



**Analiza skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego  
odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia  
odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych –  
na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych  
w okresie III kwartałów 2008 roku**

Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008 roku wpłynęły **5732** pisemne skargi zgłaszane w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki **ubezpieczeń gospodarczych**. Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do problematyki **ubezpieczeń komunikacyjnych** tj. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeń autocasco, ubezpieczeń assistance, ubezpieczeń NNW kierowcy i pasażerów oraz Zielonej Karty - **3698** skarg, co stanowiło **64,5%** ogółu spraw. Wśród nich najwięcej spraw odnotowano na **obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych - 2544** sprawy, co stanowiło **44,4%** wszystkich skarg. Z analizy spraw wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych, wynika, iż w **1687** skargach (co stanowiło **66,3%** skarg dot. ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) ubezpieczający wskazywali, iż spór z zakładem ubezpieczeń dotyczył wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia.

W przypadku szkód likwidowanych z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązuje zasada pełnego odszkodowania ustalona w art. 361 § 2 k.c. określająca, iż wysokość odszkodowania powinna ściśle odpowiadać rozmiarowi wyrządzonej szkody. Oznacza to, że odszkodowanie nie może być wyższe bądź niższe od rzeczywistej szkody wyrządzonej osobie poszkodowanej.

*I. Wśród skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego przez zakład ubezpieczeń odszkodowania z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w odniesieniu do szkód na mieniu dominowały zarzuty dotyczące następujących kwestii:*

**1. Szkoda całkowita**

Problem likwidacji szkody metodą tzw. szkody całkowitej jest jednym z głównych zarzutów dotyczących szkód likwidowanych z ubezpieczenia OC komunikacyjnego i tym

samym stanowi główną przyczynę wypłaty zaniżonego odszkodowania osobom poszkodowanym. Zgodnie z art. 363 § 1 k.c. jeżeli przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu. Sąd Apelacyjny w Katowicach, w wyroku z dnia 12 lutego 1992 r. (sygn. akt I ACr 30/92) stwierdził, iż szkoda częściowa ma miejsce wówczas, gdy uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości w dniu ustalenia przez zakład ubezpieczeń tego odszkodowania. Szkoda całkowita zaś występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu w dniu likwidacji szkody. Powyższe twierdzenie w ocenie Rzecznika znajduje również uzasadnienie w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 1981r. (sygn. akt IV CR 555/80) oraz z dnia 20 lutego 2002r. (sygn. akt V CKN 903/00). Stanowisko to potwierdził także Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 12 stycznia 2006r. sygn. akt III CZP 76/05 z wniosku Rzecznika Ubezpieczonych podkreślając, iż koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.

Z chwilą wystąpienia szkody całkowitej, pojazd w stanie uszkodzonym nadal pozostaje własnością poszkodowanego, a zakład ubezpieczeń może, lecz nie jest zobowiązany do jego przejęcia. Rzecznik Ubezpieczonych analizując otrzymane skargi zaobserwował, iż w praktyce zdarza się czasami, że na wniosek poszkodowanego lub z inicjatywy zakładu ubezpieczeń dochodzi do przejęcia wraku. W takim przypadku odszkodowanie powinno być równe aktualnej wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym. Natomiast, jeżeli zakład ubezpieczeń nie przejmie uszkodzonego pojazdu, wówczas poszkodowany zobowiązany jest we własnym zakresie do zagospodarowania pozostałości np. poprzez poszukanie osoby lub podmiotu zainteresowanego ich kupnem. Wówczas Rzecznik doradza, aby poszkodowany poszukując nabywcy pozostałości pojazdu wykorzystał wszystkie dostępne środki i kanały przepływu informacji takie jak np. internet, prasa lokalna i ogólnopolska, telewizja regionalna, znajomi, zakłady prowadzące działalność w zakresie handlu pojazdami lub częściami zamiennymi oraz giełdy samochodowe.

Z analizy skarg dotyczących szkody całkowitej wynika, iż w trakcie likwidacji szkody skarżący najczęściej wskazywali na:

- określenie progu opłacalności naprawy pojazdu na poziomie 70 - 80% wartości sprzed szkody;

- rozliczenie szkody poprzez zaniżanie wartości pojazdu i zawyżanie wartości złomowanego samochodu;
- nierzetelnie, pobieżne oględziny uszkodzonego pojazdu przeprowadzone przez likwidatora (reprezentanta) zakładu ubezpieczeń;
- nieuwzględnianie przez ubezpieczyciela przedstawionej przez poszkodowanego kalkulacji naprawy pojazdu, z której wynikało, że całkowity koszt przywrócenia go do stanu sprzed wypadku jest znacznie niższy niż wartość samochodu przed wypadkiem.

Rzecznik Ubezpieczonych, nie prowadząc ustaleń faktycznych nie jest w stanie w pełnym zakresie ocenić zaistniałego stanu faktycznego tj. czy doszło do zawyżenia kosztów naprawy pojazdu w celu kwalifikacji szkody jako szkody całkowitej, jak również nie ma możliwości oceny prawidłowości przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego w zakresie właściwego ustalenia zakresu powstałych uszkodzeń. Polemika w tym zakresie wymaga wiedzy specjalistycznej z zakresu techniki samochodowej. Dlatego też, kończąc interwencję w sprawie Rzecznik wskazywał poszkodowanym na możliwość zasięgnięcia opinii u niezależnego rzeczoznawcy, który w oparciu o dokumentację akt szkody, przeprowadzić może weryfikację zasadności twierdzeń zakładu ubezpieczeń co do konieczności ustalenia odszkodowania metodą tzw. szkody całkowitej. Dodatkowo Rzecznik informował, iż zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004r. sygn. akt III CZP 24/04 odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów może - stosownie do okoliczności sprawy - obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego. Nadto Rzecznik wskazywał, iż opinia taka ma charakter dokumentu prywatnego, co oznacza iż w przypadku sporu sądowego, sąd nie jest związany jej wnioskami i może zasięgnąć w toku procesu opinii biegłego wpisanego na listę biegłych sądowych.

## **2. Części oryginalne a części alternatywne (zamienniki)**

Problem stosowania przy rozliczaniu szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych cen części alternatywnych jest często przedmiotem skarg kierowanych do Rzecznika w związku z zaniżeniem należnego odszkodowania. Ceny części alternatywnych są znacząco niższe, co ewidentnie wpływa na wysokość wypłacanych przez zakłady ubezpieczeń odszkodowań. Stosowanie w rozliczeniach z poszkodowanymi cen tzw. części alternatywnych zakłady ubezpieczeń uzasadniają przepisem § 2 pkt 20 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2003 r. w sprawie wyłączenia określonych porozumień wertykalnych w sektorze pojazdów samochodowych spod zakazu porozumień

ograniczających konkurencję (Dz.U. nr 38, poz. 329 ze zm.) - zgodnie bowiem z zawartą w tym przepisie definicją, za części oryginalne uznaje się także te części, których producent zaświadczy, że są one tej samej jakości co komponenty, które są lub były stosowane do montażu danych pojazdów samochodowych. Prawo poszkodowanego do przywrócenia pojazdu do stanu poprzedniego zawarte jest w art. 363 § 1 k.c. i jest zdaniem Rzecznika równoznaczne z obowiązkiem uwzględnienia w procesie likwidacji szkody elementów identycznych z tymi, jakie zostały uszkodzone, chyba że poszkodowany wyrazi zgodę na zastosowanie części proponowanych przez zakład ubezpieczeń. Nierzadko części alternatywne w sposób istotny różnią się jakością od części oryginalnych, a ich montaż wymaga dodatkowych czynności dostosowawczych, co może mieć wpływ m.in. na bezpieczeństwo jazdy, jakość i estetykę dokonanej naprawy. W opinii Rzecznika decyzja poszkodowanego o naprawie pojazdu częściami oryginalnymi jest jego prawem wynikającym z zasady pełnego odszkodowania zawartej w art. 361 § 2 k.c., a także - stosownie do art. 363 § 2 k.c. - prawem do posiadania pojazdu o częściach identycznych z uszkodzonymi, a nie wyborem wykraczającym poza obowiązek odszkodowawczy.

