50 000 zł i więcej.

Ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą (KLZ)

Jest to ubezpieczenie, któremu wobec wyjazdów Polaków głównie do państw Unii Europejskiej, wróżyono koniec w momencie wejścia Polski do jej struktur. Niestety zakres świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia jest różny w poszczególnych krajach członkowskich i często może dochodzić do sytuacji, o których już wspominaliśmy wcześniej, że za opiekę medyczną czy transport do kraju w celu dalszego leczenia będziemy musieli płacić z własnej kieszeni.

Oczywiście poza terytorium Unii Europejskiej będzie to jedno z ważniejszych ubezpieczeń wchodzących skład pakietu ubezpieczenia turystycznego – gdyż tam opieka medyczna dla obywateli polskich jest w pełni płatna.

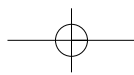
Ubezpieczenie to zapewnia pokrycie przez zakład ubezpieczeń

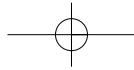
minimalną SU na jaką powinniśmy zawierać tego typu ubezpieczenie to równowartość 10 000 euro, optymalną natomiast równowartość 20 000 euro.

PAMIĘTAJMY. Koszty leczenia a także transport poszkodowanego do kraju w takich państwach jak USA i CANADA są znacznie droższe. Wybierajmy więc w przypadku podróży do takich krajów znacznie większą od standardowej sumę ubezpieczenia.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC)

Jest to ubezpieczenie, które z roku na rok staje się coraz bardziej popularne. Dzieje się tak, ponieważ coraz więcej ludzi ma świadomość, że podczas wakacyjnego wypoczynku może dojść do sytuacji, w której to my wyrządzimy komuś krzywdę lub uszkodzimy mienie. Zawarcie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zabezpiecza osobę ubezpieczoną przed obowiązkiem zapłaty odszkodowania osobie, której szkodę wyrzuciła, przerzucając ten ciężar na zakład ubezpieczeń.





Suma gwarancyjna zawieranej przez nas umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powinna być określona na poziomie równowartości minimum 50 000 euro, czyli kwocie, która pozwoli przy spełnieniu się czarnego scenariusza, na pokrycie wszelkich kosztów związanych z naszą odpowiedzialnością za szkodę.

Ważną kwestią jest wybór odpowiedniej wysokości sumy gwarancyjnej (SG). Wobec tego że na zobowiązaniu do naprawienia szkody, spoczywa obowiązek pełnego odszkodowania, w skład którego mogą wchodzić nie tylko koszty związane z przywróceniem rzeczy do stanu przed szkodą, ale także straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby szkody mu nie wyrządzono, SG powinna być na adekwatnym do zagrożeń poziomie. Trzeba także pamiętać, że w sytuacji wystąpienia szkody na osobie, zobowiązany do wypłaty odszkodowania, może na przykład ponieść bardzo wysokie koszty leczenia szpitalnego, koszty rehabilitacji, zakupu odpowiednich protez, lekarstw, koszty zalecanej diety, opieki medycznej, przyuczenia do zawodu, przystosowania mieszkania dla osoby poszkodowanej oraz zadośćuczynienia a w skrajnych przypadkach renty.

Tym samym suma gwarancyjna zawieranej przez nas umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powinna być określona na poziomie równowartości minimum 50 000 euro, czyli kwocie, która pozwoli przy spełnieniu się czarnego scenariusza, na pokrycie wszelkich kosztów związanych z naszą odpowiedzialnością za szkodę.

Ubezpieczenie kosztów akcji ratowniczej i poszukiwawczej

Ubezpieczenie to często wchodzi w skład pakietu ubezpieczenia turystycznego jakie możemy zakupić przed wyjazdem wypoczynkowym. Jest ono bardzo przydatne w sytuacji, kiedy poważny wypadek przydarzy się nam w miejscu, do którego pomoc będzie miała utrudnioną

drogę dotarcia. Mogą to być wysokie góry, lodowiec, wzburzone morze. Akcja ratownicza w takich sytuacjach będzie wymagała użycia specjalistycznego sprzętu i zaangażuje wielu ratowników. Posiadanie ubezpieczenia kosztów akcji ratowniczej pozwoli przenieść ciężar pokrycia takich kosztów na zakład ubezpieczeń.

Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe

Często zdarza się, że nasze plany urlopowe legną w gruzach. A to poważna choroba bliskiej nam osoby, a to w wyniku kradzieży utraciliśmy dokumenty uprawniające nas do wyjazdu. Problemem w takich sytuacjach staje się udział w wykupionej już wcześniej wycieczce i poniesione uprzednio koszty z nią związane. W takiej sytuacji przyda się nam właśnie ubezpieczenie kosztów rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe. Ubezpieczenie takie zabezpiecza zwrot poniesionych już przez nas kosztów w sytuacji kiedy jesteśmy zmuszeni zrezygnować z wyjazdu. Szczegółowy zakres i katalog przypadków w jakich ubezpieczyciel będzie zwracał koszty znajdziemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Ubezpieczenie bagażu

Aby zabezpieczyć nasz bagaż czy sprzęt, który towarzyszy nam podczas urlopowych wyjazdów, warto zawrzeć ubezpieczenie, które będzie nam gwarantowało zwrot wartości utraconych w skutek kradzieży, zniszczenia czy zaginięcia rzeczy. W przypadku tego ubezpieczenia należy bardzo dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, gdyż standardowe

umowy ubezpieczenia tego typu posiadają bardzo wąski zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Decydujemy się także na wybór odpowiedniej sumy ubezpieczenia, która w razie wystąpienia szkody pozwoli nam na zakup rzeczy i sprzętów, takich jakie straciliśmy.

Cena ubezpieczenia turystycznego

Jak wspomnieliśmy na początku, opisywane ubezpieczenia turystyczne proponowane są przez zakłady ubezpieczeń z reguły w formie pakietów. Koszty zawarcia takiego pakietu ubezpieczeń są uzależnione od wybranych przez nas sum ubezpieczeń, zakresu terytorialnego oraz innych czynników i wahają się od 10-25 zł za dzień świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Czyli za niewielkie pieniądze można zapewnić sobie i swoim bliskim kompleksową ochronę ubezpieczeniową.

Mamy nadzieję, że opisane w niniejszym opracowaniu ubezpieczenia dobrowolne oraz zasady opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej, pozwolą na lepsze zaplanowanie i spędzenie wypoczynku, w przeświadczeniu, że podejmując decyzję o zawarciu całego pakietu czy któregoś z opisanych ubezpieczeń, zadbałszy o bezpieczeństwo nasze, naszych bliskich, naszego majątku oraz osób, którym to my możemy wyrządzić szkodę.

Na koniec życząc udanego a przede wszystkim spokojnego wypoczynku namawiamy raz jeszcze do skorzystania z oferty ubezpieczenia turystycznego, które pozwoli spędzić nam bezpiecznie urlop. ■

Piotr Budzianowski
Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

