

**M O N I T O R**  
**UBEZPIECZENIOWY**  
**PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH**

**NR 47**  
**GRUDZIEŃ 2011**



*Pełnych radości i spokoju Świąt Bożego Narodzenia  
oraz sukcesów w Nowym 2012 Roku  
wszystkim Czytelnikom i Współpracownikom*

*życzy  
Rzecznik Ubezpieczonych z pracownikami*

**Redakcja**

Redaktor naczelna: Aleksandra Wiktorow

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: Członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Martyna Gondek



**Rzecznik  
Ubezpieczonych**

[www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl)

Wydawca:

Rzecznik Ubezpieczonych

Al. Jerozolimskie 44

00-024 Warszawa

Warszawa 2011

ISSN 1505-9782

Nakład 1200 egz.

Druk: Wydawnictwo TiO

**W dniu 10 listopada 2011 r. Prezes Rady Ministrów powołał Aleksandrę Wiktorow na urząd Rzecznika Ubezpieczonych (kadencja 2011–2015)**



**Aleksandra Wiktorow**

Doktor nauk ekonomicznych.

W latach 1973–90 pracowała w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych w Zakładzie Warunków Bytu.

W latach 1991–1993 Wiceminister w Ministerstwie Pracy i Spraw Socjalnych, odpowiedzialna za ubezpieczenia społeczne i warunki pracy w Polsce.

Od 1993 r. związana z Akademią Finansów (dawniej Wyższa Szkoła Ubezpieczeń i Bankowości), była m.in. Dziekanem Wydziału Ubezpieczeń na Życie i Zarządzania Funduszami Ubezpieczeniowymi, prorektorem do spraw dydaktycznych i studenckich, kierownikiem Katedry Ubezpieczeń.

W latach 2001–2007 Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W latach 1994–2010 (z przerwą 2001–2007) pracowała w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową.

Od 1996 r. członek Państwowej Komisji Egzaminacyjnej dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych.

W 2010 r. powołana przez Prezesa Rady Ministrów do Rady Gospodarczej.

# Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego instrumentem w budowaniu standardów w postępowaniach likwidacyjnych z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych



**Aleksander Daszewski**  
radca prawny koordynator  
w Biurze Rzecznika  
Ubezpieczonych

Działania na rzecz poprawy praktyki likwidacji szkód z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych są od wielu lat przedmiotem szczególnego zainteresowania i czynnych działań urzędu Rzecznika Ubezpieczonych. Wyrażają się one m.in. w kierowanych wnioskach do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie rozbieżności pojawiających się w orzecznictwie sądów powszechnych, w formułowanych ostatnio przez Rzecznika propozycjach legislacyjnych, w działaniach podejmowanych przez Rzecznika w ścisłej współpracy z Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wspomagających te działania pracach na płaszczyźnie edukacyjno – informacyjnej czy poprzednio niestety nieudanym próbom podjęcia we współpracy z branżą wspólnych działań, mających na celu przyjęcie jednolitych przyjaznych konsumentom standardów likwidacyjnych. Rzecznik podejmując szereg inicjatyw w omawianej materii, szczególnie skupiał się na działaniach naprawczych w obszarze obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Bezpośrednio jest to związane ze skalą zjawisk notowaną w prowadzonych przez niego postępowaniach skargowych, a tym samym jego ustawową misją – reprezentowaniem poszkodowanych, korzystających z tego ubezpieczenia w sporach z zakładami ubezpieczeń, którą na co dzień realizuje w ramach bieżących prac. Rzecznik dąży do uporządkowania mechanizmów rynkowych i rozwiązania problemów wywołanych niejednorodną praktyką w zakresie stosowania przepisów prawa zawartych zarówno w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, jak i ściśle powiązanych z nimi przepisami odszkodowawczymi kodeksu cywilnego. Wiedzę na temat problemów praktycznych występujących po stronie zarówno ubezpieczających, ubezpieczonych jak i poszkodowanych osób dochodzących od ubezpieczycieli roszczeń Rzecznik Ubezpieczonych czerpie bezpośrednio od nich samych, jak również od osób reprezentujących ich interesy, tj. kancelarii adwokackich i radcowskich, podmiotów trudniących się pomocą w dochodzeniu odszkodowań tzw. kancelarii i doradców odszkodowawczych, a także powiatowych i miejskich rzeczników konsumentów<sup>1</sup>. Zarówno skargi napływające do Rzecznika, jak i pytania oraz prośby o wyjaśnienia niektórych zagadnień z dziedziny prawa odszkodowawczego przesyłane za pośrednictwem poczty elektronicznej wraz z wiedzą, którą pracownicy Biura czerpią z codziennych eksperckich poradniczych dyżurów telefonicznych, są nieocenionym źródłem wiedzy i informacji o występujących powszechnie problemach w relacjach między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi i poszkodowanymi a zakładami ubezpieczeń. Stanowią one inspirację dla pracowników Biura Rzecznika do podejmowania działań na rzecz ochrony reprezentowanych przez urząd osób.

Działania podejmowane przez Rzecznika we wskazywanym zakresie realizujemy jak wspomniano wyżej, na kilku płaszczyznach. W niniejszym opracowaniu skupimy się na kluczowej z nich a mianowicie kierowaniu zapytań prawnych do Sądu Najwyższego w oparciu o kwerendę orzecznictwa sądów powszechnych ujawniającą rozbieżne zapatrywania na poszczególne zagadnienia. Rzecznik, co sygnalizowano wyżej, podejmując próby porządkowania praktyki obrotu pragnął, niestety nieskutecznie, podjąć – a ściślej rzecz ujmując – rozszerzyć współpracę z samorządem ubezpieczeniowym skupionym w Polskiej Izbie Ubezpieczeń. Rzecznik w ramach tych działań zachęcał branżę ubezpieczeniową do ujednoczenia stosowanych procedur likwidacyjnych w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z uwzględnieniem słuszych interesów konsumenckich. Wydawało się bowiem, że standaryzacja procedur stosowanych na rynku w odniesieniu do jednolitego w swoim ustawowym kształcie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów powinna być rzeczą naturalną, wręcz konieczną, a jednocześnie pozytywną wartością dla całego rynku ubezpieczeń. Rzecznik w tym celu zaproponował Izbie dokonanie wspólnej diagnozy najczęściej pojawiających się po stronie konsumentów problemów zarówno na etapie akwizycji jak i likwidacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych, głównie w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Ocena ta następnie służyłaby standaryzacji postępowań likwidacyjnych poprzez przyjmowanie przez zrzeszone w Izbie zakłady jednolitych standardów w ramach „Dobrych Praktyk Rynkowych”. Rzecznik proponował Izbie realizację omawianych prac na kilku

<sup>1</sup> Szerzej na ten temat w dorocznych sprawozdaniach Rzecznika Ubezpieczonych, dostępnych na stronie [www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl).

## Aktualności

**01.08.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentował na swojej stronie internetowej Raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r.

**14.09.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Sądu Najwyższego wnioski o podjęcie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie istniejących w orzecznictwie sądów rozbieżności co do wykładni prawa w zakresie zwrotu kosztów zastępstwa poszkodowanego w postępowaniu likwidacyjnym.

**19.09.2011** – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w konferencji „Zadośćuczynienie za uszkodzenie ciała lub uszczerbek na zdrowiu na tle innych systemów prawnych” zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń.

**27.09.2011** – W siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się ostatnie w kadencji 2007 – 2011 posiedzenie Rady Ubezpieczonych, organu opiniodawczego – doradczego Rzecznika Ubezpieczonych, na którym podsumowano kadencję Rady oraz Rzecznika Ubezpieczonych.

**4–5.10.2011** – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w konferencji naukowej „Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa”, zorganizowanej przez Katedrę Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego, Zakład Prawa Ubezpieczeniowego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Zakład Prawa Medycznego UMK oraz TNOiK – „Dom Organizatora”.

**12.10.2011** – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w konferencji, która odbyła się w Sali Kolumnowej Sejmu RP „Ubezpieczenia a zarządzanie kryzysowe ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka powodzi” zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń pod patronatem Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011.

**17.10.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej oraz „Gazetą Ubezpieczeniową” ogłosili rozpoczęcie XI edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych.

etapach, aby w ten sposób rozwiązać maksymalnie dużo problemów psujących praktykę obrotu, obserwowaną przez pryzmat działalności Rzecznika. Pierwszym uzdrowicielskim etapem takich prac byłoby wskazanie i szczegółowe omówienie przez Rzecznika z jakimi problemami spotykają się poszkodowani podczas procesów likwidacji szkód. Na tym etapie Rzecznik wskazywałby jak w ocenie urzędu od strony prawnej poszczególne problemy należałoby rozwiązywać, stawiając tym samym minimalne warunki do wypracowania standardu dla konkretnego ujawniającego się w praktyce problemu, poparte zarówno poglądami doktryny, jak i bogatą linią orzecznictwa. W drugim etapie prac nad standardem zakłady ubezpieczeń we własnym zakresie przeanalizowałyby diagnozowany przez Rzecznika problem, przedyskutowałyby możliwości wypracowania jednolitego dla niego standardu, a w efekcie, jeżeli byłaby taka wola przygotowałyby projekt dobrych praktyk, jednocześnie przedstawiając go do zaopiniowania Rzecznikowi, a także innym organom. W ostatnim etapie prac nad dobrymi praktykami po przeanalizowaniu uwag, opinii i oczekiwanym przez nas ich uwzględnieniu, zakłady przyjmowałyby do swoich procedur takie reguły – jednolite standardy, które byłyby stosowane w praktyce obrotu całego rynku. Byliśmy wtedy zdania, że tym sposobem moglibyśmy wspólnie z udziałem zainteresowanych podmiotów rynkowych, po uprzedniej merytorycznej dyskusji, uczynić transparentnymi i jednolitymi na rodzimym rynku procedury likwidacyjne w spornych obszarach. Z naszej perspektywy jako reprezentanta konsumentów istotne też było, aby standardy możliwie szeroko uwzględniały słuszne interesy osób korzystających z dobrodziejstwa ubezpieczenia, tzn. nawet jako tzw. miękkie prawo czasami wykraczały w swoich korzyściach ponad uprawnienia poszkodowanych określone w powszechnie obowiązujących przepisach i zapadłego na ich tle często rozbieżnego orzecznictwa. Wyrażaliśmy też opinię, że wpływałoby to z biegiem czasu na zdecydowaną poprawę wizerunku branży, ograniczało sytuacje sporne a tym samym liczbę skarg, postępowań sądowych, wspomagało konkurencyjność i niosło szereg innych pozytywnych skutków i korzyści dla całego rynku zarówno strony popytowej – konsumentów jak i podaźowej – branży ubezpieczeniowej. Twierdziliśmy również, że kompletna standaryzacja postępowania likwidacyjnego w obszarze ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych otworzyłaby w przyszłości możliwość dyskusji na temat wprowadzenia do polskiego prawa modelu bezpośredniej likwidacji szkód. Zdawaliśmy sobie również sprawę, że na ówczesnym etapie rozwoju polskiego rynku to daleka przyszłość, bowiem będąc realistami wiedzieliśmy, że we wszystkich problemach dotyczących praktyki obrotu tego typu standardów nie da się wypracować, tym nie mniej mieliśmy jednak, jak się okazało płonną nadzieję, że istnieje szereg miejsc gdzie przy wspólnym zaangażowaniu i dobrej woli udałoby się zdecydowanie podnieść jakość usług likwidacyjnych świadczonych na rodzimym rynku ubezpieczeń. Formułując tę propozycję byliśmy też przekonani, że kluczowe znaczenie dla poprawy praktyki obrotu w ubezpieczeniach obowiązkowych poprzez standaryzację, ma szersze niż dotychczas zaangażowanie w ten proces Polskiej Izby Ubezpieczeń. Samorząd ubezpieczycieli w naszej ocenie powinien bowiem być podmiotem kreującym, a następnie głównym moderatorem zmian mających na celu porządkowanie praktyki obrotu.

Wydawało się, że początkowo proponowana przez nas inicjatywa wspólnego rozwiązania problemów, a tym samym odchodzenia od

dotychczasowego wtórnego myślenia o zakresie odpowiedzialności odszkodowawczej spotkała się z zainteresowaniem Komisji ds. Ubezpieczeń Komunikacyjnych przy Polskiej Izbie Ubezpieczeń. Po przedstawieniu przez Rzecznika pierwszego z postulatów odnośnie rozwiązania praktycznych problemów w zakresie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego z poszanowaniem przepisów i orzecznictwa oraz wspólnych spotkaniach i dyskusji z członkami ww. Komisji, m.in. przedstawiciele zakładów ubezpieczeń przygotowali w swoim gronie wstępny projekt standardu w odniesieniu do problematyki zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego. Po jego analizie prawnej Rzecznik niestety stwierdził, iż przygotowany projekt nie uwzględnia większości spośród jego postulatów w odniesieniu do minimalnych warunków progowych uwzględniających słusze interesy konsumenckie. Szczegółową opinię do omawianego projektu przekazaliśmy na piśmie Komisji ds. Ubezpieczeń Komunikacyjnych przy Polskiej Izbie Ubezpieczeń licząc, że przy wspólnym wysiłku i odmiennym niż w pierwotnie przygotowanej wersji projektu podejściu zakładów ubezpieczeń do wielu kwestii prace te zakończą się pomyślnie i będąc pierwszym tego typu standardem otworzą „świetlaną drogę” do prac nad kolejnymi tego typu projektami „dobrych praktyk”. Niestety, z żalem stwierdziliśmy, że tak się nie stało, a przedstawiciele Komisji ds. ubezpieczeń komunikacyjnych przy Polskiej Izbie Ubezpieczeń bez jakiegokolwiek wyjaśnienia zaprzestali dalszej merytorycznej dyskusji z Rzecznikiem na temat przygotowania i wprowadzenia tego typu standardu w życie. W miejsce Rzecznika Izba zmieniła partnera do dalszej dyskusji na temat „dobrych praktyk w zakresie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego” na Urząd Komisji Nadzoru Finansowego. Partner ten okazał się zdecydowanie liberalniejszy od Rzecznika w swych poglądach dyskutantem i wypracował wraz z Izbą, a następnie zaaprobował tzw. wytyczne w sprawie zasad wynajmu pojazdu zastępczego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, które stosować miały wszystkie zakłady ubezpieczeń.

Widząc ten stan rzeczy, pominięcie uwag Rzecznika i niestety negatywne jak można odebrać podejście części przedstawicieli zakładów ubezpieczeń do prób prokonsumenckiego uporządkowania i ujednoczenia procedur likwidacyjnych Rzecznik zdecydowanie zmienił narzędzia podejmowanych działań – zastępując próby rozwiązywania problemów w ramach rozsądnej współpracy i merytorycznej dyskusji na rozwiązywanie występujących problemów za pośrednictwem kierowanych do Sądu Najwyższego kolejnych wniosków na tle ujawniających się rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych, działań podejmowanych w ścisłej współpracy z Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz proponowania i forsowania rozwiązań prokonsumenckich w ramach toczących się prac legislacyjnych odnośnie nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

Analizując te wszystkie fakty stało się też jasne, że w celu porządkowania praktyki obrotu fundamentalne znaczenie będą miały kierowane przez Rzecznika wnioski do Sądu Najwyższego. W pierwszej kolejności ze względu na sygnalizowane powyżej wyjątkowo niekorzystne dla poszkodowanych, a zarazem sztywne podejście zakładów ubezpieczeń do problemu zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego, a także społeczny wymiar zagadnienia Rzecznik zwrócił się do Sądu Najwyższego z pytaniem odnośnie możliwości jego zwrotu na rzecz osób nieprowadzących działalności gospodarczej, co wywołało szeroką, merytoryczną, czasami zbyt emocjonalną dyskusję ujawniającą dwa zupełnie odrębne kierunki zapatrywań szeroko omawiane zarówno w mediach branżowych jak i opracowaniach naukowych<sup>2</sup>. Rozstrzygając to sporne praktyce obrotu zagadnienie w dniu 17 listopada br. Sąd Najwyższy podjął uchwałę, iż „Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za uszkodzenie albo zniszczenie pojazdu mechanicznego niesłużącego do prowadzenia działalności gospodarczej obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego; nie jest ona uzależniona od niemożności korzystania przez poszkodowanego z komunikacji zbiorowej”. Obecnie trwają dyskusje, co Sąd Najwyższy miał na myśli używając sformułowania „celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki”. Osobiście jestem zdania, że użyte wyrażenie „celowe”, które zastąpiło poprzednio diagnozowane w orzecznictwie słowa jak „konieczne, niezbędne” oznacza wydatki poniesione w celu zaspokojenia swoich potrzeb, czyli wynajęcia pojazdu zastępczego a wyrażenie „ekonomicznie uzasadnione” oznacza wydatki nieodbiegające od cen rynkowych za tego typu usługi. Myślę, że takie właśnie stwierdzenie – oczywiście szerzej uzasadnione – odnajdziemy w uzasadnieniu Sądu do wskazywanej wyżej uchwały. Uzasadnienie do uchwały jak pokazuje doświadczenie będzie dostępne w przeciągu dwóch miesięcy i mamy nadzieję rozwikła szereg spornych zagadnień występujących do tej pory w odniesieniu do zasad zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, czasokresu w jakim to uprawnienie tym osobom służy, sposobów rozliczeń kosztów najmu w przypadku szkody częściowej czy całkowitej, reguł dotyczących minimalizacji wysokości szkody w tego typu sprawach etc.

Kolejne zapytanie Rzecznika będące obecnie w toku rozpatrywania dotyczy możliwości (w uzasadnionych okolicznościach sprawy) zwrotu kosztów pełnomocnika na etapie postępowania likwidacyjnego. Bowiem w opinii Rzecznika, ponoszenie przez osobę poszkodowaną wydatków mających na celu likwidację szkody należy uznać za następstwo zdarzenia sprawczego. Wydatki tego typu są ponoszone za przyzwoleniem poszkodowanego, ale wbrew jego woli, są bowiem skutkiem sytuacji, której on sam nie spowodował. Konieczność sformułowania roszczenia odszkodowawczego i weryfikacji oferty odszkodowania są następstwami wyrządzonej szkody, a tym samym ich koszty powinny być pokryte

<sup>2</sup> Por. np. E. Kowalewski (red.), *Odszkodowanie za niemożność korzystania z pojazdu uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym*, Toruń 2011.

## Aktualności

**19.10.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Sądu Najwyższego wnioski o podjęcie uchwały mającej na celu rozstrzygnięcie istniejących w orzecznictwie sądów rozbieżności co do wykładni treści art. 361 § 2 oraz 363 § 1 k.c., w zakresie dotyczącym zasad ustalania wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

**20–21.10.2011** – Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych wzięli udział w III Kongresie Bancassurance poświęconym „Roli banków i ubezpieczycieli w tworzeniu wartości dodanej dla klienta”.