W skargach dotyczących omawianego zagadnienia skarżący wskazywali najczęściej na:

- obowiązek konsultowania z ubezpieczycielem cen części zamiennych i usług;
- ograniczenie prawa do wyboru warsztatu naprawczego;
- obowiązek poszukiwania sprzedawców oferujących najtańsze części;
- uzależnianie zapłaty pełnego odszkodowania od faktu dokonania naprawy i przedstawienia dokumentów potwierdzających przeprowadzenie naprawy;
- uprawnienie ubezpieczyciela do przeprowadzania oględzin pojazdu podczas i po naprawie;
- konieczność naprawienia pojazdu w serwisie ASO i użycie części oryginalnych, co gwarantowało właściwą jakość wykonanej naprawy;
- przyjęcie do wyceny wysokości szkody ceny części nowych pochodzących z sieci dystrybucyjnej nie zależnej od stacji ASO;
- fakt dokonania naprawy z użyciem części nieoryginalnych, który wpłynie na utratę wartości handlowej pojazdu sprzed wypadku.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych zakład ubezpieczeń w analizowanych sprawach nie wykazał aby użycie do naprawy pojazdu części nowych i pochodzących od producenta powodowało bezpodstawne wzbogacenie się poszkodowanego. W przypadku, gdy pojazd nie przechodził wcześniejszych napraw z użyciem części nieoryginalnych zasadą powinno

być użycie do naprawy takich części jakie były w pojeździe zamontowane tj. oryginalnych, bez względu na wiek pojazdu. Zdaniem Rzecznika powyższe działania mogą także uzasadniać względy bezpieczeństwa, gdyż poszkodowany ma prawo nie mieć rozeznania co do jakości części alternatywnych, a tym samym kierować się przy wyborze warsztatu naprawczego faktem, iż części użyte do naprawy będą pochodziły od producenta i spełniały określone przez niego wymagania.

Zakłady ubezpieczeń udzielając odpowiedzi na interwencje Rzecznika w sprawach z analizowanego zakresu wskazywały, iż:

- użycie do naprawy pojazdu części najdroższych dostępnych na rynku wykracza poza obowiązek odszkodowawczy;
- poszkodowany był informowany o możliwości nabycia oraz danych dystrybutora znacznie tańszych nowych części;
- poszkodowany był informowany o warsztatach, które wykonałyby naprawę pojazdu w ramach przyznanego odszkodowania;
- zastosowanie fabrycznie nowych oryginalnych części zamiennych w pojeździe eksploatowanym w okresie kilku lat nie jest niezbędne i ekonomicznie uzasadnione;
- poszkodowany nie przedstawił rachunków lub faktur potwierdzających wysokość wydatków poniesionych na naprawę pojazdu;
- zastosowanie części alternatywnych o tej samej jakości, co części użyte do montażu pojazdu gwarantuje pełne przywrócenie pojazdu do stanu sprzed szkody;
- pojazd nie posiadał pełnej gwarancji producenta;
- poszkodowany nie udokumentował, iż poniósł koszty wyższe od wypłaconego odszkodowania i nie przedstawił swojego kosztorysu do zweryfikowania.

### **3. Utrata wartości handlowej pojazdu**

Kolejny problemem pojawiający się w skargach dotyczył wypłaty zaniżonego odszkodowania w związku z odmową uznania roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu. Należy wspomnieć, iż zgodnie z art. 361 § 2 k.c. po stronie zobowiązanego występuje obowiązek pełnej kompensaty szkody, co oznacza że kwota odszkodowania zawierać powinna zarówno koszt naprawy pojazdu jak i kwotę odzwierciedlającą utraconą wartość handlową pojazdu. Stanowisko to znajduje potwierdzenie w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2001r. sygn. akt III CZP 57/01 stwierdzającej, iż odszkodowanie za uszkodzenie samochodu może obejmować oprócz kosztów jego

naprawy także zapłatę sumy pieniężnej, odpowiadającej różnicy między wartością tego samochodu przed uszkodzeniem i po naprawie.

W kwestii roszczenia z tytułu ubytku wartości handlowej pojazdu, Rzecznik Ubezpieczonych wskazuje, iż nawet najbardziej staranna naprawa samochodu nie zapobiegnie zmniejszeniu jego wartości rynkowej w stosunku do jego stanu sprzed szkody, bowiem już sam fakt uczestnictwa samochodu w wypadku wpływa na obniżenie tej wartości. W związku z powyższym, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, roszczenie o utratę wartości handlowej pojazdu mieści się – co do zasady – w granicach normalnych następstw szkody, powodujących obowiązek gwarancyjny ze strony zakładu ubezpieczeń. O obniżeniu wartości handlowej, obok samego faktu naprawy, decyduje wiele innych czynników, takich jak np. wiek pojazdu, zakres i rodzaj uszkodzeń oraz stan samochodu przed wypadkiem. Zdaniem Rzecznika, na ubytek wartości handlowej pojazdu istotny wpływ ma także tzw. aspekt psychologiczny. Dla potencjalnego nabywcy z pewnością bowiem będzie mieć znaczenie informacja, że pojazd był wcześniej uszkodzony, co przy dzisiejszej podaży na rynku pojazdów używanych może mieć decydujący wpływ na obniżenie ceny takiego samochodu.

Z analizy skarg wynika, że zakłady ubezpieczeń odmawiając odszkodowania obejmującego utratę wartości handlowej pojazdu najczęściej jako przyczynę podają, iż:

- przeprowadzona naprawa przywróciła wartości użytkowe i estetyczne pojazdu sprzed wypadku;
- okres użytkowania pojazdu, w którym ubytek ma być szacowany nie powinien przekraczać trzech lat;
- zakres uszkodzeń był niewielki i nie wpłynął na utratę wartości handlowej pojazdu;
- koszt naprawy nie przekracza 10% wartości pojazdu;
- nie nastąpiło uszkodzenie nośnych elementów nadwozia;
- wartość rynkowa pojazdu określona na dzień wystąpienia szkody w stosunku do wartości takiego samego pojazdu w stanie nowym nie powinna być mniejsza niż 60%;
- poszkodowany nie wykazał strat powstałych z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu tj. nadal jest właścicielem pojazdu powypadkowego i żądanie wypłacenia mu jakiegokolwiek kwoty tytułem naprawienia tzw. „szkody handlowej” jest przedwczesne;
- utrata wartości handlowej związana jest z nieprawidłowo wykonaną naprawą za którą konsekwencje ponosi wyłącznie jej wykonawca;

- uszkodzenie pojazdu nie jest pierwszym uszkodzeniem o charakterze kolizyjnym;
- brak jest pełnej gwarancji producenta;
- pojazd nie został przedstawiony do oględzin po wykonanej naprawie.