**25.10.2011** – W hotelu Victoria odbył się Kongres Ubezpieczeniowy „Rzeczpospolitej” – praktyczne rozwiązania dla przedsiębiorstw. Patronat nad kongresem objął m.in. Rzecznik Ubezpieczonych.

**26.10.2011** – Przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział oraz wygłosił wykład na Międzynarodowej Konferencji Motoryzacyjnej w Poznaniu, gdzie również miało miejsce rozstrzygnięcie kolejnej edycji konkursu o nagrodę „Złoty Zderzak”, przyznawaną na podstawie wyników ogólnopolskiego badania satysfakcji serwisów samochodowych ze współpracy z zakładami ubezpieczeń, realizowanego pod patronatem Rzecznika Ubezpieczonych.

**26.10.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych oraz przedstawiciele Biura wzięli udział oraz wygłosili wykład na konferencji naukowej „Ubezpieczenia wobec strategii na rzecz integralnego i zrównoważonego rozwoju – Europa 2020” zorganizowanej przez Wydział Ekonomiczny Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

**26.10.2011** – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych wziął udział w panelu dyskusyjnym „Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OC”, który odbył się w redakcji „Rzeczpospolitej” i był zorganizowany przez dziennik oraz Departament Prawa Ubezpieczeń Gospodarczych Kancelarii Sójka & Maciak Adwokaci spółka komandytowa.

**15.11.2011** – Rzecznik Ubezpieczonych na swojej stronie internetowej przedstawił Raport w sprawie skarg kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie III kwartałów 2011 r.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

przez ubezpieczyciela. Obowiązek ograniczania szkody nie może bowiem doprowadzić do ograniczania praw poszkodowanego i stawiania go w niekorzystnej sytuacji. Tym samym ustanowienie pełnomocnika jest usprawiedliwione przede wszystkim z tego powodu, że pozwala zaoszczędzić koszty, jakie poszkodowany by poniósł, gdyby sam musiał zajmować się postępowaniem likwidacyjnym. Samodzielne dochodzenie przez poszkodowanego roszczeń od zakładu ubezpieczeń połączone jest ze znacznym wysiłkiem (również intelektualnym) i utratą czasu, a także wydatkami na rozmowy telefoniczne, prowadzenie korespondencji, sporządzanie kopii i odpisów dokumentów, dojazdy, porady ekspertów, opinie lekarskie itp. W przypadku przedsiębiorców negatywnym skutkiem jest także utrata dochodów związana z oddelegowaniem pracowników do czynności towarzyszących likwidacji szkody, w stosunku zaś do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej – utrata wynagrodzenia lub konieczność wykorzystania urlopu wypoczynkowego na czas załatwiania sprawy. Tym samym część konsekwencji wynikających ze zdarzenia wywołującego szkodę nieodwracalnie spada na poszkodowanego, co uznac należy za sprzeczne z zasadą pełnego odszkodowania. Wobec skomplikowanej materii prawa odszkodowawczego, zmieniających się przepisów oraz ewoluującego orzecznictwa i poglądów doktryny prawa, poszkodowany powinien mieć prawo do uzyskania fachowej pomocy przy formułowaniu swych roszczeń i weryfikacji oferty odszkodowania złożonej mu przez ubezpieczyciela także ze względu na występującą pomiędzy tymi podmiotami znaczną dysproporcję sił, środków i fachowej wiedzy. Bez profesjonalnego zastępstwa poszkodowany stoi zwykle na znacznie gorszej, a czasami wręcz straconej pozycji, nie potrafiąc należycie zinterpretować skomplikowanych przepisów regulujących odpowiedzialność cywilną, prawidłowo zgromadzić materiału dowodowego i często wobec ich wielości, właściwie sformułować rodzaju i wysokości przysługujących mu w świetle przepisów prawa roszczeń. Poszkodowani najczęściej nie mają też odpowiedniej wiedzy co do praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli w toku likwidacji szkód. Bez znajomości rzeczy trudno także odnieść się do argumentacji ubezpieczyciela, ocenić czy jego stanowisko jest słuszne i jak z nim polemizować.

Ostatnio, kontynuując te porządkowe działania mające na celu jednoznaczne i praworządne określenie zakresu odpowiedzialności gwarancyjnej zakładów ubezpieczeń z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych Rzecznik skierował do Sądu Najwyższego, prezentowane szerzej w mediach ogólnopolskich i branżowych, dwa kolejne wnioski mające na celu wyjaśnienie możliwości pomniejszenia przez ubezpieczyciela kwoty należnego odszkodowania poprzez dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych oraz możliwości stosowania w zamian za zniszczone części oryginalne tzw. zamienników (części alternatywnych).

W odniesieniu do pierwszego zagadnienia, tj. pomniejszenia kwoty należnego odszkodowania poprzez dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych Rzecznik Ubezpieczonych stoi na stanowisku, że w świetle art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., poszkodowany dochodzący roszczenia w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może domagać się w przypadku uszkodzenia pojazdu mechanicznego, gdy zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, aby należne odszkodowanie zostało ustalone w oparciu o ceny nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych. Natomiast zasada *compensatio lucri cum damno* może mieć zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, tzn. tylko wówczas jeżeli

chodziłoby o dokonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem, bądź też zastosowanie do naprawy nowych części w sposób istotny spowodowałoby wzrost wartości pojazdu poszkodowanego w stosunku do stanu sprzed szkody, przy czym chodzi tu o incydentalne przypadki.

Analizując natomiast możliwość stosowania w miejsce uszkodzonych części oryginalnych zamienników (części alternatywnych) Rzecznik Ubezpieczonych stoi na stanowisku, że rozmiar szkody musi uwzględniać faktyczne uszkodzenia pojazdu mechanicznego. Tym samym ustalenia w tym zakresie rzutują na ocenę, jakie części można lub należy zamontować w uszkodzonym wskutek wypadku pojeździe. Dolegliwości, jakie dotknęły poszkodowanego w następstwie wyrządzenia szkody winny zostać maksymalnie zredukowane. Restytucja przez świadczenie pieniężne, o której mowa w art. 363 § 1 k.c. i kompensacyjna funkcja odszkodowania (art. 361 § 2 k.c.) nie oznacza tylko przywrócenia wyłącznie jakiegokolwiek użyteczności technicznej pojazdu, ale również stworzenie takiego stanu, który w najbardziej przybliżony sposób zaspakajałby, jak poprzednio, naruszony stan posiadania poszkodowanego. Kryteria zatem doboru części zamiennych powinny zagwarantować przywrócenie pojazdu do stanu technicznej używalności istniejącej przed wyrządzeniem szkody i pod każdym istotnym względem – stanu technicznego, dotychczasowej zdolności użytkowej, tożsamości jakości części składowych pojazdu, ich trwałości i niezawodności, bezpieczeństwa, estetyki. Powinny także w możliwie najpełniejszy sposób zniwelować ubytek wartości handlowej rzeczy, powstały wskutek jej uszkodzenia mimo dokonanej naprawy. Rodzaj części, jej jakość i źródło pochodzenia (od producenta pojazdu, od producenta części dostarczającego je do montażu, od producenta niezależnego wytwarzającego części poza reżimem produkcyjnym stosowanym przez producenta pojazdu) to element determinujący ocenę, czy świadczenie odszkodowawcze pozwala na przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego pod każdym istotnym względem. Naprawa pojazdu powinna być przeprowadzona zgodnie z technologią przewidzianą przez jego producenta, w sposób gwarantujący bezpieczeństwo późniejszej eksploatacji i skuteczność wykonanych operacji, a tym samym z użyciem oryginalnych części. Użycie do naprawy części gorszej jakości może mieć miejsce ale tylko i wyłącznie za wyraźną zgodą poszkodowanego.

Dotychczasowe doświadczenie Rzecznika zdobyte na bazie poprzednich wniosków wskazuje, że dopiero rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego, prowadzi do głębokich i pozytywnych zmian w postępowaniach likwidacyjnych z omawianego ubezpieczenia, zakreślając na nowo czy też przywracając prawidłą prawa odszkodowawczego. Wszystkie dotychczasowe uchwały z wniosków Rzecznika jak i te przyszłe wyczerpują większość zasadniczych problemów, które obserwujemy w praktyce obrotu, a tym samym pozwolą z sukcesem na ukończenie tak potrzebnych procesów standaryzacji w praktyce likwidacyjnej. Ponadto wyrażamy opinię, że zapewnienie jak najlepszych standardów w postępowaniach likwidacyjnych z najpowszechniejszego ubezpieczenia jakim jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za sprawą rozstrzygnięć Sądu Najwyższego jest koniecznym warunkiem dla korzystnego i zrównoważonego rozwoju innych ubezpieczeń w dłuższej perspektywie, albowiem niemal cały negatywny wizerunek branży bierze się właśnie z praktyk stosowanych wobec poszkodowanych przez zakłady ubezpieczeń w tym ubezpieczeniu. Stoimy również na stanowisku, iż jednolita wykładnia sądów powszechnych na tle analogicznych stanów faktycznych ma bardzo istotny wpływ na pewność obrotu prawnego. Zarówno poszkodowany, jak i sprawca szkody lub jego ubezpieczyciel powinni mieć absolutną pewność, że określone roszczenia mieszczą się lub nie w zakresie odpowiedzialności. Pozwoli to na uniknięcie lub ograniczenie niepotrzebnych sporów poszkodowanego z ubezpieczycielem, zarówno na etapie likwidacji szkody, jak i w toku postępowania sądowego. Uważamy przy tym, iż zasadność określonego roszczenia nie powinna być uzależniona od miejsca położenia sądu rozpoznającego sprawę. Należy chyba w pełni zaakceptować twierdzenie, że nie powinna mieć miejsca sytuacja, w której inną wykładnię tego samego roszczenia stosuje się w Warszawie, Poznaniu, Gdańsku, czy w Przemyślu, a zgoła odmienną w Lublinie, Olsztynie, czy Krakowie.

Niestety, co jest dla nas wyjątkowo przykre i niezrozumiałe część przedstawicieli zakładów ubezpieczeń oraz samorządu ubezpieczycieli bagatelizuje i stara się umniejszyć rangę problemów, które Rzecznik podejmuje w swoich działaniach. Koronnym, a jednocześnie propagowanym często w przekazach medialnych argumentem Izby jest to, że podnoszone przez Rzecznika problemy są pochodną relatywnie niewielkiej liczby skarg w zestawieniu z liczbą sprzedanych polis. Rozumiejąc w pewien sposób działania wizerunkowe Izby, trudno jednak zgodzić się z takim myśleniem posiłkując się choćby przykładem nieuwzględniania w odszkodowaniu kosztorysowym podatku VAT. Pomniejszanie odszkodowań o kwotę podatku VAT było powszechną praktyką, pomimo, że skarg na taki sposób ustalania odszkodowań wpływało do Biura Rzecznika w skali roku relatywnie niewiele, stanowiąc znikomy promil wszystkich szkód w pojazdach rozliczonych z pominięciem podatku VAT. Można zatem bez większego ryzyka stwierdzić, że sygnalizowane Rzecznikowi w skargach i innych formach nawet nieliczne przypadki sporów między ubezpieczycielami a poszkodowanymi lub ubezpieczonymi są odzwierciedleniem powszechnie funkcjonujących mechanizmów i procedur ujawniających potrzebę podejmowania działań mających na celu ich uporządkowanie. Z tych względów od szeregu lat formułujemy opinię, że przedstawiciele zakładów ubezpieczeń, a także samorządu ubezpieczeniowego celem porządkowania występujących problemów w kontaktach z konsumentami, a także budowaniem w ocenie społecznej pozytywnego wizerunku branży zamiast bagatelizować nieprawidłowości diagnozowane przez Rzecznika opierając się dogmatycznie na liczbie skarg, powinni wykazywać się taką samą aktywnością w podejmowaniu działań z poszanowaniem interesów konsumenckich na rzecz wprowadzenia jednolitości w postępowaniach likwidacyjnych, kolejno je porządkując i standaryzując. W efek-

cie bowiem, o czym się zapomina, zadowolenie konsumentów szybko przekłada się na większe niż dotychczasowe zaufanie społeczne do instytucji ubezpieczeń, a tym samym zrównoważony rozwój branży ubezpieczeniowej, co przypominając pomocową ideę tego stosunku zobowiązaniowego daje również stabilizację i gwarancję dalszego rozwoju społecznego i gospodarczego kraju.

Ostatnio, w sytuacji poważnego zagrożenia pogorszeniem się wyników finansowych, pomimo uprzednich twierdzeń, że problemy podnoszone przez Rzecznika są marginalne, ubezpieczyciele uciekają się do innego równie nieuprawnionego przekazu medialnego, polegającego na próbach zastraszenia opinii publicznej drastycznym wzrostem wysokości składki, gdzie podnosi się, że przyjęcie stanowiska Rzecznika w odniesieniu do poszczególnych, a zarazem uzasadnionych i słusznych roszczeń poszkodowanych skutkowałoby znaczącym wzrostem składki ubezpieczeniowej. Nie sposób się z tymi twierdzeniami zgodzić, bowiem absolutnie nie może być argumentem dla stabilizacji wysokości składek karkołomne od strony prawnej, czy też, jak pokazały zapadłe uprzednio orzeczenia SN z wniosków Rzecznika, nielegalne podejście do stosowania przepisów w ramach prowadzonych postępowań likwidacyjnych. Nieuwzględnianie nowoczesnych trendów w prawie odszkodowawczym, nowe spojrzenie na zakres i elementy składowe szkody, idące coraz szerzej w tym kierunku orzecznictwo sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, a także znaczna część poglądów doktryny wskazują, iż poprzednie wtórne myślenie, sprowadzające się do prób zawężania zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej, a tym samym gwarancyjnej po stronie ubezpieczycieli powinno odchodzić, a nie, jak to ma miejsce w Polsce z uwagi na niedoszacowaną składkę, powracać ze zdwojoną siłą. Zakłady ubezpieczeń będące profesjonalnymi podmiotami kalkulując składkę powinny odchodzić od „chorej” konkurencyjności „duszącej składkę” i zdawać sobie sprawę z ryzyka prawnego jakie niesie za sobą takie usztywnione podejście do przemijających i oderwanych od dzisiejszej rzeczywistości i otoczenia gospodarczego przyjętych przez nie prawideł prawa odszkodowawczego. Z drugiej strony, argumentacja ta ukazuje dobitnie fundamentalne prawdy o polityce odszkodowawczej dzisiejszego rynku ubezpieczeniowego w Polsce a zarazem pokazuje istotę największej bolączki naszego rodzimego rynku a mianowicie „szaleńczo” zaniżanej składki z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, co jak się wydaje jest głównym źródłem merytorycznych sporów Rzecznika Ubezpieczonych z zakładami ubezpieczeń. Obserwacje jednoznacznie wskazują, że zarówno kwestionowana powszechnie przez sądy redukcja świadczeń ze szkód osobowych, ale także analogiczna i równie ostro kwestionowana przez sądy redukcja wypłat w odniesieniu do szkód majątkowych (np. zamienniki zamiast oryginałów, amortyzacja wartości części, zaniżanie wartości roboczogodzin itp. a wcześniej VAT w kosztorysie, odpowiedzialność współposiadaczy, uwzględnianie zasiłku pogrzebowego w kosztach pogrzebu etc.) swoje źródło ma właśnie w zaniżonej składce. Skoro nie zbiera się wystarczającej składki (bo jest zdecydowanie niedoszacowana) ujawnia się potrzeba restrykcyjnego rozliczania z wyników pionów likwidacyjnych redukcji w wypłatach świadczeń. Niestety jak pokazuje kwerenda dostępnych w naszej bazie orzecznictwa wyroków (<http://www.rzu.gov.pl/serwis-prawny/orzecznictwo>) dzieje się to w znacznej części przypadków z pogwałceniem porządku prawnego poprzez nieuwzględnianie linii orzeczniczej, a także wysoce karkołomne interpretacje przepisów prawa odszkodowawczego. Rzecznik, chcąc przywrócić legalizm w postępowaniu likwidacyjnym (m.in. to jest jedna z jego zasadniczych misji) zwracając się do Sądu Najwyższego czy Prezesa UOKiK nazywany jest przez niektórych jak słyszymy „szkodnikiem” i przypisuje mu się w nieładnym stylu, że przez niego zwiększone zostaną wypłaty odszkodowań a składka dramatycznie wzrośnie. Wydaje się, że przyszedł najwyższy czas po stronie branży aby mocno „uderzyć się w pierś” i przyznać, że brnąc w chorej konkurencyjności zbiera się niewystarczające środki na pełną realizację zobowiązań, a następnie wspólnie ze wszystkimi rozsądnymi przedstawicielami rynku przekonywać społeczeństwo o konieczności podwyżek składek dla posiadaczy pojazdów mechanicznych, pokazując jednocześnie co dostaną w zamian poszkodowani w wypadkach drogowych obywatele. Trzeba w końcu odważnie sobie odpowiedzieć na wyjątkowo trudne pytanie co chcemy w naszym kraju mieć: Czy – jak doskonale ujął to niedawno w komentarzu dla „Dziennika Ubezpieczeniowego” dr Marcin Orlicki – atrapę ubezpieczenia OC, czy prawdziwie realizowane *lege artis* ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej?

Ponawiamy też opinię, że przywrócenie praworządności w postępowaniach likwidacyjnych, nad czym ostatnio się skupiliśmy, jest konieczne dla rozwoju innych ubezpieczeń w dłuższej perspektywie. Bowiem niemal cały negatywny wizerunek branży bierze się właśnie z praktyk stosowanych wobec poszkodowanych, korzystających w obecnej rzeczywistości z pseudo dobrodziejstwa czyli w dzisiejszej rzeczywistości niestety „atrapy ubezpieczenia OC”.

Stoimy też na stanowisku, że pomimo szerokiej krytyki wszystkie te omówione wyżej i sygnalizowane „pakietowe” działania w części przyniosły, a w przyszłości przyniosą oczekiwane rezultaty i w olbrzymiej większości kwestii spornych uporządkują na długie lata szereg zasadniczych spraw, które wcześniej rodziły wątpliwości i spory poszkodowanych z zakładami ubezpieczeń w obszarze komunikacyjnych ubezpieczeń obowiązkowych.

Jesteśmy też przekonani, że w dłuższym horyzoncie czasowym zakłady ubezpieczeń będą wdzięczne Rzecznikowi za podjęcie tych wyjątkowo trudnych wyzwań, których samodzielnie przez ostatnie lata nie były w stanie podjąć i rozwiązać.

Mamy również nadzieję, że kolejne wątpliwości, które ujawnią rozbieżne orzecznictwo sądów powszechnych będzie można rozwiązać przy zaangażowaniu i współpracy, a nie oporze i niechęci ze strony samorządu ubezpieczeniowego.

# Problemy poszkodowanych związane z trudnościami z uzyskaniem pełnej rekompensaty za wynajem pojazdu zastępczego na przykładzie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r.