Niektóre zakłady ubezpieczeń odmawiając uwzględnienia ubytku wartości pojazdu w wypłacanych odszkodowaniach jako podstawę powołują Instrukcję Określenia Rynkowego Ubytku Wartości Pojazdu nr 1/2002 z dnia 17 stycznia 2002 r. zatwierdzoną uchwałą Prezydium Rady Naczelnej Stowarzyszenia Rzecznawców Techniki Samochodowej EKSPERTMOT. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych wytyczne określone w Instrukcji EKSPERTMOT nie stanowią prawa powszechnie obowiązującego, stanowi wyłącznie materiał pomocowy. To że zawiera dane odnoszące się do pojazdów, co najwyżej trzyletnich nie jest jednoznaczne, iż samochody starsze nie tracą na swej wartości z tytułu uszkodzeń wypadkowych. Stratę tą należy dla tej grupy pojazdów ustalić indywidualnie.

#### **4. Podatek VAT**

W skargach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych pojawia się również problem dochodzenia roszczeń w zakresie podatku od towarów i usług, przez osoby niebędące podatnikami podatku VAT, którym wypłacono odszkodowanie w kwocie netto.

Na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych, Sąd Najwyższy uchwałą siedmiu sędziów z dnia 17 maja 2007 r. sygn. akt III CZP 150/06 potwierdził stanowisko Rzecznika w zakresie podatku VAT stwierdzając, iż odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu ustalone według cen części zamiennych i usług obejmuje kwotę podatku od towarów i usług VAT w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego. Uchwała ta ustanawiając jednoznaczną linię orzecznictwa, ostatecznie rozstrzygnęła wątpliwości dotyczących podatku VAT w kontekście ustalania odszkodowania na podstawie kosztorysu. Zdaniem Sądu przepis art. 17a ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie może uzasadniać uwzględniania podatku VAT wyłącznie w przypadku dokonania naprawy i udokumentowania tego faktu fakturami.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych odszkodowanie brutto, tj. z podatkiem VAT należy się poszkodowanemu:

- w każdym przypadku, gdy nie jest jego podatnikiem;
- niezależnie od tego czy, naprawił pojazd;

- w przypadku, gdy podatek nie został uwzględniony przy likwidacji szkody we wcześniejszych okresach;
- pod warunkiem, iż nie nastąpiło przedawnienie roszczenia;
- w sytuacji, gdy nie wydano ostatecznego prawomocnego wyroku oddalającego roszczenie o wypłatę VAT;
- jeżeli nie zawarto ugody w zakresie wysokości odszkodowania.

W większości spraw z omawianego zakresu na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń po dokonaniu ponownej analizy dokumentacji szkodowej zmieniał swoje dotychczasowe stanowisko i uznawał zgłoszone roszczenie o dopłatę równowartości podatku VAT.

Z analizy skarg z tego zakresu wynika, iż zakłady ubezpieczeń najczęściej odmawiają dopłaty podatku VAT w sytuacji, gdy:

- twierdzą, że odszkodowanie zostało już wypłacone w kwocie brutto, mimo iż analiza dokumentów tego nie potwierdza;
- poszkodowany przyjął (zaakceptował) wyliczoną kwotę odszkodowania (nie zawierającą podatku VAT) co zdaniem ubezpieczyciela spowodowało wygaśnięcie zgłoszonego roszczenia;
- poszkodowany nie przedstawił dowodu pozwalającego na uznanie braku możliwości odliczenia podatku VAT;
- poszkodowany nie złożył oświadczenia pozwalającego na uznanie zasadności roszczenia.

Z analizy skarg wynika, iż w niektórych przypadkach stanowisko zakładu ubezpieczeń znajduje prawne uzasadnienie np. odszkodowanie zostało wypłacone na podstawie zawartej ugody, nastąpiło przedawnienie roszczenia, poszkodowany domagał się wypłaty podatku VAT przy rozliczeniu szkody metodą szkody całkowitej, poszkodowany jest podatnikiem podatku VAT i ma możliwość skorzystania z odliczenia wskazanego podatku. Rzecznik nie podziela prezentowanego w niektórych sprawach stanowiska ubezpieczycieli, że przyjęcie przez poszkodowanego wyliczonej przez zakład ubezpieczeń kwoty odszkodowania (niezawierającej podatku VAT) spowodowało wygaśnięcie zgłoszonego roszczenia. W ocenie Rzecznika zaakceptowanie przez poszkodowanego rozliczenia szkody w formie wyceny sporządzonej przez ubezpieczyciela należy traktować jedynie jako wyrażenie woli wyboru określonej formy rozliczenia szkody (kosztorysowej), nie zaś jako formę akceptacji rozliczenia szkody w wartości netto.

## 5. Pojazd zastępczy

W opinii Rzecznika, jeżeli poszkodowany wykaże, iż koszty które poniósł tytułem wynajmu pojazdu zastępczego były konieczne wówczas zakład ubezpieczeń jest obowiązany do ich wyrównania. Z analizy skarg wynika, iż zakłady ubezpieczeń bardzo często odmawiają zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego osobom fizycznym nieprowadzącym działalności gospodarczej. Powyższe działania są w ocenie Rzecznika pozbawione podstaw prawnych. Jeżeli bowiem prawo najmu pojazdu zastępczego przysługuje osobom prowadzącym działalność gospodarczą, to przysługuje ono na takich samych zasadach również osobom nieprowadzącym takiej działalności. Zdaniem Rzecznika nie w każdym przypadku, gdy uszkodzeniu lub zniszczeniu uległ pojazd, wynajem pojazdu zastępczego musi być uzasadniony. Poszkodowany powinien również wykazać, iż w czasie w którym oczekuje na naprawienie szkody, rzeczywiście użytkowałby pojazd, a jego brak wiązałby się z powstawaniem nowych strat lub powodował trudności w wypełnianiu codziennych obowiązków, nie tylko zawodowych. Istotą roszczeń poszkodowanego jest to, że przed wypadkiem korzystał z samochodu, a na skutek szkody jest pozbawiony dobra jakim jest pojazd. Nadto, Rzecznik zwraca uwagę, aby pojazd zastępczy był pojazdem tej samej klasy co pojazd używany przed szkodą.

W sprawach dotyczących uprawnienia poszkodowanego do wynajęcia pojazdu zastępczego skarżący zwracali szczególną uwagę na:

- zastosowanie do ustalenia odszkodowania cen średnich z rynku lokalnego a nie faktycznie poniesionych;
- nieuwzględnianie zasadności całego okresu wynajęcia pojazdu zastępczego;
- przedłużony czas potrzebny do naprawy pojazdu spowodowany koniecznością sprowadzenia części;
- opieszały i z małym zaangażowaniem proces likwidacji szkody prowadzony przez zakład ubezpieczeń;
- brak refundacji kosztów w sytuacji, gdy poszkodowany nie prowadzi działalności gospodarczej lub której charakter nie wymagał posługiwania się pojazdem;
- uzależnianie wypłaty odszkodowanie od przedłożenia wykazu środków trwałych firmy.

Natomiast, w odpowiedziach na wystąpienia Rzecznika Ubezpieczonych w sprawach dotyczących wynajmu pojazdu zastępczego, zakłady ubezpieczeń uzasadniając odmowę wskazywały najczęściej na:

- bierne oczekiwanie ze strony poszkodowanego na zapłatę odszkodowania powodujące dalsze zwiększanie szkody;
- brak udokumentowania, iż uszkodzony pojazd wykorzystywany był do celów prowadzenia działalności gospodarczej;
- wykorzystywanie pojazdu wyłącznie do zaspokojenia potrzeb osobistych np. w celu dojazdu do pracy;
- brak oryginalnych faktur potwierdzających opłatę za wynajem pojazdu zastępczego;
- przedstawienie przez poszkodowanego rachunku za wynajem, który dotyczył pojazdu osobowego a nie ciężarowego;
- brak wykazania związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym a koniecznością wynajmu pojazdu zastępczego.