*Magdalena Kudlak*  
naczelnik Wydziału Skarg i Interwencji w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych



*Joanna Szczepańska*  
zastępca naczelnika Wydziału Skarg i Interwencji w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych

Niniejsze opracowanie ma na celu przedstawienie problemów jakie napotykały osoby skarżące zwracające się do ubezpieczycieli z roszczeniem o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego w przypadku likwidacji szkody z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Problematyka ta została omówiona na przykładzie skarg, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych w przypadku, gdy szkoda likwidowana jest z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zakład ubezpieczeń jest obowiązany – zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 361 § 1 k.c. – do pokrycia normalnych następstw szkody. Jeżeli zatem poszkodowany wykaze, iż koszty, które poniósł w związku z zaistniałą szkodą – z tytułu wynajmu pojazdu zastępczego były konieczne, wówczas zakład ubezpieczeń jest obowiązany do ich wyrównania. Rzecznik pragnie jednocześnie wskazać, że zgodnie z przyjętą linią orzeczniczą Sądu Najwyższego<sup>1</sup> – utrata możliwości korzystania z rzeczy (w tym przypadku z pojazdu) wskutek jej uszkodzenia stanowi bezsprzecznie szkodę majątkową. Z treści ww. orzeczeń Sądu Najwyższego można jednocześnie wyprowadzić wnioski, iż co do zasady, między faktem uszkodzenia pojazdu, a faktem wynajęcia pojazdu zastępczego i poniesieniem kosztów z tego tytułu istnieje normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., a ponadto brak jest ograniczeń podmiotowych w podstawie roszczenia o refundację kosztów wynajmu samochodu zastępczego.

Mając powyższe na względzie, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych już sama utrata możliwości korzystania z pojazdu wskutek jego uszkodzenia stanowi szkodę majątkową i to w oderwaniu od faktu, czy samochód był wykorzystywany do celów zarobkowych (w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą), czy też służył do zaspokajania normalnych funkcji życiowych, niezwiązanych z prowadzoną działalnością gospodarczą. Jeżeli zatem poszkodowany poniósł z związku z tym koszty, które były konieczne na wynajem samochodu zastępczego, to mieszczą się one w granicach skutków szkodowych podlegających wyrównaniu. Jest to zarazem roszczenie *stricte* odszkodowawcze, które powstaje przez sam fakt uszkodzenia bądź zniszczenia pojazdu mechanicznego. Zdaniem Rzecznika, poszkodowany ma prawo dysponować sprawnym pojazdem, niezależnie od tego, do jakich celów służył uszkodzony pojazd, tj. do prowadzenia działalności gospodarczej, czy też do zaspokajania podstawnych potrzeb egzystencjalnych (np. codzienny dojazd do pracy, odwożenie dzieci do szkoły itp.).

Analizując skargi konsumenckie kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w ramach prowadzonych postępowań skargowych, Rzecznik otrzymuje liczne sygnały wskazujące na problemy związane z trudnościami w uzyskaniu pełnej rekompensaty za wynajem pojazdu zastępczego w odniesieniu do szkód likwidowanych z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

W I półroczu 2011 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 7 437 pisemnych skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Spraw odnoszących się do obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odnotowano 2 395, co stanowiło 32,2% ogółu otrzymanych wystąpień. W omawianym okresie Rzecznik otrzymał 172 wnioski dotyczące refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego w sprawach likwidowanych z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Stanowiły one 7,2% spraw z omawianego zakresu. W Tabeli nr 1 przedstawiono ogólną liczbę skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. w porównaniu do liczby skarg odnoszących się do ubezpieczenia OC posiadaczy

<sup>1</sup> Por. wyrok SN z dnia 26 listopada 2002 r. (sygn. akt V KKN 1397/00); wyrok SN z dnia 8 września 2004 r. (sygn. akt IV CK 672/03); wyrok SN z dnia 5 listopada 2004 r. (sygn. akt II CK 494/03).

**Tabela nr 1. Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. w związku z działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II w zakresie refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego w sprawach likwidowanych z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (p.p.m.)**

Lp.	Zakłady ubezpieczeń działu II	Liczba spraw dot. zwrotu kosztów za najem pojazdu zastępczego	Liczba skarg dot. OC p.p.m.	Procent liczby spraw dot. pojazdu zastępczego w odniesieniu do spraw z zakresu OC p.p.m.	Ogólna liczba skarg	Procent ogólnej liczby skarg	udział z.u. w rynku działu II w % (stan na 31.03.2011 r.)*
1.	TUIR Allianz Polska S.A.	11	103	10,680	391	6,071	6,909
2.	AVIVA TU Ogólnych S.A.	–	41	–	161	2,500	1,194
3.	AXA TUIR S.A.	–	1	–	11	0,171	0,696
4.	BENEFIA TU S.A. Vienna Insurance Group	2	41	4,878	71	1,102	1,015
5.	BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.	–	6	–	33	0,512	0,475
6.	BZ WBK – AVIVA TU Ogólnych S.A.	–	–	–	15	0,233	0,440
7.	TU Compensa S.A. Vienna Insurance Group	6	94	6,383	236	3,665	3,733
8.	D.A.S. TU Ochrony Prawnej S.A.	–	–	–	5	0,078	0,069
9.	STU Ergo Hestia S.A.	17	178	9,551	560	8,696	9,211
10.	TU Euler Hermes S.A.	–	–	–	–	–	1,111
11.	TU Europa S.A.	–	1	–	18	0,280	1,819
12.	Generali TU S.A.	15	157	9,554	349	5,419	3,951
13.	HDI Asekuracja TU S.A.	6	164	3,659	291	4,519	4,200
14.	TU INTER Polska S.A.	–	–	–	30	0,466	0,375
15.	TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group	12	98	12,245	289	4,488	4,622
16.	KUKE S.A.	–	–	–	–	–	0,194
17.	Link 4 TU S.A.	7	55	12,727	273	4,239	1,109
18.	Medica Polska Ubezpieczenia Zdrowotne TU S.A.	–	–	–	–	–	0,020
19.	MTU Moje TU S.A.	14	136	10,294	303	4,705	2,043
20.	TUIR Partner S.A.	–	–	–	–	–	0,002
21.	Polskie Towarzystwo Reasekuracyjne S.A.	–	–	–	–	–	1,312
22.	PTU S.A.	10	125	8,000	208	3,230	1,674
23.	TU Polski Związek Motorowy S.A. Vienna Insurance Group	6	46	13,043	97	1,506	0,761
24.	PZU S.A.	16	547	2,925	1562	24,255	35,391
25.	Signal Iduna Polska TU S.A.	–	1	–	25	0,388	0,266
26.	UNIQA TU S.A.	10	100	10,000	309	4,798	4,425
27.	TUIR WARTA S.A.	18	317	5,678	636	9,876	8,821
28.	Concordia Polska TUW	–	–	–	11	0,171	0,737
29.	TUW Cuprum	–	–	–	2	0,031	0,403
30.	Pocztowe TUW	–	13	–	17	0,264	0,147
31.	TUW SKOK	–	–	–	6	0,093	1,014
32.	TUW TUW	6	77	7,792	128	1,988	1,448
33.	TUW TUZ	1	12	8,333	28	0,435	0,411
34.	PTU GRYF S.A. (w upadłości)	–	–	–	1	0,016	–
35.	<b>Oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce:</b>	13	66	–	<b>211</b>	<b>3,276</b>	–
	– AXA Ubezpieczenia Avanssur S.A. Oddział w Polsce	11	49	22,449	113	1,754	
	– Liberty Seguros Oddział w Polsce	2	15	13,333	74	1,149	
	– Chartis Europe S.A. Oddział w Polsce	–	2	–	11	0,171	
	– Cardif–Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce	–	–	–	6	0,093	
	– Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce	–	–	–	4	0,062	
	– AGA International S.A. Oddział w Polsce (poprzednia nazwa Mondial Assistance International AG Główny Oddział w Polsce)	–	–	–	2	0,031	
– ACE European Group Limited Sp. z o.o. Oddział w Polsce	–	–	–	1	0,016		
36.	Zagraniczne zakłady ubezpieczeń	–	1	–	21	0,326	–
37.	Reprezentanci do spraw roszczeń na terenie Polski nie będący ZU, w tym:	2	14	14,286	20	0,311	–
	– Reso Europa Service Sp. z o.o.	2	10	20,000			
	– pozostałe	–	4	–			
38.	Brak nazwy zakładu ubezpieczeń działu II	–	1	–	82		

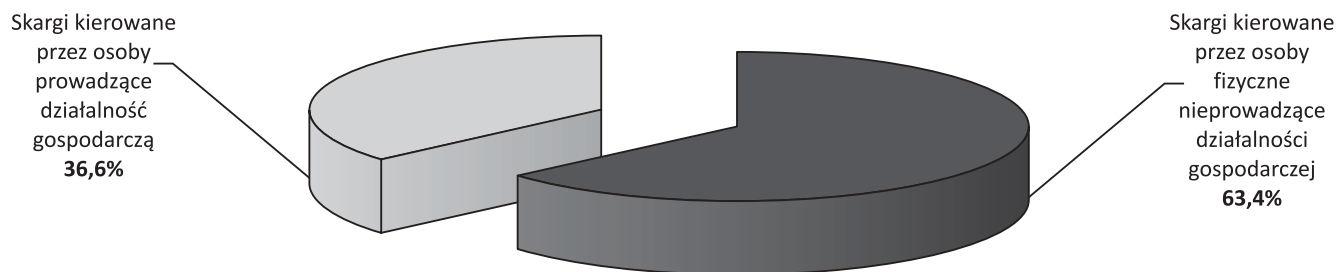
\* Udział w rynku mierzony składką przypisaną brutto w dziale II

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie Raportu Rzecznika Ubezpieczonych w sprawie skarg w I półroczu 2011 roku; [http://www.rzu.gov.pl/sprawy-biezace/Raport\\_Rzecznika\\_Ubezpieczonych\\_w\\_sprawie\\_skarg\\_w\\_I\\_polroczu\\_2011\\_roku\\_20317](http://www.rzu.gov.pl/sprawy-biezace/Raport_Rzecznika_Ubezpieczonych_w_sprawie_skarg_w_I_polroczu_2011_roku_20317).

pojazdów mechanicznych oraz liczby spraw dotyczących roszczeń o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego. Dodatkowo podano również procent ogólnej liczby skarg, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym okresie sprawozdawczym w porównaniu do udziału zakładu ubezpieczeń w rynku działu II w % (stan na 31.03.2011 r.) oraz procent liczby spraw dotyczących pojazdu zastępczego w odniesieniu do spraw z zakresu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów.

Z analizy spraw z zakresu refundacji kosztów najmu pojazdu zastępczego, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. wynika, iż 109 spraw, co stanowiło 63,4% otrzymanych wniosków, zostało skierowanych do Rzecznika przez osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej, a 63 sprawy, co stanowiło 36,6% ogółu zgłoszeń wniosły osoby prowadzące działalność gospodarczą (Wykres nr 1).

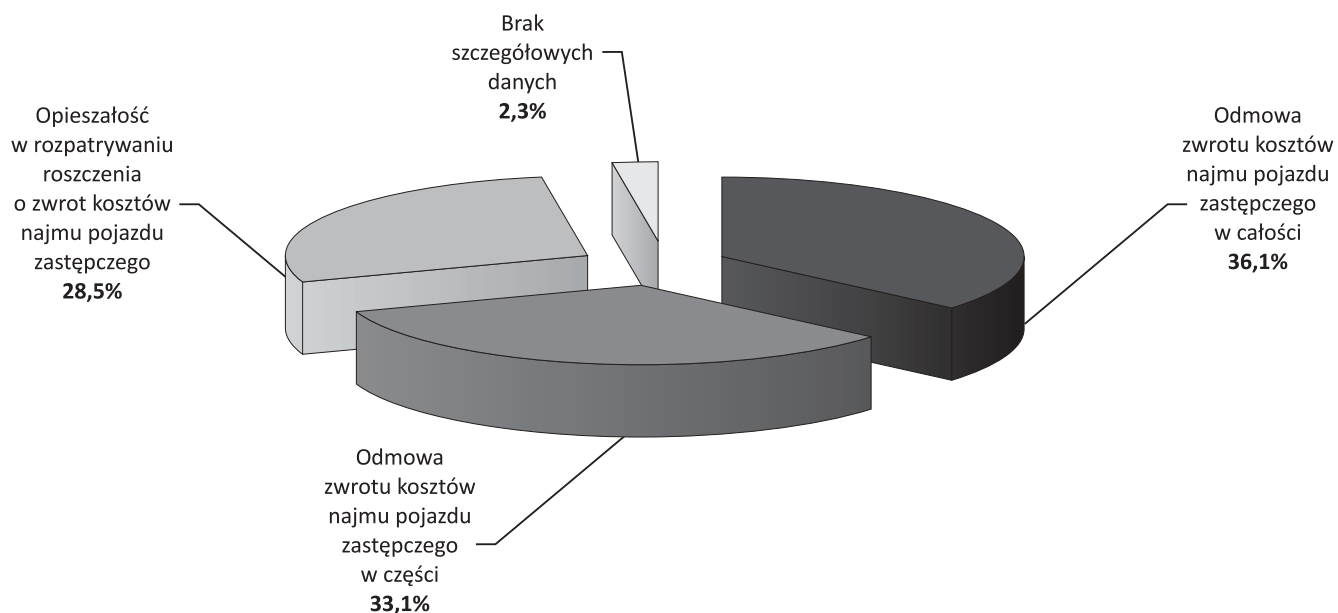
**Wykres nr 1. Źródło wpływu skarg odnoszących się do problematyki refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w I półroczu 2011 r.**



Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy skarg dotyczących refundacji kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. wynika, iż najwięcej spraw, tj. 36,1% dotyczyło odmowy zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w całości, natomiast 33,1% wystąpień odnosiło się do częściowej odmowy zwrotu kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego. W 28,5% otrzymanych spraw skarżący wskazywali na opieszałość w rozpatrywaniu roszczenia o zwrot kosztów związanych z najmem pojazdu zastępczego, zaś 2,3% spraw nie zawierało szczegółowych danych (Tabela nr 2, Wykres nr 2).

**Wykres nr 2. Zarzuty zawarte w skargach wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. odnoszące się do problematyki refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych**



Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela nr 2. Zarzuty zawarte w skargach wpływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. odnoszące się do problematyki refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych**

Lp.	Zarzuty zawarte w skargach dotyczące refundacji kosztów wynajmu pojazdu zastępczego	Liczba	%
1.	Odmowa zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w całości	62	36,1
2.	Odmowa zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w części	57	33,1
3.	Opieszałość w rozpatrywaniu roszczenia o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego	49	28,5
4.	Brak szczegółowych danych	4	2,3
5.	<b>Ogółem</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Z prowadzonych postępowań skargowych wynika, iż najczęściej odmowę zwrotu kosztów poniesionych przez poszkodowanych w związku z wynajmem pojazdu zastępczego zakłady ubezpieczeń motywowały brakiem wykazania, udokumentowania przez skarżących niezbędności, celowości, konieczności i zasadności wynajmu pojazdu zastępczego. Ubezpieczyciele żądali wykazania przez poszkodowanych, że nie mogli zaspokoić swoich potrzeb w inny sposób niż poprzez wynajem pojazdu zastępczego lub w związku z przestojem uszkodzonego pojazdu jego właściciel poniósłby stratę lub utracił korzyści wynikające z użytkowania pojazdu. Niektóre zakłady ubezpieczeń wskazywały, że roszczenie dotyczące zwrotu kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego uzasadnione jest generalnie w przypadku, gdy pojazd niezbędny jest do wykonywania pracy zarobkowej np. w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub stosunku pracy, w sytuacji użytkowania prywatnego pojazdu do czynności służbowych, natomiast w innych przypadkach konieczność ta powinna wynikać z udokumentowania zasadności wynajmu pojazdu zastępczego. Koszt wynajmu pojazdu zastępczego, używanego jedynie do celów niezarobkowych, zdaniem ubezpieczycieli nie stanowi – co do zasady – składnika odszkodowania należnego poszkodowanemu i nie może być uznany za normalne następstwo szkody w pojeździe. W opinii ubezpieczycieli roszczenie poszkodowanego o zwrot kosztów wynajmu pojazdu zastępczego jest uzasadnione, gdy z całokształtu okoliczności danej sprawy wynika, że poszkodowany, jako osoba fizyczna, nieprowadząca działalności gospodarczej, nie mógł zaspokoić swoich potrzeb konsumpcyjnych i życiowych w inny sposób, w szczególności poprzez korzystanie z ogólnodostępnych środków transportu. Jednocześnie poszkodowany powinien udowodnić, w jaki sposób dotychczas korzystał z pojazdu, intensywność użytkowania tego pojazdu, długość dokonywanych przejazdów, w jakim celu dokonywał przejazdu, a także fakt, że nie miał innego pojazdu, który mógł być wykorzystywany w zastępstwie uszkodzonego.

Z analizy skarg, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. wynika, że poszkodowani, jako osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej wskazywali, iż brak możliwości użytkowania własnego pojazdu uszkodzonego na skutek zdarzenia drogowego ma znaczący wpływ na dotychczasowy poziom ich życia poprzez uniemożliwianie zaspokajania podstawowych potrzeb społecznych, a także powoduje utrudnienia w wypełnieniu codziennych obowiązków. Skarżący zaznaczali również, że zakupili pojazd dla własnej potrzeby, wygody, satysfakcji i jest im on niezbędny do pełnej realizacji życia rodzinnego i zawodowego.

Uzasadniając konieczność i zasadność najmu pojazdu zastępczego skarżący najczęściej zwracali uwagę na:

- 1) niezbędność pojazdu w codziennym życiu rodzinnym:
  - utrudniony dojazd na wizyty lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne, a w razie konieczności do szpitala;
  - dowożenie dzieci do szkoły, przedszkola, na zajęcia pozalekcyjne lub do opiekunów;
  - obowiązek sprawowania opieki nad innym członkiem rodziny, najczęściej osobą starszą, chorą lub niepełnosprawną;
  - wynajęcie pojazdu zastępczego ze względu na zaplanowany wyjazd;
  - wynajęcie pojazdu w związku z zaplanowanymi i prowadzonymi pracami (np. dowóz materiałów budowlanych potrzebnych na remont mieszkania lub budowę domu, dojazdy do sklepów, hurtowni, transport narzędzi i pracowników, konieczność sprawowania nadzoru nad prowadzonymi pracami).
- 2) utrudnienia w sprawnym dojeździe do pracy:
  - odległy dojazd do pracy z miejsca zamieszkania;
  - brak możliwości korzystania ze środków komunikacji publicznej (np. brak komunikacji zastępczej, brak bezpośrednich połączeń komunikacyjnych, znaczna odległość od przystanków);
  - praca w różnych miejscach, system pracy zmianowej, praca w terenie, praca w godzinach nadliczbowych, wymagająca stałej dyspozycyjności;

- szczególny charakter wykonywanej pracy polegający na wykorzystywaniu własnego pojazdu w celach służbowych (np. dojazd do klientów, przewóz utargów do banku, dojazd od hurtowni);
- wspólny dojazd małżonków do pracy zmniejszający koszty.