## **6. Utracone korzyści**

Z napływających do Rzecznika Ubezpieczonych skarg wynika, iż ustalenie rozmiarów szkody w postaci utraconych korzyści z powodu uszkodzenia pojazdu często sprawia osobom poszkodowanym trudności. Odszkodowanie za utracone korzyści przysługuje poszkodowanemu, który wskutek niemożności korzystania z samochodu utracił przewidywane dochody (np. wynagrodzenie). Powyższa sytuacja ma miejsce przede wszystkim w przypadku osób, dla których uszkodzony pojazd stanowił narzędzie pracy np. osoby posługujące się samochodem jako taksówką, służącym do przewozu towarów lub prowadzące inną działalność gospodarczą wykonywaną przy użyciu lub z pomocą samochodu.

W skargach dotyczących ustalenia rozmiarów szkody w postaci utraconych korzyści pojawiały się najczęściej zagadnienia dotyczące:

- sposobu wyliczenia dziennej stawki utraconego dochodu;
- zakresu uszkodzeń samochodu, które były niewielkie i nie uniemożliwiały dalszej eksploatacji pojazdu do momentu oddania go do warsztatu naprawczego;
- braku związku przyczynowo skutkowego pomiędzy uszkodzeniem samochodu, a niewywiązaniem się z umowy.

Inne przyczyny sporu co do wysokości przyznanego przez zakład ubezpieczeń odszkodowania dochodzonego z tytułu szkody majątkowej likwidowanej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych dotyczyły:

- braku zwrotu całkowitych kosztów za holowanie pojazdu;
- nieuwzględniania całości poniesionych wydatków za parkowanie pojazdu.

Z analizy skarg wynika, iż zakłady ubezpieczeń uzależniają pokrycie powyższych kosztów od przedstawienia oryginalnych faktur oraz należytego wykazania szkody w tym zakresie. Ich zdaniem to poszkodowany powinien udowodnić, iż nie miał możliwości wyboru np. holownika, a tym samym na nie miał wpływu na wysokość żądanej kwoty za wykonaną usługę. Zaś w przypadku pozostawienia pojazdu na parkingu, zdaniem zakładu ubezpieczeń, należy wykazać zasadność żądania pokrycia kosztów za okres, w którym pojazd faktycznie przebywał na parkingu.

We wszystkich analizowanych sprawach, gdy spór dotyczył stanu faktycznego, a po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych stanowisko zakładu ubezpieczeń nie uległo zmianie, Rzecznik wskazywał, iż wyjaśnienie sprawy możliwe jest jedynie na drodze ewentualnego postępowania sądowego, w ramach którego sąd może przeprowadzić wszechstronne postępowanie dowodowe, w tym np. powołać rzeczoznawców z zakresu ruchu drogowego celem gruntownego wyjaśnienia okoliczności i rozmiaru powstałej szkody. Możliwość zasięgnięcia opinii u niezależnego rzeczoznawcy istnieje również, jeszcze przed skierowaniem sprawy na drogę postępowania sądowego. Opinia taka sporządzona na zlecenie poszkodowanego, może być następnie wykorzystana w sporze sądowym. Należy jednak pamiętać, że będzie ona mieć wyłącznie charakter tzw. dokumentu prywatnego, co oznacza, że sąd może, ale nie musi brać pod uwagę zawartych w niej wniosków i np. zasięgnąć w toku procesu opinii innego biegłego, wpisanego na listę biegłych sądowych.

*II. Wśród skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego przez zakład ubezpieczeń odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w odniesieniu do szkód osobowych dominowały następujące kwestie:*

### **1. Zadośćuczynienie**

W skargach wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych najczęściej pojawia się problem dotyczący zaniżonego zadośćuczynienia wypłacanego przez zakład ubezpieczeń, które w odczuciu poszkodowanego nie wyrównuje w pełni wyrządzonej w następstwie wypadku szkody niemajątkowej. Wskazać należy, iż instytucję zadośćuczynienia precyzuje art. 445 § 1 k.c. stanowiący, iż osobie poszkodowanej, która w wyniku wyrządzonej jej

szkody doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W opinii Rzecznika przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy zawsze brać pod uwagę całokształt okoliczności danej sprawy, a w szczególności takie elementy jak:

- stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego;
- nasilenie cierpień fizycznych i psychicznych;
- długotrwałość choroby;
- długotrwałość i uciążliwość procesu leczenia i rehabilitacji np. bolesność wykonywanych zabiegów, przeprowadzane operacje, pobyt w sanatorium;
- rozmiar kalectwa i oszpeceń;
- trwałość następstw zaistniałego zdarzenia;
- wiek, płeć, stan cywilny, zawód poszkodowanego;
- sytuację życiową poszkodowanego przed i po wypadku;
- poczucie bezradności życiowej poszkodowanego;
- konsekwencje doznanych urazów w życiu prywatnym i zawodowym, w tym np. utrata możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, korzystania z określonych rozrywek, uprawiania sportu, zawarcia związku małżeńskiego, posiadania dzieci;
- aktualną stopę życiową społeczeństwa w rejonie, w którym mieszka poszkodowany;
- zachowanie się i postawę sprawcy szkody.

Z analizy skarg wpływających do Rzecznika wynika, iż poszkodowani w kwestii wysokości wypłaconego zadośćuczynienia najczęściej wskazywali na:

- zaniżanie procentowego uszczerbku na zdrowiu;
- nieuwzględnianie wszystkich obrażeń ciała doznanych przez poszkodowanego oraz ich rozmiaru;
- nieuwzględnianie wszystkich czynników wpływających na wysokość zadośćuczynienia;
- przyznawanie kwoty zadośćuczynienia nieadekwatnej i niewspółmiernej do poniesionej krzywdy, która nie jest w stanie zrehabilitować bólu i cierpienia.

W odpowiedziach udzielanych na interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, zakłady ubezpieczeń podtrzymując swoje wcześniejsze stanowisko odnośnie wysokości wypłaconego zadośćuczynienia twierdziły, iż:

- nie doszło do ujawnienia nowej krzywdy warunkującej zwiększenie świadczenia;

- nie przedstawiono dokumentów medycznych świadczących o tym, iż stan zdrowia poszkodowanego pogorszył się od dnia ustalania świadczenia;
- wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego określono na podstawie ustaleń poczynionymi przez lekarzy orzeczników;
- poszkodowany nie wymagał hospitalizacji, nie przechodził zabiegów operacyjnych ani innych działań inwazyjnych;
- poszkodowany nie odniósł obrażeń ciała, które doprowadziłyby do widocznego kalectwa lub oszpecenia;
- przebyty uraz nie pozostawił trwałych i nieodwracalnych skutków;
- leczenie poszkodowanego nie zostało jeszcze zakończone;
- przyznane zadośćuczynienie spełnia swoją funkcję kompensacyjną i jest adekwatne do rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy;
- przyznane zadośćuczynienie rekompensuje ujemne następstwa zdarzenia mogące mieć miejsce w przyszłości;
- wypadek nie uniemożliwił poszkodowanemu realizacji jakichkolwiek funkcji społecznych, zawodowych czy osobistych;
- wysokość zgłoszonego roszczenia była zbyt wygórowana w świetle oceny medycznej a także orzecznictwa sądów powszechnych.