Ponadto, poszkodowani będący osobami prowadzącymi działalność gospodarczą uzasadniają konieczność wynajmu pojazdu zastępczego wskazywali na:

- możliwość utraty nowych zleceń, części wynagrodzenia, brak możliwości dokończenia już rozpoczętych prac;
- specyficzny model, typ pojazdu niezbędny do kontynuowania wykonywanej działalności;
- specyfikę prowadzonej działalności (np. działalność rolnicza, transportowa);
- konieczność dojazdu na spotkania biznesowe, z inwestorami, wykonawcami, wizyty w urzędach, na terenach realizowanych inwestycji, w celu organizacji szkoleń, prezentacji u klienta, zaopatrzenia i kontrolingu;
- wykorzystywanie pojazdu, jako środka komunikacji pracowników, do dystrybucji produktów firmy, do transportu sprzętu;
- ryzyko zawieszenia prowadzonej działalności gospodarczej z uwagi na dużą konkurencyjność w danej branży i brak możliwości korzystania z własnego pojazdu.

Zarówno osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej, jak i osoby, którym pojazd jest niezbędny do prowadzenia działalności gospodarczej, jako główne przesłanki zasadności najmu pojazdu zastępczego wskazywały na:

- wynajęcie pojazdu zastępczego z uwagi na uszkodzenie własnego samochodu w stopniu uniemożliwiającym jego dalsze poruszanie;
- brak innego samochodu, który mógłby być wykorzystywany w zastępstwie uszkodzonego;
- brak środków finansowych na zakup nowego pojazdu;
- wynajęcie pojazdu zastępczego tylko na czas niezbędny do naprawy własnego uszkodzonego pojazdu lub zakupu innego pojazdu;
- wynajęcie pojazdu o zbliżonych parametrach do uszkodzonego lub często o niższym standardzie;
- wynajęcie pojazdu po stawkach obowiązujących na lokalnym rynku lub niższych od średnich stawek rynkowych;
- konieczność użytkowania pojazdu zastępczego do momentu uzyskania pozytywnych badań technicznych lub rejestracji nowego pojazdu.

Z analizy otrzymanych przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych spraw wynika, iż w przypadku częściowego zwrotu kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego zakłady ubezpieczeń wskazywały najczęściej na uznawanie roszczenia przy szkodzie częściowej jedynie za technologiczny okres naprawy uszkodzonego pojazdu. Jednocześnie ubezpieczyciele wskazywali, że ustalając ekonomicznie uzasadniony czas wynajmu pojazdu zastępczego brali pod uwagę szereg aspektów wynikających z prowadzonego postępowania likwidacyjnego, takich jak np. czas oczekiwania na oględziny, okres niezbędny na zorganizowanie naprawy czy dni wolne od pracy.

Dodatkowo ubezpieczyciele ograniczając okres najmu pojazdu zastępczego najczęściej wskazywali, że nie ponoszą odpowiedzialności za skutki działania zakładu naprawczego, w wyniku których został wydłużony technologiczny czas naprawy, jeżeli np. nie udokumentowano z jakimi częściami zamiennymi był problem i jaki był termin ich dostarczenia.

Przy szkodzie całkowitej ubezpieczyciele doliczali okres niezbędny na sprzedaż wraku pojazdu, zakup innego pojazdu o podobnych parametrach i czas potrzebny na jego zarejestrowanie. Zdaniem ubezpieczycieli poszkodowany powinien jednocześnie dołożyć rozsądnych starań, aby nie powiększać rozmiaru szkody i nie oczekiwać biernie na zapłatę odszkodowania, powodując tym samym zwiększenie rozmiaru szkody. W opinii ubezpieczycieli odpowiedzialność z tytułu wynajmu pojazdu zastępczego w przypadku nieopłacalności naprawy uszkodzonego pojazdu ogranicza się wyłącznie do pokrycia poniesionych kosztów jedynie za okres, w jakim poszkodowany przy zachowaniu należytej staranności mógł zagospodarować pozostałości powypadkowe lub nabyć inny pojazd, a nie do czasu uzyskania odszkodowania z tego tytułu.

W sprawach, które wpłynęły w omawianym okresie do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, skarżący uzasadniają wynajem pojazdu zastępczego na okres dłuższy niż uwzględniony przez ubezpieczycieli najczęściej wskazywali na:

- wydłużenie okresu najmu z uwagi na konieczność oczekiwania na zamówione przez warsztat naprawczy części zamienne;
- konieczność oczekiwania na specjalistyczne stanowisko w warsztacie naprawczym;
- wydłużenie okresu najmu z powodu oczekiwania na rzeczoznawcę lub weryfikację kosztorysu;
- wydłużenie okresu najmu z uwagi na błędne określenie zakresu szkody w pojeździe dokonane przez ubezpieczycieli.

Kolejny zarzut podnoszony przez skarżących dotyczył bezzasadnej, ich zdaniem, weryfikacji stawek najmu pojazdu zastępczego do średniej ceny stosowanej przez podmioty, które świadczą usługi w tym zakresie na danym terenie.

Dodatkowo skarżący zwracali uwagę na występującą po stronie ubezpieczycieli opieszałość w rozpatrywaniu zgłoszonego roszczenia o zwrot kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego, najczęściej wskazując na:

- brak informacji przed wypożyczeniem pojazdu zastępczego na temat konieczności przedstawienia wszelkich wymaganych dokumentów uzasadniających wynajem;
- wskazywanie niezbędnych dokumentów, które należy przedstawić, aby uzasadnić konieczność wynajmu pojazdu zastępczego dopiero w odmownym stanowisku ubezpieczyciela, co wydłużało proces rozpatrywania roszczenia;
- opieszale udzielanie odpowiedzi na zgłaszane zapytania lub odwołania;
- opieszałość w przekazywaniu sprawy do właściwego zakładu ubezpieczeń.

W części spraw poszkodowani wskazywali również na brak informacji ze strony zakładu ubezpieczeń na temat możliwości wynajęcia pojazdu zastępczego w przypadku szkód likwidowanych z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Należy zaznaczyć, iż w toku prowadzonych postępowań skargowych Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował liczne przypadki wyłączania lub ograniczania przez ubezpieczycieli swojej odpowiedzialności z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za poniesione przez poszkodowanych koszty najmu pojazdu zastępczego w przypadku, gdy pojazd ten nie był wykorzystywany do prowadzenia działalności gospodarczej lub wykonywania wolnego zawodu, lecz wyłącznie do celów prywatnych, niezarobkowych. Z uwagi na występujące rozbieżności w orzecznictwie sądowym, jak również ze względu na społeczny wymiar omawianego problemu, Rzecznik Ubezpieczonych w dniu 16 grudnia 2010 r., złożył do Sądu Najwyższego wnioszek o podjęcie uchwały mającej na celu usunięcie istniejących rozbieżności w orzecznictwie sądowym w przedmiocie roszczenia osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego.

W dniu 17 listopada 2011 r. Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów, na posiedzeniu niejawnym, przy udziale Rzecznika Ubezpieczonych oraz prokuratora Prokuratury Generalnej podjął uchwałę (sygn. akt III CZP 5/11) o następującej treści: **„Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za uszkodzenie albo zniszczenie pojazdu mechanicznego niestującego do prowadzenia działalności gospodarczej obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego; nie jest ona uzależniona od niemożności korzystania przez poszkodowanego z komunikacji zbiorowej”.**

Powyższa uchwała potwierdza konsekwentnie podtrzymywane przez Rzecznika Ubezpieczonych stanowisko w sprawie zasadności roszczeń o zwrot kosztów poniesionych na wynajem pojazdu zastępczego w okresie niemożności korzystania z uszkodzonego pojazdu w przypadku likwidacji szkody z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Omawiana uchwała Sądu Najwyższego oznacza także, że zakłady ubezpieczeń nie mogą odmawiać zwrotu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego przez osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej z tego powodu, że w miejscu zamieszkania poszkodowanego funkcjonuje komunikacja publiczna i w związku z tym na czas likwidacji szkody poszkodowany winien poruszać się tymi środkami transportu. Osoby, którym odmówiono w ten sposób wypłaty odszkodowania mogą zwracać się do ubezpieczycieli o zapłatę odszkodowania wraz z odsetkami za opóźnienie.

Powyższa uchwała nie stanowi także zmiany obowiązującego prawa, a jedynie wyjaśnienie jak należy rozumieć szkodę majątkową w postaci poniesionych kosztów najmu pojazdu mechanicznego przez osoby fizyczne wykorzystujące pojazdy mechaniczne do celów prywatnych oraz, że nie można odmawiać wypłaty odszkodowania, ponieważ w miejscu zamieszkania, pobytu, czy pracy poszkodowanego funkcjonuje komunikacja publiczna.

W związku z powyższym, o zapłatę odszkodowania wraz z odsetkami za zwłokę mogą ubiegać się osoby, których roszczenie nie uległo przedawnieniu lub nie zostało oddalone prawomocnym wyrokiem sądu, jak również, gdy nie było przedmiotem zawartej ugody z ubezpieczycielem.

Jednocześnie Rzecznik żywi przekonanie, że zakłady ubezpieczeń uznają stanowisko Sądu Najwyższego i wprowadzą zmiany w wewnętrznych procedurach stosowanych w toku likwidacji szkód, co umożliwi sprawne prowadzenie postępowań likwidacyjnych, a tym samym ograniczy liczbę skarg kierowanych przez konsumentów do Rzecznika Ubezpieczonych z omawianego zakresu.

# Uprawniony do zadośćuczynienia z art. 445 § 1 k.c.

1. Zgodnie z literalnym brzmieniem art. 445 § 1 k.c. przewidziane w nim zadośćuczynienie za doznaną krzywdę przysługuje poszkodowanemu, który doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Zasadniczo więc roszczenie o zadośćuczynienie przysługuje osobie, przeciwko której było skierowane zdarzenie, określone jako czyn niedozwolony<sup>1</sup>. Inaczej mówiąc osoba niebędąca bezpośrednio poszkodowaną nie powinna domagać się zadośćuczynienia powstałej krzywdy na podstawie art. 445 § 1 k.c. Pogląd podobny przyjęto w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 2008 r. (sygn. akt IV CSK 349/08, niepubl.), w którym Sąd stwierdził, że użyty w art. 415 k.c. zwrot „drugiemu” odnoszący się do osoby poszkodowanego w wyniku deliktu, ogranicza odpowiedzialność sprawcy szkody i w wyniku takiego brzmienia przepisu ponosi on odpowiedzialność wobec tych podmiotów, przeciwko którym było skierowane działanie sprawcy, z wyjątkiem tych przypadków, w których przepisy szczególne przewidują inną zasadę, np. art. 446 § 2 i § 3 k.c. Sąd wskazał przy tym, iż stanowisko to nie rozstrzyga jakie przesłanki decydują w konkretnych okolicznościach o zakwalifikowaniu działania sprawcy jako skierowanego przeciwko określonemu podmiotowi. Uwzględniając, że odpowiedzialność w ramach art. 415 k.c. oparta jest o przesłankę szkody pozostającej w normalnym związku przyczynowym z zawinionym działaniem sprawcy, z którego szkoda wynikła, jedynie kryterium normalnego związku przyczynowego może być uznane za ustawową przesłankę rozstrzygającą o tym, przeciwko którym podmiotom było skierowane działanie sprawcy szkody. Teoria adekwatnego związku przyczynowego przyjęta w art. 361 k.c. zakłada, że sprawca szkody odpowiada jedynie za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda. Tego rodzaju związek nie musi mieć charakteru bezpośredniego, jednakże w wypadkach, gdy następstwa deliktu pozostają w pośrednim związku przyczynowym z działaniem sprawcy, istotne jest by zdarzenia pośrednie prowadzące do powstania szkody nie były w tak luźnym związku ze zdarzeniem, które spowodowało szkodę, iż uwzględnienie takich następstw sprzeciwiałoby się rozsądkowi<sup>2</sup>. Tego rodzaju kryterium pozwala na racjonalne ukształtowanie nie tylko rodzaju szkód podlegających naprawieniu, ale również określeniu kręgu podmiotów uprawnionych do dochodzenia odszkodowania. Jedynie w wypadkach wyjątkowych, gdyby przesłanka normalnego związku przyczynowego okazała się niewystarczająca dla określenia podmiotów poszkodowanych w wyniku deliktu, mogłoby wchodzić w grę posłużenie się pomocniczo innym jeszcze kryterium. W literaturze prezentowane są różnorodne poglądy na temat pojęcia bezprawności. Prezentowane jest między innymi stanowisko, że bezprawność jest pojęciem względnym i każdorazowo należy badać, jaki jest cel naruszonej przez sprawcę normy prawnej. Ochronę można przyznać tylko tym podmiotom, których interesy dana norma chroniła. Uwzględniając jednak, że formuła generalna deliktu zawarta w art. 415 k.c. jest normą prawną i w świetle tego rozwiązania roszczenia z deliktu nie są ograniczone dla pewnych tylko podmiotów, teoria bezprawności względnej może odgrywać większe znaczenie jedynie w przypadku przepisów szczególnych. Za przydatne na gruncie art. 415 k.c. można uznać prezentowane w jej ramach stanowisko, że bezprawność może mieć miejsce w takiej sytuacji, gdy stosunek między sprawcą a poszkodowanym jest tego rodzaju, że prawdopodobieństwo wyrządzenia szkody własnym działaniem lub zaniechaniem mieści się w granicach rozsądnej przewidywalności.

Poszkodowany, który chce uzyskać zadośćuczynienie musi wykazać, że wskutek zdarzeń przewidzianych w art. 415–436 k.c. doszło u niego do naruszenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. W orzecznictwie wskazuje się też, że same uciążliwości i przykrości odczuwane przez poszkodowanego w związku ze śmiercią, czy cierpieniem osoby bliskiej nie uzasadniają prawa do występowania z roszczeniem o zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c.<sup>3</sup> Jednocześnie przepis art. 445 § 1 k.c. pozwala na zrekomensowanie, przez zadośćuczynienie, krzywdy wynikłej z rozstroju zdrowia poszkodowanym, którzy doznali go wskutek śmierci osoby bliskiej<sup>4</sup>. U tych osób wymagane jest zaistnienie rozstroju



**Anna Dąbrowska**  
główny specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> Wyrok SN z dnia 13 listopada 1987 r. (sygn. akt IV CR 266/87, OSNC 1989, nr 9, poz. 142); stwierdzenie SN dotyczyło sytuacji, w której u matki pogłębiał się istniejący już rozstrój zdrowia, a pogorszenie to wywołane wiadomością o uszkodzeniach ciała doznanych przez dzieci w wypadku komunikacyjnym i przebiegiem procesu leczenia tych obrażeń. Sąd uznał, iż w takich okolicznościach pogorszenie się stanu zdrowia matki jest tylko pośrednio następstwem tego sprawczego działania.

<sup>2</sup> Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2008 r. (sygn. akt II CSK 336/07, niepubl.).

<sup>3</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 lipca 2003 r. (sygn. akt I ACa 396/03, Wokanda 2004, nr 12, poz. 41).

<sup>4</sup> Postanowienie SN z dnia 6 marca 2008 r. (sygn. akt III KK 345/07, OSNKW 2008, nr 6, poz. 49, Biul. SN 2008, nr 5, poz. 9, Prok. i Pr.– wkt. 2008, nr 10, poz. 4): „Przepis art. 445 § 1 k.c. dopuszcza możliwość zrekomensowania, przez zadośćuczynienie, krzywdy wynikłej z rozstroju zdrowia osób bliskich ofiary umyślnego przestępstwa przeciwko życiu, doznanej wskutek wstrząsu psychicznego wywołanego tym przestępstwem”.

zdrowia. Wskazuje się ponadto, iż chodzi tutaj o rozstrój zdrowia kwalifikowany w kategoriach medycznych jako choroba psychiczna (konieczne jest ustalenie tego faktu przez biegłych)<sup>5</sup>. Ujemne przeżycia, czy nawet stres nie powinny być utożsamiane z rozstrojem zdrowia. Nie jest też wystarczające wykazanie takich następstw w sferze psychicznej poszkodowanego, które zazwyczaj łączą się ze śmiercią osoby bliskiej: uczucie smutku, przygnębienia, żalu i innych negatywnych emocji<sup>6</sup>. Właściwym roszczeniem w takich przypadkach będzie bowiem roszczenie o zadośćuczynienie z art. 446 § 4 k.c.

Należy pamiętać, że zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c. stanowi formę rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej, określanej również jako krzywda, która przejawia się w ujemnych doznaniach (cierpieniach) fizycznych i psychicznych wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Uszkodzenie ciała oznacza naruszenie integralności cielesnej pozostawiające ślady zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Rozstrojem zdrowia są z kolei inne postaci zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu, np. nerwica lub choroba psychiczna. Krzywda jest zatem następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Jeżeli nie doszło do uszkodzenia ciała lub nie nastąpił rozstrój zdrowia, brak podstaw do żądania ww. zadośćuczynienia.

**2.** Warto wspomnieć o art. 446<sup>1</sup> k.c., który mówi że z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem. Jest to przepis, który wskazuje, iż obowiązek naprawienia szkody wynikający z art. 415–436 k.c. może dotyczyć także dziecka, które doznało przed urodzeniem szkód. Może ono między innymi uzyskać zadośćuczynienie z art. 445 § 1 k.c.

Należy się zgodzić, że w świetle tego przepisu nie jest istotne, czy zdarzenie szkodzące wyrządziło szkodę bezpośrednio płodowi, czy też najpierw matce a dopiero w dalszej konsekwencji nienarodzonemu dziecku<sup>7</sup>.

**3.** Stosownie do brzmienia art. 445 § 3 k.c. roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. Koniecznym elementem przejścia roszczenia na spadkobierców jest więc albo uznanie zgłoszonego roszczenia na piśmie (pisemne oświadczenie woli dłużnika), albo wniesienie powództwa o przyznanie odpowiedniej sumy pieniężnej.