## **2. Stosowne odszkodowanie**

W analizowanych skargach osoby pośrednio poszkodowane skarżyły się na przyznawanie przez ubezpieczycieli zaniżonego stosownego odszkodowania należnego im w związku ze śmiercią osoby bliskiej. Wspomnieć należy, iż z roszczeniem o stosowne odszkodowanie mogą wystąpić zgodnie z art. 446 § 3 k.c. najbliżsi członkowie rodziny zmarłego, jeżeli wykażą, iż skutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych stosowne odszkodowanie powinno przysługiwać osobie pośrednio poszkodowanej w sytuacji, gdy:

- odczuwa brak pomocy w opiece i wychowywaniu dzieci;
- odczuwa brak wsparcia i pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, rolnego lub firmy rodzinnej;
- cierpi na depresję, załamanie psychiczne skutkujące utratą możliwości zarobkowania;
- nastąpiło obniżenie jej sprawności życiowej;

- utraciła możliwości realnego polepszenia warunków życiowych;
- nastąpiło zwiększenie potrzeb i wzrost ponoszonych stałych wydatków;
- zmarły był jedynym żywicielem rodziny.

Z analizy skarg można zaobserwować, że zakłady ubezpieczeń odmawiają podwyższenia kwoty przyznanego stosownego odszkodowania, jeżeli:

- nie wystąpiły istotne zmiany w stanie zdrowia wywołane tragiczną śmiercią osoby najbliższej;
- nie nastąpiło pogorszenie sytuacji materialnej na skutek zmiany w stanie zdrowia najbliższych zmarłego będącej następstwem śmierci poszkodowanego;
- zmarły nie mieszkał z rodziną;
- zmarły nie miał środków na płacenie alimentów;
- brak było więzi emocjonalnej z dziećmi, świadczenia codziennej pomocy i wypełniania obowiązków wychowawczych.

### **3. Koszty związane z leczeniem, rehabilitacją i zgonem poszkodowanego**

Znaczna grupa spraw dotyczyła zaniżania przez zakłady ubezpieczeń kosztów poniesionych przez poszkodowanego w związku przebyciem leczeniem lub rehabilitacją. Należy dodać, iż w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje w myśl art. 444 § 1 k.c. wszelkie wyniki z tego powodu koszty. W przypadku szkody osobowej poszkodowanemu przysługuje więc zwrot wszelkich kosztów, które pozostają w związku przyczynowym z wypadkiem komunikacyjnym likwidowanym z polisy OC sprawcy szkody. Zaliczamy do nich koszty:

- związane z leczeniem i rehabilitacją poszkodowanego np. koszty leków, preparatów, maści, protezowania i sprzętu rehabilitacyjnego, wizyt w placówkach służby zdrowia i u lekarzy specjalistów, koszty zabiegów rehabilitacyjnych;
- zniszczonej odzieży i innych rzeczy uszkodzonych w wypadku;
- związane z odpowiednim odżywianiem poszkodowanego w okresie leczenia i rehabilitacji;
- dodatkowej opieki nad poszkodowanym;
- dojazdów poszkodowanego do szpitala, na wizyty lekarskie i zabiegi rehabilitacyjne;
- przejazdów osób bliskich do i ze szpitala;
- adaptacji mieszkania stosownie do potrzeb poszkodowanego;
- przygotowania do wykonywania innego zawodu;

- wizyt, leczenia i rehabilitacji w prywatnych placówkach opieki medycznej – po wykazaniu, że istnieje konieczność takich wizyt i metod leczenia;
- zwrotu utraconych zarobków, premii, nagród, dodatkowego wynagrodzenia rocznego.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych poniesienie tych kosztów powinno być przez poszkodowanego odpowiednio udokumentowane poprzez przedstawienie paragonów, faktur, rachunków, oświadczeń bądź umów na wykonywane usługi. W przeciwnym razie, co znajduje swoje odzwierciedlenie w analizowanych sprawach, ubezpieczyciel z braku odpowiednich dowodów będzie miał podstawy do kwestionowania zasadności pokrycia wnoszonych kosztów, co może spowodować zagrożenie ich uzyskania nawet na drodze postępowania sądowego. Zadaniem Rzecznika Ubezpieczonych w sytuacji, gdy z analizy sprawy wynikało, iż spór dotyczył zagadnień związanych przede wszystkim z kwestiami o charakterze medycznym definitywne wyjaśnienie sprawy może nastąpić wyłącznie po przeprowadzeniu weryfikacji przez odpowiednich lekarzy specjalistów.

Z analizy skarg wynika, iż zakłady ubezpieczeń zaniżają odszkodowanie za poniesione koszty leczenia w sytuacji, gdy poszkodowany:

- nie udokumentował kosztów leczenia lub rehabilitacji;
- nie przedłożył faktur za zakup leków;
- przedstawił fakturę dotyczącą okresu sprzed szkody;
- zakupił leki i sprzęt rehabilitacyjny, który nie pozostaje w związku przyczynowym z leczeniem następstw wypadku;
- żąda zwrotu za leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich;
- odbywał wizyty lekarskie dotyczące leczenia schorzenia samoistnego nie pozostającego w związku przyczynowym ze zdarzeniem;
- rozpoczął leczenie dopiero po 2 latach od wypadku;
- przebywał w sanatorium chociaż leczenie mogło nastąpić w miejscu jego zamieszkania.

W przypadku zgonu poszkodowanego ubezpieczyciel po udokumentowaniu za pomocą faktur lub rachunków, zobowiązany jest do pokrycia kosztów wystawienia nagrobka, kosztów transportu zwłok, zakupu trumny, miejsca na cmentarzu, zakupu odzieży żałobnej, wydatków na wieńce i kwiaty, wydatków poniesione na poczęstunek dla osób biorących udział w pogrzebie. Z analizy skarg wynika, iż zakłady ubezpieczeń często zaniżają wypłacone z tego tytułu odszkodowanie. W uzasadnieniu podają, iż zobowiązani są tylko do zwrotu wydatków odpowiadających zwyczajom panującym w danym środowisku i utrzymanym

w rozsądnych granicach stosownych do okoliczności. Najczęściej problem ten dotyczy zwrotu kosztów wystawienia nagrobka. Ubezpieczyciele biorą w takich przypadkach pod uwagę ceny przeciętne, szczególnie w sytuacji, gdy ich zdaniem koszty poniesione przez rodzinę zmarłego zostały rażąco wygórowane. Nadto, niektórzy ubezpieczyciele pomniejszają kwotę udokumentowanych kosztów pogrzebu o zasiłek pogrzebowy wypłacany z tytułu ubezpieczenia społecznego przez ZUS.

#### **4. Renty**

W analizowanych skargach pojawiał się również problem zaniżania przez zakłady ubezpieczeń świadczenia wypłacanego z tytułu renty. Wskazać należy, iż poszkodowany zgodnie z art. 444 § 2 może żądać od zakładu ubezpieczeń zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty w sytuacji, gdy:

1. utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej;
2. zwiększyły się jego potrzeby;
3. zmniejszyły się widoki powodzenia na przyszłość.

Z analizy skarg wpływających do Rzecznika wynika, iż przy ustalaniu wysokości renty zakłady ubezpieczeń nie biorą pod uwagę takich czynników jak: wykonywany przez poszkodowanego zawód, wiek, stan zdrowia poszkodowanego przed wypadkiem, stopień ograniczenia zdolności do pracy, perspektywy związane z miejscem pracy np. zasady wynagradzania, możliwość awansów, podwyższania kwalifikacji.

##### **a) renta na zwiększone potrzeby**

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu renty na zwiększone potrzeby nie jest niezbędne udowodnienie, iż koszty zostały poniesione. Poszkodowany musi jedynie udowodnić, że istnieje konieczność ponoszenia pewnych kosztów i uprawdopodobnić ich wysokość. Dla skutecznego wykazania uprawnienia do tego typu renty poszkodowany powinien przedstawić zaświadczenie, opinię lekarską, która wskazuje zakres zwiększonych potrzeb i prawdopodobny czas w jakim będą one występowały. W ocenie Rzecznika prawo do renty na zwiększone potrzeby przysługuje, gdy istnieje konieczność stałego leczenia, zabiegów, kuracji, opieki osób trzecich, specjalnego odżywiania czyli gdy ujawni się konieczność ponoszenia stale zwiększonych wydatków na odpowiednie leczenie dla osiągnięcia poprawy lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia poszkodowanego.

Z analizy otrzymywanych spraw wynika, iż często zakłady ubezpieczeń zmniejszają kwotę wypłacanej renty twierdząc, iż zmniejszył się zakres zwiększonych potrzeb poszkodowanego np. poszkodowany nie wymaga dalszej rehabilitacji, konieczności przyjmowania leków, wizyt u lekarzy specjalistów, wyjazdów do sanatorium, korzystania z pływalni, specjalistycznej diety. Zdaniem zakładu ubezpieczeń ponowne rozpatrzenie wniosku o podwyższenie renty będzie możliwe po przedłożeniu przez poszkodowanego dokumentacji potwierdzającej wnoszone roszczenia. Również w opinii Rzecznika zmiana stanowiska ubezpieczyciela może nastąpić jedynie po wykazaniu, iż faktycznie ponoszone koszty na leczenie i utrzymanie stanu zdrowia poszkodowanego przekraczają wysokość przyznanej renty.

#### b) renta uzupełniająca

Jeśli na skutek wypadku poszkodowany utracił zdolność do pracy zarobkowej przysługuje mu renta uzupełniająca. Oceny utraty zdolności do pracy zarobkowej dokonuje się po zakończeniu procesu leczenia biorąc pod uwagę charakter, trwałość i rozmiar następstw wypadku, a także oceniając ich wpływ na możliwość kontynuacji pracy zarobkowej.

Wnosząc o podwyższenie renty wyrównawczej poszkodowani najczęściej wskazywali na podwyżki płac w branży w jakiej pracowali przed wypadkiem oraz że utracili możliwość podwyższania swoich kwalifikacji, a co tym samym wzrostu wynagrodzenia.

Z analizy skarg wynika, iż w sytuacji, gdy poszkodowany prowadził przed wypadkiem działalność gospodarczą w celu ustalenia przysługującej mu renty ubezpieczyciel żąda przedstawienia kosztów i przychodów za okresy sprzed szkody np. sprawozdania podatkowe, wskaźniki zyskowności danej branży, kopie umów o świadczenie usług w zakresie prowadzonej działalności. W sytuacji, gdy poszkodowany nie przedstawił stosownej dokumentacji zakład ubezpieczeń odmawiał bądź ograniczał wypłacane z tego tytułu odszkodowanie.

#### c) renta alimentacyjna

W przypadku śmierci poszkodowanego o przyznanie renty alimentacyjnej mogą zwrócić się osoby względem których na zmarłym ciążył obowiązek alimentacyjny, a także osoby, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków do życia, jeśli z okoliczności sprawy wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego. Są to najczęściej dzieci bądź wychowankowie zmarłego, rzadziej małżonek lub konkubent, a także rodzice dziadkowie lub rodzeństwo, którzy pozostawali na wyłącznym utrzymaniu zmarłego. Zakłady

ubezpieczeń ustalając wysokość renty alimentacyjnej pomniejszając potencjalny dochód zmarłego o część jaką przeznaczałby na własne potrzeby.

Z analizy skarg wynika, iż ubezpieczyciele odmawiają podwyższenia renty alimentacyjnej twierdząc, iż przyznana renta odpowiada skromnym możliwościom zarobkowym i majątkowym zmarłego lub nie udokumentowano wyższych dochodów jakie mogłaby uzyskiwać osoba zmarła. W opinii Rzecznika, zakłady ubezpieczeń ustalając wysokości renty alimentacyjnej, powinny brać również pod uwagę brak osobistych starań zmarłego rodzica w utrzymaniu i wychowaniu dziecka.

### *III. Przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody*

Analizując skargi wpływające do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące zaniżonego odszkodowania lub świadczenia bardzo często zakłady ubezpieczeń zmniejszając wypłacane odszkodowanie powołują się na uregulowaną w art. 362 k.c. sytuację, w której poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody. Za przyczynienie się, należy uznać takie zachowanie poszkodowanego, które pozostaje w związku przyczynowym ze szkodą oraz jest obiektywnie nieprawidłowe.

Wśród najczęstszych przyczyn wpływających na ograniczenie odszkodowania z uwagi na przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody należy wymienić:

- poruszanie się pojazdem z nadmierną prędkością;
- brak zastosowania środków ostrożności podczas jazdy lub manewru;
- wykonywanie manewru w miejscu niedozwolonym np. naruszenie zakazu wyprzedzania w obrębie skrzyżowania przy podwójnej ciągłej linii, zatrzymanie pojazdu na łuku drogi;
- jazdę z nietrzeźwym kierowcą lub spożywanie alkoholu wspólnie z kierowcą pojazdu, który spowodował wypadek;
- brak zapiętych pasów bezpieczeństwa;
- nieprawidłowe zachowanie się małoletniego;
- niewłaściwe zachowanie się poszkodowanego na drodze np. poszkodowany wszedł na przejście dla pieszych przed nadjeżdżającym pojazdem, poszkodowany będąc w stanie nietrzeźwym leżał na drodze.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych ocena zasadności i wielkości przyjętego stopnia przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody powinna być każdorazowo dokonywana przez zakład ubezpieczeń w oparciu o konkrety stan faktyczny. W wielu przypadkach dochodzi po stronie ubezpieczycieli do nadmiernie wysokiego ustalenia przyczynienia się do szkody. Natomiast w przypadku, gdy pomimo sugestii Rzecznika odnośnie zmniejszenia wielkości przyjętego przyczynienia stanowisko ubezpieczyciela nie uległo zmianie, taka ocena może nastąpić wyłącznie na drodze sądowej.

Nadto, w sprawach dotyczących sporu co do wysokości wypłaconego odszkodowanie lub świadczenia w szkodach likwidowanych z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych skarżący zwracali również uwagę na następujące nieprawidłowości występujące podczas likwidacji szkody:

- 1) nieterminowa likwidacja szkody;
- 2) brak wpłaty odsetek za zwłokę;
- 3) naruszeniu przez zakład ubezpieczeń obowiązku udostępnienia akt szkody;
- 4) brak uzasadnienia stanowiska ubezpieczyciela;
- 5) brak odpowiedzi na pisma poszkodowanego;
- 6) utrudniony a czasem niemożliwy kontakt z osobą likwidującą szkodę;
- 7) brak wyznaczenia terminów komisji lekarskiej.