Wytoczeniem powództwa za życia poszkodowanego w rozumieniu art. 445 § 3 k.c. jest wytoczenie powództwa, które jest skuteczne w tym znaczeniu, że nadaje się do rozpoznania. Wytoczenie powództwa może być skuteczne także w braku zgody sądu opiekuńczego na dokonanie tej czynności przez opiekuna osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie (art. 156 w zw. z art. 175 k.r.o.)<sup>8</sup>. Sąd Najwyższy podkreślił, że sąd orzekający w sprawie, w której na wytoczenie powództwa wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego, nie może zastąpić sądu opiekuńczego i orzec o zezwoleniu, jednakże gdy brak takiego zezwolenia nie może zostać usunięty, po śmierci bowiem podopiecznego zezwolenie sądu opiekuńczego wymagane w art. 156 w związku z art. 175 k.r.o. nie może zostać udzielone, nie świadczy o bezskuteczności powództwa. W sprawie będącej przedmiotem orzekania sądu brak zezwolenia sądu opiekuńczego na wytoczenie powództwa był usuwalny i mógł być usunięty po podjęciu przez sąd z urzędu czynności zmierzających do jego usunięcia. Wobec czego sąd uznał, że w sytuacji, gdy podjęcie tych czynności stało się nieaktualne, w celu ustalenia, czy wytoczenie powództwa spowodowało przejście roszczenia o zadośćuczynienie na spadkobierców poszkodowanego, sąd może samodzielnie ocenić, czy opiekun uzyskałby stosowne zezwolenie sądu opiekuńczego.

Warto też przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 r., w którym Sąd orzekł, że nie można kategorycznie twierdzić, że dziecko ze względu na wiek odczuwa tylko cierpienia fizyczne. Okoliczność, że nie ma ono jeszcze ukształtowanej psychiki, nie może oznaczać, że nie doznaje również cierpienia psychicznego. Sąd uznał że, nie może prowadzić do obniżenia wysokości zadośćuczynienia okoliczność, że poszkodowane dziecko zmarło, a po jego śmierci do procesu wstąpili rodzice jako spadkobiercy ustawowi.

Zgodnie z art. 445 § 3 k.c., roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. Oznacza to, że rozważane roszczenie w zasadzie nie podlega dziedziczeniu, jako ściśle związane z osobą zmarłego (zob. art. 922 § 2 k.c.). W drodze wyjątku ustawodawca dopuścił dziedziczenie roszczenia o zadośćuczynienie w dwóch wypadkach, m.in. w razie wytoczenia powództwa za życia poszkodowanego. Sąd Najwyższy w dawniejszym orzecznictwie twierdził, że w razie śmierci poszkodowanego należy mieć na uwadze przy określaniu wysokości zadośćuczynienia, iż przypadnie ono nie bezpośrednio poszkodowanemu, lecz jego spadkobiercom<sup>9</sup>. Sąd Najwyższy obecnie nie podziela jednak tego sta-

<sup>5</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 18 marca 2008 r. (sygn. akt II AKa 26/08, OSAB 2008, nr 1, poz. 52, KZS 2008, nr 7-8, poz. 75, Prok. i Pr.- wkl. 2008, nr 10, poz. 29).

<sup>6</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 listopada 2000 r. (sygn. akt I ACa 882/00, TPP 2002, nr 4, poz. 107).

<sup>7</sup> Zob. A. Olejniczak (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, (w:) *System Prawa Prywatnego*, t. VI, Warszawa 2009, s. 721.

<sup>8</sup> Wyrok SN z dnia 27 listopada 2008 r. (sygn. akt IV CSK 306/08, OSNC 2009, nr 11, poz. 121).

<sup>9</sup> Wyroki z dnia 15 grudnia 1961 r. (sygn. akt 1 CR 775/60, OSNCP 1963, nr 2, poz. 36); z dnia 3 maja 1963 r. (sygn. akt III CR 395/62, OSPiKA 1965, nr 1, poz. 7) i z dnia 12 kwietnia 1972 r. (sygn. akt II CR 57/72, OSNCP 1972, nr 10, poz. 183).

nowiska. W stanie faktycznym stanowiącym podstawę orzekania Sądu chodziło bowiem o jedno roszczenie, które wyjątkowo podlega dziedziczeniu, a nie o dwa różne roszczenia (poszkodowanego i jego spadkobierców), których wysokość byłaby ustalana na podstawie odmiennych kryteriów. Według art. 922 § 1 k.c., prawa i obowiązki majątkowe zmarłego przechodzą z chwilą jego śmierci na jedną lub kilka osób. Takie prawa (w danym przypadku roszczenie o zadośćuczynienie) i obowiązki wchodzi w skład spadku, jest zaś zasadą, że spadkobierca znajduje się w takiej sytuacji prawnej, w jakiej znajdował się spadkodawca<sup>10</sup>. Roszczenie o zadośćuczynienie nie może być inne tylko dlatego, że poszkodowany zmarł w trakcie procesu. W przeciwnym razie o wysokości zadośćuczynienia decydowałaby okoliczność w zasadzie nieprzewidywalna, jaką jest chwila śmierci poszkodowanego: przed uprawomocnieniem się wyroku albo po jego uprawomocnieniu. Rozumowanie takie znajduje potwierdzenie w treści art. 446 § 4 k.c., który przyznaje najbliższym członkom rodziny zmarłego samodzielne roszczenie o zadośćuczynienie. W takim zaś wypadku wysokość zadośćuczynienia dla najbliższego członka rodziny zmarłego może być rzeczywiście inna niż zadośćuczynienia, które przysługiwałoby poszkodowanemu przed jego śmiercią, są to bowiem dwa różne roszczenia.

Ze względu na charakter i istotę roszczenia o zadośćuczynienie, spadkobiercy zmarłego w trakcie procesu nie mogą domagać się więcej niż ostatecznie żądał powód, ani sąd orzekać ponad to żądanie<sup>11</sup>. Spadkobiercy nie mogą więc rozszerzyć tego roszczenia, podobnie jak nie mogą zgłosić żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, a zgłoszone wcześniej żądanie w tym przedmiocie przez samego powoda staje się bezprzedmiotowe z chwilą jego śmierci. Wyłącza to także możliwość zasądzenia przez sąd na podstawie art. 321 § 2 k.p.c. ponad żądanie zgłoszone przez pokrzywdzonego powoda. Oznacza to, że, ze względu na charakter i istotę roszczenia o zadośćuczynienie, spadkobiercy zmarłego w trakcie procesu nie mogą domagać się więcej niż ostatecznie żądał powód, ani sąd orzekać ponad to żądanie<sup>12</sup>.

Omawiając art. 445 § 3 k.c. należy nadmienić, że określony w nim skutek prawny nie powstaje, jeżeli poszkodowany wniósł tylko powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości<sup>13</sup>. Do spadku wchodzi oczywiście zasądzone zadośćuczynienie.

W myśl art. 449 k.c. roszczenia przewidziane w art. 444–448 k.c. nie mogą być zbyte, chyba że są już wymagalne i że zostały uznane na piśmie albo przyznane prawomocnym orzeczeniem. Przepis art. 449 k.c. zakazuje zbywania tych roszczeń w sensie ich przeniesienia przez poszkodowanego na inne osoby w drodze czynności prawnych, takich jak: umowa sprzedaży, darowizny, czy jakakolwiek inna umowa zobowiązująca do przeniesienia wierzytelności. Przepis ten natomiast nie wyłącza przejścia tych roszczeń w drodze spadkobrania. Za taką interpretacją tego przepisu przemawia treść poprzednio obowiązującego i recypowanego w art. 449 k.c. przepisu art. 167 k.z., w którym zabrania się ustępowanie praw odszkodowawczych, oraz treść art. 445 § 3 k.c., w którym ogranicza się wyraźnie przejście roszczenia o zadośćuczynienie w drodze spadkobrania.

<sup>10</sup> Zob. uchwała SN z dnia 21 marca 2001 r. (sygn. akt III CZP 4/01, OSNC 2001, nr 10, poz. 144).

<sup>11</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 2010 r. (sygn. akt I ACa 267/10, niepubl.).

<sup>12</sup> Wyrok SN z dnia 14 kwietnia 2005 r. (sygn. akt II CK 603/04, niepubl.).

<sup>13</sup> A. Szpunar, *O przejściu na spadkobierców roszczeń z tytułu zadośćuczynienia*, Rejent 2002, nr 9, s. 13.

# Renta alimentacyjna w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego

## Podstawy prawne do dochodzenia renty oraz charakter prawny roszczeń

Podstawy prawne żądania przez poszkodowanego zapłaty przez sprawcę albo jego ubezpieczyciela renty alimentacyjnej określone są w art. 446 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny ( Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.): „Osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego”.

W powyższym przepisie ustawodawca przewidział odpowiedzialność sprawcy albo jego ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej w stosunku do określonej kategorii osób pośrednio poszkodowanych (osobą bezpośrednio poszkodowaną był zmarły) czynem niedozwolonym, czyli działaniem lub zaniechaniem sprawcy, w wyniku którego śmierć poniosła osoba poszkodowana. Roszczenia objęte ww. normą mają charakter samoistny, a zatem są one niezależne od roszczeń osoby bezpośrednio poszkodowanej (zmarłego) i otrzymanego przez nią przed śmiercią odszkodowania wskazanego w art. 444 k.c. oraz zadośćuczynienia określonego w art. 445 k.c. Podobnie na zasadność powyższego roszczenia nie ma wpływu roszczenie dotyczące żądania przez najbliższych członków rodziny zmarłego odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę związaną ze śmiercią poszkodowanego. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 listopada 1995 r. (sygn. akt III CRN 46/95, Prok. i Pr. 1996, nr 5, s. 33), roszczenia o rentę alimentacyjną mają charakter odszkodowawczy nie zaś alimentacyjny. Stanowiąc ma wynagrodzenie szkody jakiej doznała osoba uprawniona do alimentacji w wyniku śmierci osoby zobowiązanej przez to, że utraciła należne jej od zmarłego świadczenia alimentacyjne<sup>1</sup>.

Oznacza to również, iż zrzeczenie się tych roszczeń przez bezpośrednio poszkodowanego za jego życia nie wywiera skutków prawnych względem roszczeń o rentę po jego śmierci. Powstanie samego roszczenia jest jednakże zależne od działania lub zaniechania bezpośrednio poszkodowanego. Wyłączna wina zmarłego prowadzić będzie do oddalenia roszczeń osób pośrednio poszkodowanych o zapłatę renty alimentacyjnej, zaś przyczynienie się zmarłego do powstania lub zwiększenia rozmiarów szkody będzie uzasadniało na podstawie art. 362 k.c. zmniejszenie wysokości wypłacanej renty alimentacyjnej.

Przepis art. 446 § 2 k.c. nie upoważnia do zasądzenia jednej „łączonej” renty na rzecz kilku osób uprawnionych. Prawo do renty alimentacyjnej, przewidziane w art. 446 § 2 k.c., jest roszczeniem osobistym każdej z osób uprawnionych i powinno być określone dla każdej z tych osób odrębnie. Sprawca ma wyrównać, w formie renty, osobno każdej z osób, wymienionych w przepisie art. 446 § 2 k.c., jej osobistą szkodę, wynikającą z utraty świadczeń alimentacyjnych, jakich mogła oczekiwać od zmarłego, bądź z uwagi na jego ustawowy obowiązek alimentacyjny, bądź z uwagi na zasady współżycia społecznego<sup>2</sup>. Podobnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 stycznia 1961 r. (sygn. akt IV CR 883/60, OSN 1962, nr 1, poz. 31)<sup>3</sup>.

## Krąg osób uprawnionych do dochodzenia wypłaty renty alimentacyjnej

W przypadku śmierci poszkodowanego, o wypłatę renty alimentacyjnej mogą zwrócić się do ubezpieczyciela sprawcy dwie kategorie osób, względem których na zmarłym ciążył obowiązek alimentacyjny, wobec czego możemy rozróżnić rentę obligatoryjną oraz fakultatywną. Przede wszystkim zakres podmiotowy osób uprawnionych, pokrzywdzonych na skutek śmierci osoby dotkniętej czynem niedozwolonym obejmuje te osoby, względem których na zmarłym ciążył ustawowy obowiązek alimentacyjny na podstawie norm zawartych w ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r., nr 9, poz. 59 z późn. zm.). Obowiązki alimentacyjne są uszczegółowione w art. 23, 27, 60, 128 i następnym kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W szczególności, zgodnie z art. 128 i 129 k.r.o. obowiązek dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania (obowiązek alimentacyjny) obciąża krewnych w linii prostej oraz rodzeństwo, przy czym w pierwszej kolejności obciąża zstępnych przed wstępnymi, a wstępnym przed rodzeństwem; jeżeli jest kilku zstępnych lub wstępnym – obciąża bliższych stopniem przed



**Bartłomiej Chmielowiec**  
główny specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> Wyrok SN z dnia 17 września 2009 r. (sygn. akt IV CNP 42/09, LEX nr 603794).

<sup>2</sup> Wyrok SN z dnia 2 maja 1975 r. (sygn. akt I CR 103/75, LEX nr 7697).

<sup>3</sup> „Nie jest dopuszczalne zasądzenie łącznej renty dla kilku poszkodowanych, bez względu na to czy roszczenia te są dochodzone w jednym pozwie”.

dalszymi. Zgodnie z kolei z treścią art. 130 k.r.o. obowiązek jednego małżonka do dostarczania środków utrzymania drugiemu małżonkowi po rozwiązaniu lub unieważnieniu małżeństwa albo po orzeczeniu separacji wyprzedza obowiązek alimentacyjny krewnych tego małżonka. Stosownie zaś do treści art. 133 k.r.o., rodzice są obowiązani do świadczeń alimentacyjnych względem dziecka, które nie jest jeszcze w stanie utrzymać się samodzielnie. Obowiązek alimentacyjny istnieje również pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym (art. 131 k.r.o.) oraz powinowatymi (art. 144 k.r.o.). Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, czy zmarły poszkodowany faktycznie swoje obowiązki alimentacyjne wykonywał, istotne jest aby zostały spełnione przesłanki, od których realizacji zależało istnienie obowiązku alimentacyjnego. **Jest to tzw. renta obligatoryjna**<sup>4</sup>. W praktyce zatem, w przypadku śmierci poszkodowanego z roszczeniem wypłaty tzw. obligatoryjnej renty alimentacyjnej mogą występować do sprawcy lub też jego ubezpieczyciela: dzieci zmarłego, przysposobieni, małżonek zmarłego, a także w zależności od konkretnego stanu faktycznego mogą to być również rodzice, rodzeństwo lub dziadkowie, którzy pozostawali na utrzymaniu zmarłego dziecka, brata, siostry lub też wnuczka. Analizując wyrok SN z dnia 4 kwietnia 1966 r. (sygn. akt II PR 139/66, OSNCP 1966, nr 9, poz. 158), który co prawda dotyczył roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne po śmierci zmarłego przysługujące na gruncie obowiązującego wówczas kodeksu zobowiązań<sup>5</sup> należy dojść do wniosku, iż prawo do renty alimentacyjnej miałyby również nasciturus poczęty<sup>6</sup>, lecz nieurodzony w chwili śmierci ojca<sup>7</sup>. Jak wskazywał bowiem SN prawidłowa wykładnia prawa, zgodna z duchem humanizmu, nakazuje przyjąć, że dziecko poczęte, jeżeli urodzi się żywe, musi być traktowane z punktu widzenia prawa na równi z dzieckiem już urodzonym, jeżeli sfery ich uprawnień są zbieżne ze sobą. Jedną z takich sytuacji jest czyn niedozwolony, który pozbawił dziecko już poczęte, a jeszcze nie urodzone ojca. Wykładnia, która by zmierzała do pozbawienia tego dziecka roszczeń, jakie przysługują jego rodzeństwu, tylko dlatego, że w momencie zdarzenia, które uzasadnia roszczenie, wprawdzie było już ono poczęte, ale jeszcze nieurodzone – nie mogłaby być uznana za trafną<sup>8</sup>.

Należy podkreślić, iż podstawę do wystąpienia z roszczeniem mają tylko te osoby, które w danej sytuacji faktycznie miałyby roszczenie alimentacyjne do zmarłego, a nie te, które hipotetycznie mieszczą się w kręgu osób uprawnionych na podstawie norm zawartych w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Przy czym zasadność roszczenia o wypłatę renty alimentacyjnej nie jest uzależniona od tego, czy obowiązek alimentacyjny zmarłego był stwierdzony prawomocnym wyrokiem, ani od tego, czy zmarły obowiązek ten wypełniał. W przypadku roszczenia o rentę należałoby badać okoliczność, czy w świetle przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego roszczenia alimentacyjne byłyby zasadne, a jeśli tak to przez jaki okres byłyby wypłacane. Roszczenie o rentę nie jest także zależne od tego, czy w świetle kodeksu rodzinnego i opiekuńczego istnieją inne osoby zobowiązane do alimentacji w dalszej kolejności<sup>9</sup>.

Drugą grupę osób uprawnionych do żądania wypłaty renty alimentacyjnej tworzą **osoby bliskie**, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego **zasady współżycia społecznego**. Mamy wówczas do czynienia z **rentą fakultatywną**. Powstanie roszczenia o rentę fakultatywną uzależnione jest więc od spełnienia dwóch przesłanek: po pierwsze, aby zmarły dostarczał osobom mu bliskim dobrowolnie i stale środków utrzymania, po drugie zaś za przyznaniem renty alimentacyjnej muszą przemawiać zasady współżycia społecznego. Ustawodawca w powszechnie obowiązujących przepisach nie zawarł definicji osoby bliskiej. Wobec powyższego należy wskazać, iż w zależności od sytuacji faktycznej (wzajemnych relacji i układu stosunków rodzinnych, wzajemnej bliskości i wspólności osobistej i gospodarczej, fakt wspólnego zamieszkiwania niewątpliwie również będzie w konkretnej sytuacji brany pod uwagę) należałoby wskazać, iż osobami bliskimi zmarłego, którym zmarły dobrowolnie w sposób stały dostarczał środków na utrzymanie mogą być wszelkie osoby związane więzami pokrewieństwa, powinowactwa czyli inni członkowie rodziny, wychowawcy oraz osoby żyjące w niesformalizowanych w świetle prawa związkach (np. konkubenci, pary homoseksualne). Jak wskazywał A. Szpunar, wypłaty renty fakultatywnej mogłaby domagać się konkubina, która wykaże swą niezdolność do pracy zarobkowej albo konieczność wychowywania dzieci i prowadzenia gospodarstwa domowego<sup>10</sup>. Z kolei SN w wyroku z dnia 2 grudnia 1970 r. (sygn. akt II CR 541/70, LEX nr 6831) uznał, iż kobieta czy mężczyzna, którzy nie zawarli związku małżeńskiego, mogą być uważani za osoby uprawnione w rozumieniu art. 446 § 2 k.c., jeżeli zostaną spełnione wymagane w tym przepisie przesłanki (dobrowolne i trwałe dostarczanie środków utrzymania), w szczególności jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

<sup>4</sup> Por. przywoływany wyżej wyrok SN z dnia 21 listopada 1995 r.

<sup>5</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 października 1933 r. (Dz. U. z 1933 r., nr 82, poz. 598).

<sup>6</sup> Termin wywodzący się z prawa rzymskiego, oznaczający dziecko poczęte ale jeszcze nieurodzone. W prawie polskim do pojęcia nasciturusa odwołuje się przykładowo art. 446<sup>1</sup> oraz 927 § 2 k.c., art. 75 i 182 k.r.o.

<sup>7</sup> G. Bieniek, (w:) G. Bieniek (red.), *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. I, Warszawa 2007, s. 506.

<sup>8</sup> Podobnie wskazał SN w wyroku z dnia 11 stycznia 1967 r. (sygn. akt I PR 510/66, OSNC 1967, nr 7–8, poz. 141): „Urodzenie się małoletniego powoda po śmierci ojca nie wyłącza jego uprawnień do odszkodowania i renty”.

<sup>9</sup> G. Bieniek, *op.cit.*, s. 506.

<sup>10</sup> A. Szpunar, *Kilka uwag o przyczynieniu się poszkodowanego do zwiększenia szkody*, Rejent 2002, nr 11, s. 13.

Istotne jest, aby świadczenia dostarczane przez zmarłego osobie bliskiej miały charakter stały, nie zaś sporadyczny oraz aby były one dostarczane przez zmarłego poszkodowanego dobrowolnie, nie zaś w ramach niedozwolonej presji osób trzecich. Konieczną przesłanką otrzymania renty fakultatywnej jest to, aby za jej zasądzeniem przemawiała zasada współżycia społecznego. Powyższe oznacza, iż każdorazowo w przypadku roszczeń dotyczących wypłaty fakultatywnej renty alimentacyjnej, o której mowa w art. 446 § 2 k.c. należy uwzględniać okoliczności konkretnego stanu faktycznego, całokształtu towarzyszących mu okoliczności i sytuacji, w jakiej znalazła się osoba bliska po śmierci osoby, która dostarczała jej środków utrzymania. Przy ocenie zasadności roszczenia w świetle zasad współżycia społecznego pomocnymi okolicznościami może być: stan majątkowy uprawnionego, wzajemne relacje pomiędzy zmarłym a osobą bliską a także motywy jakimi kierował się zmarły poszkodowany, który dokonywał dobrowolnych świadczeń na rzecz osoby, wobec której nie miał obowiązku ustawowego<sup>11</sup>.

### Ustalanie wysokości renty alimentacyjnej

Jak wskazuje się w piśmiennictwie oraz orzecznictwie SN<sup>12</sup>, przy ustalaniu wysokości renty alimentacyjnej należy stosować kryteria określone w art. 446 § 2 k.c. w zw. z art. 135 k.r.o.<sup>13</sup>, czyli **usprawiedliwione potrzeby** uprawnionego/poszkodowanego oraz **możliwości zarobkowe i majątkowe zobowiązanego/zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego**. Przy czym jak wskazał SN w wyroku z dnia 16 maja 2008 r. (sygn. akt III CSK 386/07, LEX nr 442529, OSNC–ZD 2009, nr 2, poz. 50), przesłanka potrzeb uprawnionego może obejmować wszystkie potrzeby uprawnionego, rzeczywiście zaspokajane przez zmarłego, niezależnie od tego czy mieściły się one, czy też wykraczały poza granice usprawiedliwionych potrzeb w rozumieniu art. 135 k.r.o. Przy ustalaniu wysokości renty należy brać pod uwagę hipotetyczną wysokość świadczeń, do jakich byłby zobowiązany zmarły, co oznacza równocześnie, opierając się o zasady doświadczenia życiowego dokonania hipotetycznego ustalenia możliwości zarobkowych zmarłego, również w kontekście posiadanych kwalifikacji, wykształcenia, sytuacji na rynku pracy oraz wysokości możliwego wynagrodzenia<sup>14</sup>. Podobnie w wyroku z dnia 25 listopada 2010 r. (sygn. akt I CSK 702/09, LEX nr 688668) Sąd Najwyższy wskazał, iż przy ustalaniu zakresu zobowiązania zmarłego, który był obciążony obowiązkiem alimentacyjnym, sąd musi dokonać oceny nie tylko rzeczywiście uzyskiwanych przez niego dochodów, ale jego możliwości zarobkowych. Wyznaczenie tych możliwości powinno być oparte na realnych podstawach, przemawiających za tym, że z dużym stopniem prawdopodobieństwa zmarły osiągnąłby oznaczone dochody<sup>15</sup>. Jednocześnie w przywołanym już wyżej wyroku z dnia 16 maja 2008 r., Sąd Najwyższy uznał, iż art. 446 § 2 k.c. daje możliwość zasądzenia wyższej renty niż świadczenie alimentacyjne, ponieważ wysokość renty, obliczona stosownie do potrzeb uprawnionego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego, może być wyższa niż świadczenie alimentacyjne ustalone według usprawiedliwionych potrzeb uprawnionego oraz zarobkowych i majątkowych możliwości zobowiązanego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego najczęściej rozpatrywane są zagadnienia prawne związane z roszczeniami o zapłatę renty alimentacyjnej dzieci po śmierci rodzica lub rodziców lub też roszczeń małżonka osoby zmarłej. W odniesieniu do roszczeń rent alimentacyjnych dla dzieci zmarłego, kierując się orzecznictwem SN można wskazać następujące wskazówki interpretacyjne:

- renta na rzecz dziecka w związku ze śmiercią jednego z rodziców powinna być zasądzona do czasu uzyskania zdolności do pracy zarobkowej (również do ukończenia studiów, jeżeli zostały podjęte bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej) niezależnie od tego czy drugie z rodziców jest w stanie je utrzymać<sup>16</sup> i niezależnie od tego czy obowiązki zmarłego ojca (matki) są świadczone przez inne osoby, np. macochę<sup>17</sup>;
- dziecko uprawnione do renty alimentacyjnej z tytułu śmierci jednego z rodziców nie traci swojego uprawnienia w sytuacji, gdy drugie z rodziców zawarło nowy związek małżeński. Macocha lub ojczym nie są bowiem zobowiązani do dostarczania dziecku środków utrzymania zamiast osoby odpowiedzialnej za szkodę. Reasumując zatem, okoliczność, że ojciec dziecka, na rzecz którego została zasądzona renta odszkodowawcza z tytułu śmierci matki zawarł ponowne małżeństwo nie ma wpływu na podstawę i wysokość renty<sup>18</sup>;
- obowiązek naprawienia szkody z tytułu utraty żywiciela ograniczony jest zakresem ustawowego obowiązku alimentacyjnego ciężącego na zmarłym w stosunku do osób poszkodowanych wskutek jego śmierci, zatem zakres tego obowiązku w odniesieniu do dziecka niezdolnego do samodzielnego utrzymania się, wyznaczają jego potrzeby oraz możliwości zarobkowe i majątkowe zmarłego<sup>19</sup>;

<sup>11</sup> A. Cisek, (w:) E. Gniewek (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 801.

<sup>12</sup> A. Cisek, *op.cit.*, s. 800; G. Bieniek, *op.cit.*, s. 505–506; wyrok SN z dnia 27 lutego 1975 r. (sygn. akt III PR 11/75, niepubl.).

<sup>13</sup> Art. 135 § 1 k.r.o.: „zakres świadczeń alimentacyjnych zależy od usprawiedliwionych potrzeb uprawnionego oraz od zarobkowych i majątkowych możliwości zobowiązanego”.

<sup>14</sup> Por. wyrok SN z dnia 28 lipca 2005 r. (sygn. akt V CK 35/05, LEX nr 186923).

<sup>15</sup> Por. również wyrok SN z dnia 18 maja 2004 r. (sygn. akt IV CK 371/03, LEX nr 174213).

<sup>16</sup> Wyrok SN z dnia 10 grudnia 1962 r. (sygn. akt I PR 244/62, OSNCP 1964, nr 1, poz. 11).

<sup>17</sup> Wyrok SN z dnia 22 listopada 1968 r. (sygn. akt I CR 434/68, OSNCP 1969, nr 11, poz. 203).

<sup>18</sup> Por. wyrok SN z dnia 28 maja 1968 r. (sygn. akt III CZP 50/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 23).

<sup>19</sup> Wyrok SN z dnia 10 grudnia 1999 r. (sygn. akt II CKN 285/99, niepubl.).

- matka może wykonywać swój obowiązek alimentacyjny wobec dziecka w całości lub w części przez osobiste starania o jego utrzymanie lub wychowanie (art. 135 § 2 k.r.o.). Te osobiste starania posiadają – oprócz niewymiernej wartości moralnej i uczuciowej dla dziecka – określoną wartość materialną, dającą się przeliczyć na rentę pieniężną. Zasądzenie więc na rzecz dziecka renty odszkodowawczej obliczonej stosownie do osobistego wkładu matki w zaspokojenie potrzeb dziecka znajduje uzasadnienie w przepisie art. 446 § 2 k.c.<sup>20</sup>

W kwestii roszczeń o rentę alimentacyjną po śmierci drugiego małżonka można wskazać na kilka istotnych rozstrzygnięć Sądu Najwyższego dotyczących przedmiotowego zagadnienia. I tak, owdowiały małżonek, który prowadzi gospodarstwo domowe i wychowuje dzieci, może żądać od osoby odpowiedzialnej za szkodę wyrządzoną wskutek śmierci drugiego z małżonków odpowiedniej renty aż do czasu ich usamodzielnienia się. W sytuacji, gdy pozostała po pracowniku wdowa prowadzi gospodarstwo i wychowuje większą liczbę dzieci, nie można od niej wymagać, by podejmowała pracę zawodową ze szkodą dla dzieci w okresie ich studiów, a w każdym razie do czasu ich usamodzielnienia się. Skoro ta ostatnia data z reguły nie jest możliwa do ścisłego określenia, zależy bowiem od szeregu czynników niezależnych od matki (zdrowie dzieci, ich uzdolnienia), to zasądzenie renty uzupełniającej dla wdowy nie powinno być ograniczone terminem końcowym<sup>21</sup>. Z kolei w przytaczanym już wyroku SN z dnia 11 stycznia 1967 r. (sygn. akt I PR 510/66, OSNCP 1967, nr 7–8, poz. 141), Sąd wskazał, iż wdowie, która w dniu śmierci męża była w ciąży, przysługuje renta z art. 446 § 2 k.c., jako niezdolnej do wykonywania zatrudnienia. Wdowie nawet zdolnej do samodzielnego utrzymania się przysługuje renta wyrównawcza, jeżeli wychowuje ona małe dzieci, bądź usprawiedliwione jest to koniecznością stałej opieki nad chorymi dziećmi.

W odniesieniu do zagadnienia prawnego dotyczącego sytuacji małżonka osoby zmarłej na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w orzecznictwie Sądu Najwyższego można zauważyć również pewne rozbieżności. W szczególności w wyroku z dnia 19 lipca 1974 r. (sygn. akt II CR 332/74, LEX nr 7562) Sąd Najwyższy wskazał, iż stosownie do art. 446 § 2 k.c. renta nie przysługuje małżonkowi, który może utrzymać się samodzielnie z własnej pracy lub innej działalności gospodarczej. Odmienny pogląd przedstawił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 sierpnia 1990 r. (sygn. akt I CR 422/90, OSN 1991, nr 10–12, poz. 124) uzasadniając, iż o istnieniu obowiązku alimentacyjnego między małżonkami pozostającymi we wspólnym pożyciu – jako przesłanki renty odszkodowawczej – nie przesądza okoliczność, czy pozostali przy życiu małżonek pracuje zarobkowo. W mojej ocenie należy podzielić pogląd przedstawiany w doktrynie<sup>22</sup>, iż zapatrywanie Sądu Najwyższego zawarte w orzeczeniu z dnia 19 lipca 1974 r., jest trudne do zaaprobowania w związku z tym, iż w wypadku śmierci jednego z małżonków, powodującej zmniejszenie się dochodu przeznaczonego na pokrycie potrzeb pozostałych członków rodziny, każdy z nich uzyskuje indywidualne roszczenie o zasądzenie renty, która zgodnie z jej kompensacyjnym charakterem przywróci naruszoną równowagę i wyrówna uszczerbek w możliwościach zaspokajania na równej stopie usprawiedliwionych potrzeb o charakterze alimentacyjnym.

### Zmiana wysokości lub czasu trwania renty

W trakcie wypłaty renty alimentacyjnej może nastąpić istotna zmiana stosunków, która może uzasadniać zarówno zmianę wysokości renty, sposobu jej płatności jak i charakteru renty, co winna wykazać strona (osoba utrzymująca rentę lub też podmiot zobowiązany, który wypłaca rentę alimentacyjną). Zgodnie bowiem z treścią art. 907 § 2 k.c., jeżeli obowiązek płacenia renty wynika z ustawy, **każda ze stron** może w razie zmiany stosunków żądać zmiany wysokości renty lub czasu trwania renty, chociażby wysokość renty i czas jej trwania były ustalone w orzeczeniu sądowym lub umowie. Przy czym jak wskazał SN w wyroku z dnia 27 listopada 1986 r. (sygn. akt IV CR 37/86, LEX nr 8793), sąd rozpoznając sprawę o zmianę wysokości renty uzupełniającej (art. 907 § 2 k.c.) przyznanej pozostałemu przy życiu małżonkowi (art. 446 § 2 k.c.), jest związany sposobem jej obliczenia zastosowanym w wyroku zasądzającym rentę (różnica między połową dochodu małżonków a faktycznymi dochodami tego małżonka). Od ustaleń tego wyroku, co do zasady i stopnia odpowiedzialności dłużnika, odstąpić jednak nie może.

<sup>20</sup> Por. wyrok SN z dnia 21 marca 1967 r. (sygn. akt II CR 497/66, LEX nr 6129).

<sup>21</sup> Por. wyrok SN z dnia 21 stycznia 1969 r. (sygn. akt II PR 597/68, OSNCP 1970, nr 2, poz. 30).

<sup>22</sup> A. Cisek, *op.cit.*, s. 800.

# Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 3.

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

## Klauzula nr 1306 i 1308

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego miesięcznego wypowiedzenia przez każdą ze stron umowy w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1306 i 1308.

W ocenie SOKiK wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 15 i 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w powiązaniu z postanowieniem wpisanym następnie do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307 stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

## Klauzula nr 1307

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Zwrot składki nie przysługuje, jeśli Warta wypłaciła ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307.

W ocenie SOKiK postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wprawdzie ubezpieczyciel w toku postępowania podnosił, że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK przewidywała podobny zapis, zgodnie z którym zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie (...) nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy (...), to zdaniem Sądu kwestionowana klauzula nie posługiwała się analogicznym do ustawowego zapisem „wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie”, lecz niejasnym sformułowaniem „wypłacił ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania”. Użycie niejasnego sformułowania „może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania” powodowało, że postanowienie to należało uznać za sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 22 oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zdaniem SOKiK postanowienie to wyłączało również możliwość domagania się przez ubezpieczającego zwrotu części składki, jeśli ubezpieczyciel w przypadku szkody częściowej wypłacił odszkodowanie w wysokości stanowiącej choćby znikomą część sumy ubezpieczenia, co należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażące naruszenie interesów konsumentów.

## Klauzula nr 1309

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczy się w pełnych miesiącach ubezpieczenia. Za miesiąc ubezpieczenia przyjmuje się okres 30 dni. Od zwracanej kwoty składki potrąca się koszty manipulacyjne w wysokości 20% nie więcej jednak niż 150 zł”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1309.



**Paweł Wawaszczak**  
główny specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

Zdaniem SOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 12 i 16 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wyłączało z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 12 k.c. Dodatkowo nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty „odstępnego”, czym naruszało jednocześnie art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie Sądu, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385<sup>1</sup> k.c.).

#### **Klauzula nr 1310 i 1314**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W przypadku, gdy Warta wypłaciła odszkodowanie za szkodę polegającą na zniszczeniu lub uszkodzeniu przedmiotu ubezpieczenia, a przed jego naprawieniem nastąpiła ponowna szkoda obejmująca ten sam przedmiot ubezpieczenia, odszkodowanie wypłaca się w różnicy, jaka występuje między ustalonym na nowo odszkodowaniem, a odszkodowaniem wypłaconym za poprzednią szkodę”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1310 i 1314.

W ocenie SOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., kształtowało treść stosunku prawnego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy ubezpieczającego, ponieważ, jak słusznie podniósł powód, ograniczało odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za powstałą szkodę w sposób odbiegający od zasady pełnego naprawienia szkody. Jeśli bowiem ubezpieczający poczynił już pewne nakłady na przedmiot ubezpieczenia w związku z jego naprawą, lecz nie doszło jeszcze do przywrócenia go do stanu sprzed szkody, to zastosowanie tej klauzuli prowadziło do nieuzasadnionego ograniczenia kwoty odszkodowania i poniżej wartości poniesionej szkody. Sposób obliczania odszkodowania według zaskarżonego postanowienia nie przewidywał możliwości uzyskania odszkodowania za nakłady poniesione w ramach naprawy. Podnoszone przez pozwaną argumenty, że klauzula ta jest stosowana przez likwidatorów szkód w taki sposób, że sumuje się wartość szkód i od otrzymanej wartości odejmuje się kwotę wcześniej wypłaconego odszkodowania, po pierwsze – nie znajdowały potwierdzenia w treści kwestionowanej klauzuli, a po drugie – nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, ponieważ Sąd zobowiązany jest badać brzmienie klauzul w sposób abstrakcyjny, oderwany od sposobu ich faktycznego stosowania.

#### **Klauzula nr 1311**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1311.

W ocenie SOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. – sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów, ponieważ nie brało pod uwagę i nie informowało o bezwzględnie obowiązujących przepisach art. 810 i art. 811 k.c., które przewidywały inny moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Zdaniem Sądu należało zwrócić uwagę, że art. 809 § 2 k.c. traktuje chwilę doręczenia dokumentu ubezpieczenia jako moment zawarcia umowy wyłącznie w razie wątpliwości co do momentu jej zawarcia, a nie w każdym przypadku, jak to przewidywało kwestionowane postanowienie. Mogło się przecież zdarzyć, że strony jednoznacznie w umowie ubezpieczenia określiły datę jej wejścia w życie, a zakład ubezpieczeń z jakiegokolwiek powodu nie doręczył ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub dostarczył go w innym terminie. Zgodnie z kwestionowanym postanowieniem nawet jednoznacznie określona data wejścia w życie umowy nie miała znaczenia, bowiem liczył się wyłącznie moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Zdaniem Sądu taka konstrukcja umowy nie znajdowała jakiegokolwiek uzasadnienia.

#### **Klauzula nr 1312**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana (...) przez każdą ze stron w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania (...)”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1312.

W ocenie SOKiK wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 15 i 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania

ważnych przyczyn, a w powiązaniu z postanowieniem wyłączającym możliwość zwrotu składki w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego (przywołana powyżej klauzula nr 1307) stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

### **Klauzula nr 1313**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości domowych, obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1313.