W okresie III kwartałów 2008r. w zdecydowanej większości spraw dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych tj. w **1539** sprawach, co stanowiło **91,2%** wszystkich skarg, Rzecznik podejmował interwencję w zakładzie ubezpieczeń. Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji w **148** sprawach, co stanowiło **8,8%** ogółu skarg. W **90** przypadkach (**5,3%**) przesłano skargę do Rzecznika Ubezpieczonych, jako drugiego bądź kolejnego adresata, bez sformułowanego wniosku o interwencję w zakładzie ubezpieczeń tzw. sprawy „do wiadomości”. Autorzy tych wystąpień wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą. W **38** sprawach (**2,3%**) Rzecznik udzielił skarżącym wyjaśnień odmawiając podjęcia działań interwencyjnych z uwagi na to, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazywała na stwierdzenie naruszenia prawa. W **17** przypadkach (**1,0%**) zwrócono się do skarżących o przesłanie dodatkowych informacji i dokumentów bez których dalsze badanie sprawy było niemożliwe. W **3** sprawach (**0,2%**) skarżący zdecydowali się wycofać skargę ze względu na pozytywne

jej zakończenie jeszcze przed podjęciem przez Rzecznika Ubezpieczonych czynności interwencyjnych (tabela nr 1, wykres do tabeli nr 1).

Z analizy spraw z omawianego zakresu wynika, iż podjęcie interwencji w zakładzie ubezpieczeń w danej sprawie miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż zostało naruszone prawo lub interes osoby uprawnionej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Nie oznacza to, że po zakończeniu postępowania w danej sprawie ta ocena potwierdzała się. Brak całości dokumentacji sprawy i opieranie się początkowo wyłącznie na materiałach i wyjaśnieniach przesłanych przez skarżącego w pewnych przypadkach powodowało, że po wyjaśnieniach otrzymanych z zakładu ubezpieczeń Rzecznik uznawał za prawidłowe przedstawione przez ubezpieczyciela argumenty.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- ubezpieczyciel uznał zasadność interwencji i zmienił swoje stanowisko w całości lub w części;
- skarżący zawarł ugodę z zakładem ubezpieczeń;
- skarżący wstąpił na drogę sądową;
- zakład ubezpieczeń ostatecznie podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie wysokości przyznanego odszkodowania bądź świadczenia;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, iż prawa i interes ubezpieczonego nie zostały naruszone.

W okresie III kwartałów 2008r. w wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w odniesieniu do **438** skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w drodze wyjątku wobec **3** spraw, co stanowiło **37,0%** wszystkich skarg, w których zakład ubezpieczeń zajął ostateczne stanowisko. W **747** przypadkach, co stanowiło **63,0%** spraw ubezpieczyciel zajął odmowne stanowisko (tabela nr 2, wykres do tabeli nr 2).

W grupie skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dominowały sprawy dotyczące szkód na osobie - **853**,

co stanowiło **50,6%**. Natomiast skarg odnoszących się do szkód na mieniu odnotowano **834**, co stanowiło **49,4%** (tabela nr 3, wykres do tabeli nr 3).

Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008r. wpłynęło łącznie **4948** skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II. Na działalność zakładów ubezpieczeń zajmujących się likwidacją szkód z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wpłynęło **2541** skarg. W odniesieniu do **jednej** sprawy skarżący nie określili zakładu ubezpieczeń będącego podmiotem skargi, a **dwie** sprawy dotyczyły Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

W **1686** sprawach dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych skarżący wskazali nazwę zakładu ubezpieczeń będącego podmiotem skargi, natomiast w przypadku **jednej** sprawy podmiotem skargi było Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Liczbę skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu OC komunikacyjnego przez poszczególne zakłady ubezpieczeń przedstawia tabela nr 4.

Tabela nr 1

**Tryb rozpatrywania skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych**

(na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008r.)

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji	1539	91,2
2.	Niepodjęcie interwencji, przyczyny:	148	8,8
	- przesłanie skargi do wiadomości RU bez wyraźnej prośby o interwencję,	90	5,3
	- udzielenie wyjaśnień, o które zwracał się konsument lub gdy stwierdzono brak przesłanek formalno-prawnych do interwencji RU,	38	2,3
	- niekompletność dokumentacji,	17	1,0
	- wycofanie skargi.	3	0,2
<b>3.</b>	<b>Ogółem</b>	<b>1687</b>	<b>100</b>

**Wykres do tabeli nr 1**  
**Tryb rozpatrywania skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych**  
 (w okresie III kwartałów 2008r.)

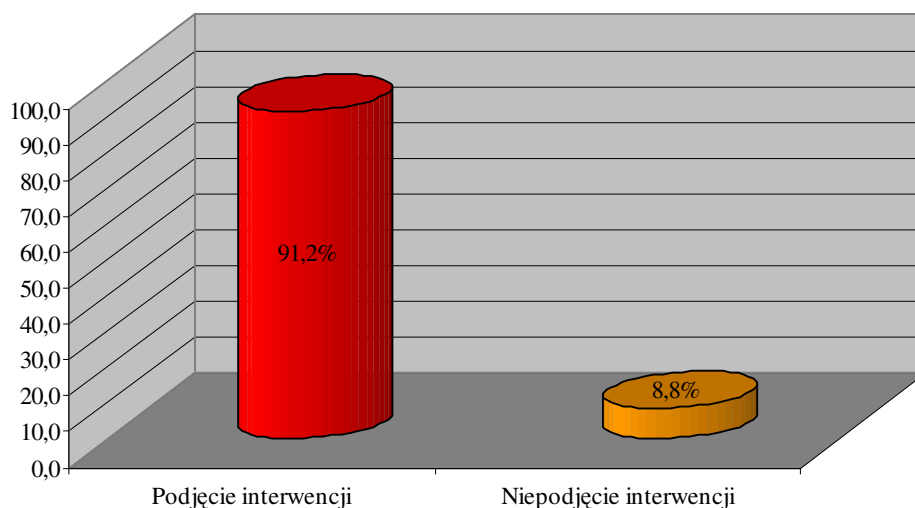


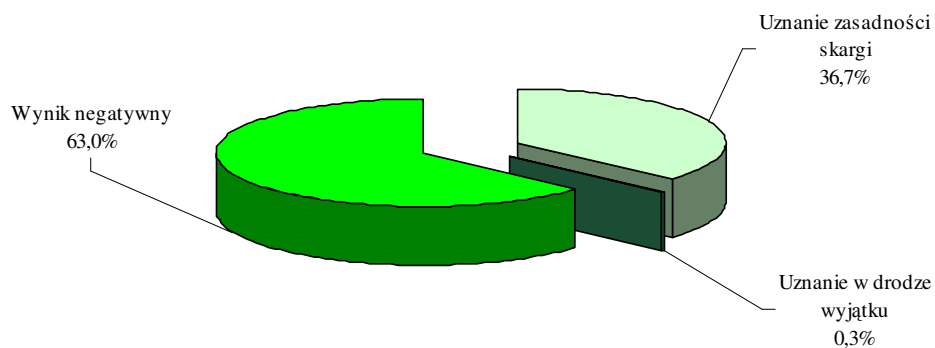
Tabela nr 2

**Wynik interwencji w sprawach zakończonych dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych**  
(na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008r. )

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Uznanie zasadności skargi	435	36,7
2.	Uznanie w drodze wyjątku	3	0,3
3.	Wynik negatywny	747	63,0
<b>4.</b>	<b>Ogółem</b>	<b>1185*</b>	<b>100</b>

\* W tylu sprawach zakład ubezpieczeń zajął ostateczne stanowisko. W toku pozostaje **358** spraw, co stanowiło **23,3%** wszystkich spraw, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję.