W ocenie SOKiK powyżej wskazane postanowienie umowne było niezgodne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Użycie w tym zapisie sformułowania „i dążyć do ich odzyskania” stanowiło zbyt ogólne i niejednoznaczne określenie obowiązków ubezpieczającego i w związku z tym ukształtowało prawa i obowiązki stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Kwestionowane sformułowanie mogło być odczytane jako zachęta do podejmowania działań sprzecznych z prawem, w tym do przekraczania dozwolonej samopomocy. Jeżeli ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości, to naturalne jest, że powinien zawiadomić policję i zakład ubezpieczeń. Natomiast trudno sobie wyobrazić, jakie inne zgodne z prawem działania powinien on podjąć w takiej sytuacji. Zdaniem Sądu samo nałożenie na ubezpieczającego pewnych obowiązków związanych z dążeniem do odzyskania utraconych przedmiotów jest dopuszczalne, jednakże obowiązki te powinny zostać określone bardziej precyzyjnie, np. poprzez zawiadomienie policji i zakładu ubezpieczeń.

### **Klauzula nr 1315.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Warta nie odpowiada za szkody (..) zaistniałe w sytuacji, gdy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 24 stycznia 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1315.

Zdaniem SOKiK postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., brak bowiem było jasnego związku między zdarzeniem ubezpieczeniowym, a okolicznością wskazaną w tym zapisie. Zakwestionowane postanowienie mogło doprowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania w razie zajścia zdarzenia, bez względu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy spożyciem wskazanych substancji, a zaistniałą szkodą. Sąd podzielił stanowisko strony powodowej – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, że zakres wyłączenia powinien być tak skonstruowany, aby umożliwić ubezpieczonemu uzyskanie odszkodowania, o ile z okoliczności sprawy wynika, że szkoda i tak by powstała bez względu na to czy istniały okoliczności wskazane w wyłączeniu, czy też nie. Wprawdzie strona pozwana słusznie podniosła, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie wyczerpuje normy z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż nie przyznaje kontrahentowi konsumenta uprawnień do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, lecz nie zmienia to faktu, że w opinii Sądu kwestionowana klauzula pozostawała w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała interes konsumentów.

### **Klauzula nr 1316**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez TUIR WARTA S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy rabunku lub miejscu znajdowania się utraconych przedmiotów codziennego użytku obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”.

Uzasadnienie abuzywności tego postanowienia było tożsame z postanowieniem wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1313. W ocenie SOKiK powyżej wskazane postanowienie umowne było niezgodne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Użycie w tym zapisie sformułowania „i dążyć do ich odzyskania” stanowiło zbyt ogólne i niejednoznaczne określenie obowiązków ubezpieczającego i w związku z tym ukształtowało prawa i obowiązki stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Kwestionowane sformułowanie mogło być odczytane jako zachęta do podejmowania działań sprzecznych z prawem, w tym do przekraczania dozwolonej samopomocy. Jeżeli ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości, to naturalne jest, że powinien zawiadomić policję i zakład ubezpieczeń. Natomiast trudno sobie wyobrazić, jakie inne zgodne z prawem działania powinien podjąć w takiej sytuacji. Zdaniem Sądu samo nałożenie na ubezpieczającego pewnych obowiązków związanych z dążeniem do

odzyskania utraconych przedmiotów jest dopuszczalne, jednakże obowiązki te powinny zostać określone bardziej precyzyjnie, np. poprzez zawiadomienie policji i zakładu ubezpieczeń.

W postępowaniu przed SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, przedmiotem oceny było również postanowienie o następującej treści: „Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym na adres Oddziału Warty, który zawarł umowę ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zmienił siedzibę i nie zawiadomił o tym Warty, skierowane do ostatniej znanej siedziby Ubezpieczającego pismo Warty wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby ubezpieczający nie zmienił siedziby”.

W ocenie SOKiK postanowienie to nie było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Kwestionowana klauzula nie kształtowała praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszała rażąco ich interesów. Słusznie podniosła strona pozwana, że identyczna regulacja dotycząca oświadczeń została uregulowana w art. 18 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Ustawa ta wprawdzie reguluje ubezpieczenia obowiązkowe, jednak zdaniem Sądu brak było podstaw do twierdzenia, że sposób składania oświadczeń uznany przez ustawodawcę za właściwy w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, miałby być sprzeczny z dobrymi obyczajami w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych.

Ponadto przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie umowne o treści: „Ubezpieczający obowiązany jest na żądanie Warty udzielić pomocy w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody, dostarczyć informacje oraz inne dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń”.

W ocenie SOKiK taki zapis umowny nie był niezgodny z art. 385<sup>3</sup> pkt 8, 9 i 11 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wprawdzie słusznie podkreślił powód, że użyte sformułowania w kwestionowanym zapisie są nieostre, jednakże jak wywiodła strona pozwana na ubezpieczającym nie ciąży sankcja w postaci odmowy wypłaty odszkodowania za niewykonanie tych obowiązków. Ponadto wbrew twierdzeniom powoda, kwestionowane postanowienie nie uzależniało spełnienia świadczenia od okoliczności zależnych tylko od woli ubezpieczyciela, ani nie przyznawało zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Nie dawało też uprawnienia ubezpieczycielowi do stwierdzania zgodności świadczenia z umową. Zgodzić należało się ze stroną pozwaną, że ubezpieczający powinien być zobowiązany do pewnego zakresu współpracy z zakładem ubezpieczeń w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody. Rację miał także powód, że zakres związanych z tym obowiązków powinien być określony w sposób bardziej precyzyjny. Niemniej jednak w związku z brakiem realnej sankcji, którą zakład ubezpieczeń mógłby nałożyć na ubezpieczającego wskutek rzekomego niewykonania postanowień kwestionowanej klauzuli, brak było podstaw do uznania ją za klauzulę abuzywną, rażąco naruszającą interesy konsumentów.

### **Klauzula nr 1322**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela z wpływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności lub pierwszej raty składki (o godzinie 0:00 dnia następnego po tym terminie), bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy”. Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1322.

Zdaniem powoda zakwestionowane postanowienie umowne wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej w terminie. Przewidywało możliwość automatycznego odstąpienia przez ubezpieczyciela od umowy, bez konieczności składania dodatkowych oświadczeń. Zapewniało tym samym ubezpieczycielowi większe uprawnienie, niż te, które wynikało z treści art. 814 § 2 k.c. Dodatkowo strona powodowa podniosła, że zaskarżone postanowienie o.w.u. było sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta.

W odpowiedzi na pozew, strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przypisanych. Pozwany podkreślił, że zaskarżone postanowienie ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane zostało w sposób jasny i logiczny. Możliwość odstąpienia od umowy przez ubezpieczyciela została przewidziana dla sytuacji, w której zapłata składki lub pierwszej jej raty została odroczone w stosunku do chwili, w której ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność. Możliwość ta pojawia się dopiero z upływem dnia wyznaczonego w umowie na termin płatności składki lub pierwszej jej raty. Pozwany podkreślił również, że przepis art. 814 § 2 k.c. nie zawierał żadnych wymagań formalnych dla zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane w pozwie postanowienie § 30 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w rażąco sposób naruszało jego interesy – stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Poprzez treść zakwestionowanego postanowienia, pozwany, wykorzystując swoją przewagę kontraktową nad konsumentem, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do odstąpienia od umowy, bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Zgodnie z § 30 ust. 1 o.w.u. odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczynała się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata została zapłacona w dniu zawarcia umowy, z zastrzeżeniem postanowień § 30 ust. 2–10. Stosownie do art. 814 § 2 k.c., jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. Odstępując od umowy zakład ubezpieczeń ma jednak obowiązek zawiadomić o tym ubezpieczającego. W rozpatrywanym przypadku ubezpieczyciel, na podstawie zakwestionowanego postanowienia wzorca o.w.u., zwalniał się z określonego w art. 814 § 2 k.c. obowiązku składania odrębnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, zastrzegając, że odstąpienie to następuje w sposób „automatyczny” w przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie. Takie zastrzeżenie, w ocenie Sądu, pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób dalece mniej korzystny niż określony w przepisach kodeksu cywilnego. Szczególnie niebezpieczną konsekwencją braku powiadomienia konsumenta o odstąpieniu od umowy przez pozwanego mogło być powstawanie sytuacji, w których konsument (ubezpieczający) pozostawał w pozornym, błędnym przekonaniu, że mimo opóźnienia w zapłacie składki wciąż podlega ochronie ubezpieczeniowej, i nie podjął żadnych czynności związanych z zawarciem nowej umowy ubezpieczenia.

### **Klauzula nr 1323**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 2”.

Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1323. Jeżeli chodzi o stanowisko stron postępowania i uzasadnienie oceny o abuzywności tego zapisu umownego to są one tożsame w treści jak w przypadku postanowienia niedozwolonego wpisanego do rejestru pod nr 1322.

W toku postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07, przedmiotem abstrakcyjnej kontroli były również postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia o następującej treści: „W przypadkach wskazanych w ust. 2 i 3 Ubezpieczyciel może cofnąć oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, zawiadamiając o tym niezwłocznie Ubezpieczającego” (§ 30 ust. 4 o.w.u.) oraz „Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał on ochrony ubezpieczeniowej” (§ 30 ust. 4 o.w.u.).

W ocenie SOKiK postanowienie § 30 ust. 4 o.w.u. nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało interesów konsumentów. W świetle przepisu art. 814 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń miał pełne prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym składka nie została zapłacona w terminie, natomiast ocena Sądu o abuzywnych charakterze postanowień wpisanych do rejestru pod nr 1322 i 1323 wynikała wyłącznie ze zwolnienia się pozwanego z jego obowiązków informacyjnych względem konsumentów. Analiza zakwestionowanego postanowienia § 30 ust. 4 o.w.u. prowadziła do wniosku, iż nie wywołuje ono żadnych negatywnych konsekwencji po stronie konsumenta. Wręcz przeciwnie, zastosowanie przedmiotowej klauzuli w praktyce prowadziło do sytuacji, w której konsument, pomimo niedopełnienia obowiązków wynikających z umowy, pozostawał nadal objęty ochroną ubezpieczeniową. Nieuzasadnione były również twierdzenia powoda o niejasnym charakterze tego postanowienia. W ocenie SOKiK oczywistym jest, że w przypadku cofnięcia oświadczenia o odstąpieniu od umowy, przyjąć należy, że umowa obowiązuje nieprzerwanie a ochrona ubezpieczeniowa obejmowała zdarzenia, które miały miejsce w okresie pomiędzy odstąpieniem od umowy a cofnięciem oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Również postanowienie § 30 ust. 4 o.w.u. nie kształtowało praw konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało jego interesów. Stosownie do art. 814 § 2 k.c. jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. Tak więc, uprawnienie do żądania składki za okres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej wynika wprost z przepisów prawa. W ocenie Sądu, dążenie do realizowania uprawnienia, które przysługuje pozwanemu z mocy prawa – w tym przypadku dążenie do wyegzekwowania

świadczenia należnego za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie może być uznane za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami.

#### **Klauzula nr 1324**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 348/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 stycznia 2007 r. (sygn. akt XVII AmC 16/06) uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia”. Postanowienie to zostało wpisane w dniu 14 lutego 2008 r. do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1324.

Wyrokiem z dnia 3 stycznia 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 16/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez PZU S.A. w obrocie konsumenckim postanowień wzorca o treści: „wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data jego urodzenia” oraz „wiek osoby oblicza się jako różnicę lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, na który przypada pierwszy dzień okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby”.

Powód żądając uznania wyżej wskazanych postanowień za niedozwolone wskazywał, że według tych zapisów umownych obliczanie wieku osoby fizycznej jest dokonywane w sposób odbiegający od powszechnie przyjętych zasad oraz w sposób odmienny niż w przepisach art. 110 k.c. i nast. Zdaniem powoda skutkiem takiego obliczania wieku osoby fizycznej mogła być konieczność zapłaty wyższej składki ubezpieczeniowej lub konieczność uiszczenia udziału własnego w szkodzie. Konsument nie miał wpływu na zaproponowany przez zakład wzorzec umowy, a zatem również na ustalony przez niego w zaskarżonych postanowieniach sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Ponadto, w opinii powoda, sformułowania zawarte w zaskarżonych postanowieniach nie spełniały wymogów zawartych w art. 385 § 2 k.c., bowiem nie były jednoznaczne, ani zrozumiałe a przeciętny konsument mógł mieć problem ze zrozumieniem i wykładnią tych postanowień.

Pozwany w odpowiedzi na pozew podniósł, że przepisy kodeksowe o obliczaniu terminu są normami dyspozytywnymi, co wprost wynika z brzmienia art. 110 k.c. Jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w ogólnych warunkach ubezpieczenia odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorzec zaakceptował, doszło między stronami do porozumienia także w kwestii sposobu obliczania wieku. Nie można zatem obciążać zakładu ubezpieczeń konsekwencjami tego, iż konsument nie zapoznał się z treścią ogólnych warunków. Pozwany zaznaczył, że kwestia udziału własnego oraz wyższej składki została wprowadzona już na etapie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia autocasco, w którym to wniosku ubezpieczający, który nie ukończył 26 lat, ma do wyboru, albo udział własny w szkodzie i obniżoną składkę, albo niepreferencyjną składkę i brak udziału własnego. Z tych też względów, zdaniem pozwanego, za niewątpliwie chybiony uznać należy zarzut o tym, iż ubezpieczyciel, wprowadzając do wzorców umownych odmienny od kodeksowego sposób obliczania terminów kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów. Pozwany podniósł również, że zróżnicowanie składki w zależności od wieku osoby ubezpieczeniowej, a także wprowadzenie do wzorców umownych udziału własnego w szkodzie uzasadnione jest oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Dlatego też okoliczność ta nie może być uznana za działania rażąco naruszające interes konsumenta, czy godzące w dobre obyczaje.

Sąd I instancji uznał za niesłuszny zarzut pozwanego, że jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w stosowanym wzorcu umownym odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorzec zaakceptował to doszło pomiędzy stronami do porozumienia także w kwestii sposobu obliczania wieku. Istotą wzorca, stosownie do treści art. 385<sup>1</sup> § 3 k.c., jest to, że druga strona umowy nie ma rzeczywistego wpływu na jej treść. Z tego względu konsument w stosunku z podmiotem, który posługuje się wzorcem korzysta ze szczególnej ochrony wynikającej z przepisów art. 385<sup>1</sup> k.c. i nast. Ewentualna zgoda konsumenta na zawarcie umowy nie ma wpływu na ocenę postanowień wzorca umowy dokonywanej pod kątem zgodności z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Ocena abstrakcyjna dokonywana jest w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego, a jej przedmiotem jest badanie postanowień umownych, a nie praktyki ich stosowania. Mając powyższe na względzie Sąd I instancji ustalił, że zaskarżone postanowienia określają odbiegający od powszechnie przyjętych zasad sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Skutkiem stosowania tych postanowień mogły być dodatkowe obciążenia finansowe wynikające dla konsumentów, a związane z koniecznością uiszczenia przez nich wyższej składki ubezpieczeniowej, bądź też zapłaty udziału własnego w szkodzie, który mógł wynosić nawet 25%. W ocenie Sądu Okręgowego sporne postanowienia wprowadziły nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków stron umowy i były niekorzystne dla konsumenta. Takie uregulowanie kształtują prawa i obowiązki konsumenta z naruszeniem dobrych obyczajów i rażąco naruszają jego interesy. Wiek kierowcy wiąże się z wielkością składki ubezpieczeniowej, zaś w wyniku regulacji zawartych w zakwestionowanych postanowieniach ryzyko i skutki dla konsumenta będą trwały w większości przypadków dłużej niż to wynika z ich wieku. Skoro bowiem konsument ukończył 26 lat w połowie roku kalendarzowego to nadal będzie ponosił negatywne skutki w postaci wyższej składki lub udziału własnego w szkodzie do końca roku kalendarzowego. Taki przedłużony czas ponoszenia ciężarów przez konsumentów związany z wiekiem nie znajdował, w ocenie SOKiK, żadnego uzasadnienia. Nie można również uznać, że skoro

ktos urodzil sie w marcu danego roku to ryzyko spowodowania wypadku trwa w jego przypadku o 9 miesiacy dluzej a w przypadku osoby urodzonej w grudniu tylko przez 1 miesiac.

Wyrok SOKIK z dnia 3 stycznia 2007 r. zostal zaskarzony przez pozwanego ubezpieczyciela apelacja, w ktorej zgloszono zarzut naruszenia przez Sad I instancji przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W ocenie Sadu Apelacyjnego wniesiona apelacja byla czesciowo uzasadniona. Desygnaty postanowienia niedozwolonego w obrocie konsumenckim, o ktorych mowa w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., powodujac, ze dopuszczalnosc okreslania sposobu obliczania terminu przez czynnosc prawną, nie wyklacza uznania spornych klauzul za abuzywne. Kontrola abstrakcyjna postanowien wzorca ujeta jest szeroko. Sam fakt, ze dana klauzula nie narusza przepisow dyspozytywnych nie jest wystarczajacy dla uznania, ze nie jest ona klauzula abuzywna.