Wykres do tabeli nr 2  
Wynik interwencji w sprawach zakończonych dotyczących sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych  
(w okresie III kwartałów 2008r)



**Tabela nr 3**

**Podział skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego  
odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia  
odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych  
(na podstawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008r. )**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj szkody</b>	<b>Liczba</b>	<b>%</b>
1.	Szkoda osobowa	853	50,6
2.	Szkoda na mieniu	834	49,4
<b>3.</b>	<b>Ogółem</b>	<b>1687</b>	<b>100</b>

**Wykres do tabeli nr 3**  
**Podział skarg dotyczących sporu co do wysokości przyznanego**  
**odszkodowania lub świadczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia**  
**OC posiadaczy pojazdów mechanicznych**  
**(w okresie III kwartałów 2008r.)**

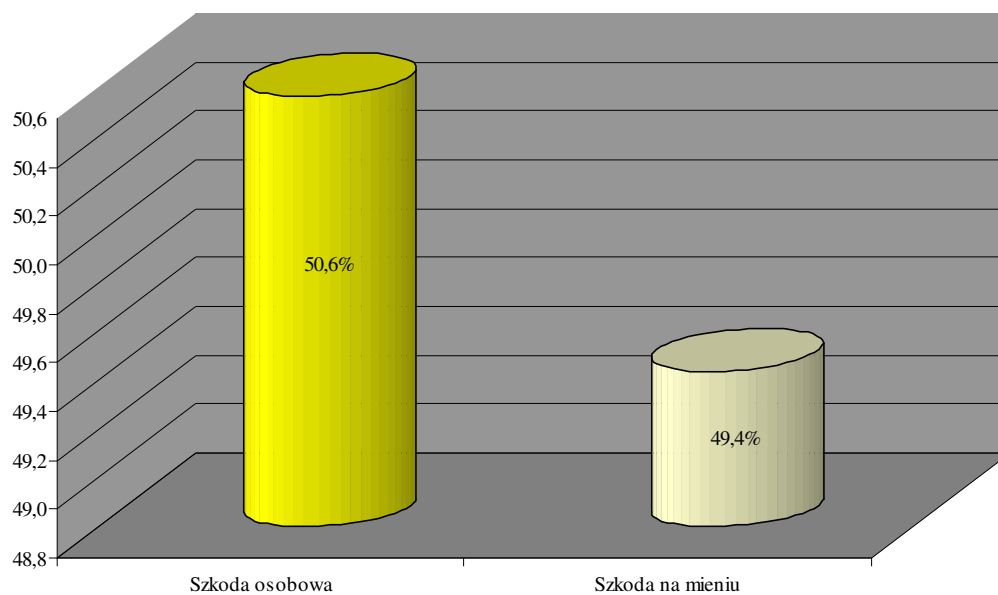


Tabela nr 4

**Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II kierowanych  
do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2008r.**

<b>Lp.</b>	<b>Zakłady ubezpieczeń działu II</b>	<b>Liczba skarg ogółem</b>	<b>Procent ogólnej liczby skarg</b>	<b>Udział z.u. w rynku działu II w % (stan na 30.06.2008r.)*</b>	<b>Liczba skarg dot. ub. OC kom.</b>	<b>Procent skarg dot. ub. OC kom.</b>	<b>Liczba skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.</b>	<b>Procent skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.</b>
1.	AIG Polska TU S.A.	5	0,101	-	2	40,000	1	50,000
2.	TU Allianz Polska S.A.	192	3,880	7,669	68	35,417	50	73,530
3.	AXA TU S.A.	-	-	0,084	-	-	-	-
4.	BENEFIA TU S.A.	55	1,112	0,881	31	56,364	13	41,936
5.	BRE Ubezpieczenia TU S.A.	5	0,101	0,519	-	-	-	-
6.	Commercial Union Polska TU Ogólnych S.A.	12	0,243	0,923	-	-	-	-
7.	TU Compensa S.A.	172	3,476	2,651	90	52,326	76	84,445
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	3	0,061	0,058	-	-	-	-
9.	STU Ergo Hestia S.A.	345	6,973	8,724	141	40,870	75	53,192
10.	TU Euler Hermes S.A.	1	0,020	0,793	-	-	-	-
11.	TU Europa S.A.	2	0,040	1,291	-	-	-	-
12.	TU Filar S.A.	20	0,404	-	8	40,000	6	75,000
13.	Generali TU S.A.	122	2,466	2,847	66	54,099	33	50,000

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg ogółem	Procent ogólnej liczby skarg	Udział z.u. w rynku działu II w % (stan na 30.06.2008r.)*	Liczba skarg dot. ub. OC kom.	Procent skarg dot. ub. OC kom.	Liczba skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.	Procent skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.
14.	HDI Asekuracja TU S.A.	357	7,215	4,177	283	79,272	218	77,032
15.	HDI Gerling Polska TU S.A.	7	0,141	0,590	2	28,572	1	50,000
16.	TU INTER Polska S.A.	11	0,222	0,326	-	-	-	-
17.	TU INTERRISK S.A. (dawniej: TUiR CIGNA - STU S.A.)	130	2,627	3,540	57	43,847	41	71,930
18.	KUKE S.A.	1	0,020	0,081	-	-	-	-
19.	Link 4 TU S.A.	161	3,254	1,232	83	51,553	55	66,265
20.	MTU Moje TU S.A.	215	4,345	1,511	115	53,489	62	53,913
21.	TUiR Partner S.A.	1	0,020	-	1	100,000	1	100,000
22.	Polskie Towarzystwo Reasekuracyjne S.A.	-	-	1,485	-	-	-	-
23.	PTU S.A.	146	2,951	1,957	104	71,233	64	61,539
24.	TU Polski Związek Motorowy S.A.	11	0,222	0,645	5	45,455	4	80,000
25.	PZU S.A.	1577	31,871	42,747	740	46,925	607	82,027
26.	Signal Iduna Polska TU S.A.	54	1,091	0,315	-	-	-	-
27.	UNIQA TU S.A.	167	3,375	2,789	98	58,683	65	66,327
28.	TUiR WARTA S.A.	798	16,128	9,866	509	63,785	237	46,562
29.	TUW Bezpieczny Dom	-	-	0,005	-	-	-	-

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	Liczba skarg ogółem	Procent ogólnej liczby skarg	Udział z.u. w rynku działu II w % (stan na 30.06.2008r.)*	Liczba skarg dot. ub. OC kom.	Procent skarg dot. ub. OC kom.	Liczba skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.	Procent skarg dot. zaniżonego odszkodowania lub świadczenia z tytułu ub. OC kom.
30.	Concordia Polska TUV	9	0,182	0,485	2	22,223	2	100,000
31.	TUV Cuprum	2	0,040	0,211	-	-	-	-
32.	Pocztowe TUV	35	0,707	0,099	27	77,143	16	59,260
33.	TUV SKOK	4	0,081	0,424	-	-	-	-
34.	TUV TUV	70	1,415	0,865	53	75,715	26	49,057
35.	TUV TUZ	22	0,445	0,210	19	86,364	11	57,895
36.	PTU Gryf S.A. (w upadłości)	1	0,020	-	-	-	-	-
37.	Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:	97	1,960	-	23	23,712	17	73,913
	- AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	59			17		12	
	- Liberty Seguros Oddział w Polsce	35			6		5	
	- AIG Europe S.A. Oddział w Polsce	1			-		-	
	- Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	1			-		-	
	- ACE European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce	1			-		-	
38.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	2	0,040	-	-	-	-	-
39.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski	15	0,303	-	14	93,334	5	35,715

\* Udział w rynku mierzony składką przypisana brutto w dziale II  
Źródło: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl) – Biuletyn kwartalny. Rynek ubezpieczeń 2/2008