Zaskarzona klauzula § 22 ust. 6 pkt 3 o.w.u. miala nastepujace brzmienie: „wiek osoby liczony jest na ostatni dzien roku, na ktory przypada data urodzenia”. Zdaniem Sadu Apelacyjnego, zgodnie z ta klauzula, osoba fizyczna nigdy nie przekroczyla by jednego roku zycia, a dodatkowo postanowienie to jest niejasne, wręcz nielogiczne. Niezrozumialosc i nielogicznosc tego postanowienia umownego, zdaniem Sadu Apelacyjnego w Warszawie, powoduje, ze nie mozna w ogole dokonac jego wykladni. Zamieszczenie we wzorcu umownym postanowienia, ktore jest nielogiczne oraz z ktorego wynika tylko, ze dotyczy ono liczenia wieku osoby, lecz nie mozna ustalic jak ten wiek ma byc liczony, jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i ksztaltuje prawa oraz obowiazki konsumenta w sposob sprzeczny z tymi obyczajami. Takie postanowienie stwarza pozor uregulowania we wzorcu umownym kwestii liczenia tego wieku, narazac konsumenta na mozliwosc dokonywania przez kontrahenta konsumenta jednostronnej interpretacji umowy. Wskazana sytuacja razaco wiec narusza interesy konsumenta. Powyzszych ustalen nie podwazaja wywody apelujacego, ze interesy konsumenta zabezpiecza przepis art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o dzialalnosci ubezpieczeniowej, wedlug ktorego postanowienia ogolnych warunkow umow sformulowane niejednoznacznie interpretuje sie na korzysc ubezpieczajacego, ubezpieczajacego, uposazonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Okolicznosc bowiem, ze istnieje mozliwosc zabezpieczenia interesow konsumenta nie zmienia stanu rzeczy, ze zaskarzona klauzula spelnia przeslanki warunkujace jej uznanie za abuzywna. Z tych wzgledow rozstrzygniecie Sadu I instancji uznajace za niedozwolone postanowienie o tresci: „wiek osoby liczony jest na ostatni dzien roku, na ktory przypada data urodzenia” jest prawidlowe i nie stanowi naruszenia przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W ocenie Sadu Apelacyjnego brak bylo natomiast podstaw do uznania za niedozwolone postanowienia o tresci: „wiek osoby oblicza sie jako roznicę lat pomiedzy rokiem kalendarzowym, na ktory przypada pierwszy dzien okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby”. Z powyzszego postanowienia wynikało, ze wiek osoby urodzonej 18 lutego 1978 r., ktora zawarla umowe ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od 14 pazdziernika 2006 r., wynosi 28 lat. Rowniez wedlug przepisu art. 110 k.c. i art. 112 k.c. osoba urodzona 18 lutego 1978 r. miala 14 pazdziernika 2006 r. tylko 28 lat. Wedlug zaskarzonego postanowienia wiek osoby urodzonej w maju 1978 r., ktora zawarla umowe ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od 14 pazdziernika 2006 r., wynosi 28 lat, przy czym takze stosowanie do przywolanych przepisow kodeksu cywilnego, osoba urodzona w maju 1978 r. miala 14 pazdziernika 2006 r., 28 lat. Odmierna sytuacja wystepuje w owczas, gdy umowa ubezpieczenia zostala zawarta od dnia poprzedzajacego urodziny osoby fizycznej w danym roku. Wedlug bowiem tego postanowienia umownego, wiek osoby urodzonej 14 pazdziernika 1978 r., ktora zawarla umowe ubezpieczenia od dnia 18 lutego 2006 r. wynosi 28 lat, chociaz wedlug przepisow k.c. urodzony 14 pazdziernika 1978 r., ma w dniu 18 lutego 2006 r. lat 27. Z powyzszego wynika, ze wedlug kwestionowanego postanowienia wzorca umownego, osoba fizyczna moze osiagnac okreslony wiek – lata wczejniez niz wynikałoby to z jej daty urodzenia. Skoro wiec wiek osoby fizycznej obliczony wedlug metody w zaskarzonym postanowieniu jest taki sam jak obliczony wedlug przepisow k.c., z wyjatkiem sytuacji, w ktorych osoba fizyczna osiaga lata wczejniez niz wynikałoby to z daty jej urodzenia i przepisow k.c., a stawki i zasady ustalania udzialu wlasnego w szkodzie sa korzystniejsze dla osob starszych, to brak jest podstaw do uznania przedmiotowej klauzuli za postanowienie ksztaltujace prawa i obowiazki konsumenta w sposob sprzeczny z dobrymi obyczajami i razaco naruszajacy jego interesy. Przedmiotowa klauzula podawala uproszczony sposob liczenia wieku osoby fizycznej bez potrzeby brania pod uwage dnia i miesiaca od jakiego zaczynal sie okres ubezpieczenia oraz dnia urodzenia tej osoby. Jak zas wynika z przeprowadzonej analizy wyniki tych wyliczen jest taki sam jak przy obliczaniu wieku wedlug przepisow k.c., w sytuacji zas gdy wystepuje roznicza w tych wyliczeniach, to polega ona na tym, ze dana osoba ma wiecej lat niz w rzeczywistosci. W toku postepowania nie zostalo jednak wykazane, aby ta roznicza rodzila ujemne skutki dla konsumenta. Sporna klauzula byla jasna i przyjmowala sposob liczenia wieku, ktory stosowany jest w zyciu codziennym. W dalszej czesci uzasadnienia, Sad Apelacyjny w Warszawie wskazal, ze o ile powod kwestionuje przedmiotowa klauzula z uwagi na to, ze wiek osoby fizycznej ustala sie w latach zamiast w latach, miesiacach i dniach, to nalezy stwierdzic, ze ustalenie wieku osoby fizycznej w latach nie moze byc poczytane za ksztaltujace prawa i obowiazki ubezpieczonego w sposob sprzeczny z dobrymi obyczajami i razaco naruszajacy jego interesy. Powszechnie wiek osoby fizycznej wyrazal sie w latach, nie zostalo zas w sprawie wykazane, ze w stosunkach ubezpieczenia zachodza szczegolne okolicznosci uzasadniajace potrzebe okreslania tego wieku z uwzglednieniem miesiacy, czy nawet dnia. Z tych wzgledow – w ocenie Sadu Apelacyjnego – nie bylo przeslank do przyjecia, ze zaskarzone postanowienie i o tresci powyzej przywolanej jest abuzywne.

### **Klauzula nr 1358**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 stycznia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 30/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego któregośkolwiek z wyżej wymienionych obowiązków ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub w całości”. Postanowienie to zostało w dniu 14 marca 2008 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1358.

Zdaniem powoda, zakwestionowane postanowienie wzorca umowy kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zostało ono sformułowane w sposób niejednoznaczny oraz upoważniało zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Zdaniem powoda, ubezpieczyciel mógł odmówić wypłacenia odszkodowania w całości lub części w przypadku stwierdzenia zaniechania obowiązków przez ubezpieczającego bez konieczności wykazania związku przyczynowo–skutkowego pomiędzy ich niedopełnieniem a zaistnieniem szkody. Wyczerpywało więc przesłanki postanowień abuzywnych, o których mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.

Strona pozwana wniosła o umorzenie postępowania z uwagi na wycofanie wzorca umownego z obrotu, alternatywnie na wypadek nieuwzględnienia tego wniosku o oddalenie powództwa, gdyż postanowienie o treści powyżej przywołanej kształtowało świadczenia główne stron i z uwagi na treść przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. nie mogło być uznane za niedozwolone.

Zdaniem SOKiK zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot podlegający ochronie ubezpieczeniowej, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek niewywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji jako odmowa wypłaty odszkodowania, czy też zmniejszenie jego wysokości, każdorazowo warunkowane musi być istnieniem związku przyczynowo–skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało. Pozwalało ubezpieczycielowi na odmowę wypłaty odszkodowania, bądź ograniczenie jego wysokości w każdym przypadku stwierdzenia naruszenia określonych w nim obowiązków, a więc również w przypadkach, w których ich niedopełnienie w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Takie ukształtowanie umowy stało w jawnej sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy podmiotów podlegających ochronie ubezpieczeniowej, a co za tym idzie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Sąd zgodził się również ze stanowiskiem powoda, według którego zakwestionowane postanowienie sformułowane zostało w sposób niejednoznaczny przez co upoważniało pozwanego do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Odzwierciedla zatem klauzule abuzywne określone w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.

Przedmiotem kontroli w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o treści: „Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód powstałych wskutek pozostawiania bez nadzoru lub zapewnienia dostatecznego zabezpieczenia podczas postoju pojazdu (zgodnie z instrukcją stanowiącą integralną część niniejszych owu)”. Jeżeli chodzi o stanowiska stron w przedmiocie oceny tego zapisu umownego to były one tożsame jak w przypadku klauzuli abuzywnej wpisanej do rejestru pod nr 1358, z tym uzupełnieniem, iż w ocenie strony pozwanej, poprzez treść takiego zapisu umownego zmierzał do precyzyjnego określenia, jakiego rodzaju szkody objęte są ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia. Do wprowadzenia takiego postanowienia umownego ubezpieczyciel był nie tylko uprawniony, ale wręcz zobowiązany na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w pełni podzielił stanowisko pozwanego – ubezpieczyciela o tym, że postanowienie o treści powyżej przywołanej określało świadczenie główne stron (zakres ochrony ubezpieczeniowej), było sformułowane w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a co za tym idzie nie mogło zostać uznane za niedozwolone w obrocie konsumenckim.

### **Klauzula nr 1367**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym Allianz Polska wypłaciło lub jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania”. Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to zostało w dniu 8 kwietnia 2008 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1367.

W ocenie SOKiK przepis art. 813 § 1 k.c. wprowadza czytelną zasadę podporządkowania składki czasowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zasadę tę wypełniało postanowienie § 6 ust. 4 o.w.u., zgodnie z którym jeżeli umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia określonego w polisie, właścicielowi pojazdu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, zaś wysokość składki podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego czasu ochrony ubezpieczeniowej. Zasada ta uległa modyfikacji w zaskarżo-

nym § 6 ust. 6 o.w.u., gdzie zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania. Zdaniem SOKiK przywołane powyżej postanowienie umowne należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy, a tym samym za niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Umowa ubezpieczenia jest umową losową i nie jest umową wzajemną, a zatem ubezpieczyciel w zamian za uiszczenie świadczenia pewnego w postaci składki, godzi się ponieść w czasie trwania umowy ciężar w postaci spełnienia określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia, które jest niepewne. Istotnym zamiarem stron jest to, aby oba wymienione świadczenia miały znacząco odmienną wartość, a zatem strony nie powinny traktować swych świadczeń jako wzajemne odpowiedniki. Powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku musi zatem abstrahować od kwoty składki. Poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń choćby części ekwiwalentności poniesionego świadczenia w postaci składki za okres, w którym konsument nie jest już związany postanowieniami umownymi było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Rozwiązanie umowy powodowało bowiem, że ubezpieczyciel w okresie, w którym umowa już nie obowiązywała w dalszym ciągu dysponował częścią składek ubezpieczających, chociaż w okresie, za który wniesiona została ta składka zwolniony był już z obowiązku świadczenia na ich rzecz. Fakt, iż ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania nie upoważniało go do zaniechania zwrotu składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Podniesione w toku postępowania okoliczności związane z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów przez ubezpieczyciela podczas zawarcia umowy ubezpieczenia (np. związanych z doręczeniem tekstu warunków ubezpieczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego, wydrukiem polisy ubezpieczeniowej itd.), które miały usprawiedliwiać prawo ubezpieczyciela do zatrzymania składek za okres, w którym już nie ponosi odpowiedzialności wobec klienta, należało uznać za chybione.

Ocena o abuzywności wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07.

#### **Klauzula nr 1368**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie konsumenckim postanowienia o treści: „Po wystąpieniu szkody każda ze stron ma prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, z zachowaniem 30–dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy jest dopuszczalne tylko w ciągu 30 dni od dnia wypłaty odszkodowania lub od dnia otrzymania przez właściciela pojazdu odmowy odszkodowania”. Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to zostało w dniu 8 kwietnia 2008 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1368.

W ocenie SOKiK postanowienie, które pozwalało ubezpieczycielowi na wypowiedzenie umowy po wystąpieniu szkody należało uznać za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Prawo ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy bez wskazania ważnych przyczyn prowadziło do ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy. Konsument poprzez zaskarżone postanowienie był niejako karany za powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku wypłaty odszkodowania, z którym to obowiązkiem zakład ubezpieczeń musiał się liczyć zawierając umowę ubezpieczenia. Wprawdzie należało odmówić słuszności podniesionych przez stronę powodową argumentów, co do niezgodności zaskarżonego postanowienia umownego z treścią art. 824 k.c., 814 § 2 k.c. i art. 816 § 2 k.c., jednak bez wątpienia postanowienie to stanowiło naruszenie granic rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Zarzut abuzywności był tym bardziej zasadny, gdyż o.w.u. nie wskazywały terminu, w którym powinien nastąpić zwrot części składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku rozwiązania umowy. Sytuacja taka powodowała po stronie konsumenta powstanie konieczności znalezienia w 30–dniowym okresie wypowiedzenia nowego zakładu ubezpieczeń, a także mogło spowodować konieczność poniesienia kosztów nowej składki, w przypadku braku zwrotu przez ubezpieczyciela części składki za niewykorzystany okres ochrony. Dopuszczenie do takiej sytuacji uznać należało za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interes konsumenta.

Ocena o abuzywności wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie postanowienie to tylko z pozoru stwarzało równoprawną sytuację obu stron umowy. W istocie, w przeważającym zakresie służyło interesowi ubezpieczyciela. Nie można obalić argumentu, że pozwany tak kształtując postanowienie umowy działał we własnym zakresie, pozbywając się klienta, który skorzystał z ochrony ubezpieczeniowej. Takie ukształtowanie prawa ubezpieczyciela i konsumenta mogło powodować, (zwłaszcza, gdy spodziewana kwota odszkodowania nie była znaczna), że ubezpieczony raczej zrezygnuje z domagania się odszkodowania, niż będzie ryzykował wypowiedzenia mu umowy, albowiem z wypowiedzeniem będą wiązać się koszty zawarcia nowej umowy z innym ubezpieczycielem i wynikające z tego koszty oraz inne niedogodności. Gdy zatem postanowienie to upoważniało ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy zawartej na czas określony tylko z powodu, że po jego stronie powstał

obowiązek spełnienia świadczenia na rzecz ubezpieczającego, to takie postanowienie naruszało dobre obyczaje i rażąco naruszało interes konsumenta. O takim abuzywnym charakterze tego postanowienia świadczyło związane z nim postanowienie wzorca § 6 ust. 6 o.w.u. (opisanej powyżej klauzuli nr 1367). Postanowienie wyłączające zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w sytuacji, w której ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania, wyjaśniało rzeczywisty charakter, cel i skutki regulacji zawartej w ocenianym postanowieniu (klauzuli nr 1368). Postanowienia te łącznie wprowadziły regułę, wedle której wykonanie obowiązku przez zakład ubezpieczeń w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, powodowało podwójnie niekorzystny skutek po stronie konsumenta (brak zwrotu części składki i ustanie ochrony ubezpieczeniowej wskutek wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela). Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie takie kształtowanie wzajemnych praw i obowiązków było niezgodne z dobrymi obyczajami.

Przedmiotem kontroli postępowania toczącego się przed SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06, a następnie kontroli apelacyjnej w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 było również postanowienie o treści: „W ubezpieczeniach krótkoterminowych składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo. Przy rocznym okresie ubezpieczenia dopuszcza się możliwość jednorazowej opłaty składki lub opłaty składki w dwóch lub trzech ratach, przy czym terminy rat oraz ich wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia szkody wskutek zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i zgłoszenia roszczenia, składka za cały okres ubezpieczenia staje się wymagalna. Allianz Polska potrąca z przysługującego odszkodowania pozostałą do zapłaty kwotę składki lub uzależnia wypłatę odszkodowania od wcześniejszego opłacenia składki należnej za cały okres ubezpieczenia”.

Sąd I instancji w wyroku z dnia 16 kwietnia 2007 r. uznał powyżej przywołane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie konsumenckim. W pierwszej kolejności Sąd I instancji wskazał, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie jest postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a zatem podlega kontroli abstrakcyjnej. Przez „główne świadczenia stron” należy bowiem rozumieć postanowienia dotyczące essentialia negotii umowy, bez których umowa nie doszłaby do skutku. Zaliczyć do nich niewątpliwie można oznaczenie stron umowy, przedmiot umowy oraz główne świadczenia stron umowy. Zdaniem SOKiK do postanowień określających główne świadczenie stron nie mogą być zaliczane postanowienia odnoszące się w istocie do świadczeń ubocznych, czy też inne postanowienia mające jedynie wpływ na kalkulacje, wymagalność, czy zwrot świadczeń głównych. Zakwestionowane postanowienie nie jest postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a jedynie zapisem umownym dotyczącym wymagalności składki, a zatem podlega kontroli w niniejszym postępowaniu.

W ocenie SOKiK postanowienie to kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy. Ubezpieczyciel kalkulując wysokość składki oraz przewidując możliwość jej rozłożenia na raty godził się na to, iż nie otrzyma w całości należnych jej pieniędzy od razu, lecz z opóźnieniem. Konsument, zawierając umowę ubezpieczenia bierze pod uwagę termin i sposób płatności składki, a zatem zastrzeżenie, że nagle zobowiązany jest opłacić składkę rażąco narusza jego interes, gdyż stawia go w przymusowej sytuacji świadczenia pieniężnego wcześniej niż to planował, lub potrącenia z przysługującego mu odszkodowania w krytycznej dla niego sytuacji, tym bardziej, że strony umowy uzgodniły wcześniej inny sposób i termin płatności rat składki. Innymi słowy, konsument po zapłaceniu składki oczekuje od zakładu ubezpieczeń wypłaty uzgodnionej kwoty, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe rodzące odpowiedzialność ubezpieczyciela i nie może być narażony na przymusowe potrącenie pozostałych rat składki, bądź być zmuszany do wcześniejszego świadczenia niż to określa umowa. Może dojść bowiem do sytuacji, w której wypłacenie niewielkiego odszkodowania spowoduje obowiązek uiszczenia przez konsumenta składki w pełnej wysokości. Staje się to tym bardziej rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdy konsument poniesie dotkliwą szkodę i zmuszony zostanie do ponoszenia dodatkowych kosztów na rzecz ubezpieczyciela, czyli podmiotu zobligowanego do udzielenia pomocy w takiej sytuacji. Stoi to w sprzeczności z celem umowy ubezpieczenia oraz precyzyjnej instytucji rozłożenia na raty, która w swej istocie ma rozkładać w czasie ciężary finansowe nałożone na stronę umowy, a nie potęgować je w chwili najmniej korzystnej dla konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 zmienił wyrok Sądu I instancji w tym zakresie, w ten sposób, że oddalił powództwo o uznanie za niedozwolone i zakazujące wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o powyższej treści. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie budzi wątpliwości, że postanowienie to odnosiło się do głównego świadczenia ubezpieczającego (składki). Nie określało ono jej wysokości, lecz sposób uiszczenia (jednorazowo albo ratalnie, terminy i warunki płatności rat). Zgodnie zaś z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. wyłączone spod możliwości oceny kontroli abstrakcyjnej w trybie postępowania o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolony są postanowienia określające główne świadczenia stron. W opinii Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można podzielić tezy przyjętej przez Sąd I instancji, iż takie elementy jak płatność świadczenia w ratach oraz warunki wcześniejszego poboru nieopłaconych składek, czy sposób ich pobrania nie mieszczą się w granicach głównego świadczenia stron (tu: ubezpieczającego). Dodatkowo, gdy są one jednoznacznie sformułowane nie jest dopuszczalne prowadzenie oceny, czy zachodzą przesłanki uznania tego postanowienia za niedozwolone. Dokonanie takiej oceny i w takich warunkach stanowi naruszenie prawa materialnego, tj. nr z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

# Żądanie przez zakłady ubezpieczeń w związku z likwidacją szkód komunikacyjnych faktur źródłowych zakupu części zamiennych

Wśród skarg i zapytań kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w związku z likwidacją szkód komunikacyjnych obecne są również takie, które dotyczą problemu żądania przez ubezpieczycieli dostarczenia do akt szkody kopii rachunków źródłowych potwierdzających zakup części zamiennych użytych do naprawy danego pojazdu. Tego typu żądanie bywa kierowane do poszkodowanych (ubezpieczonych) albo też bezpośrednio do serwisów naprawczych, które na prośbę lub z upoważnienia poszkodowanego przesłały do ubezpieczyciela fakturę VAT naprawy uszkodzonego pojazdu. Wymóg ten dotyczy najczęściej przypadków podjęcia naprawy pojazdu w serwisie nieposiadającym autoryzacji producenta danej marki.

Do czasu dostarczenia faktur źródłowych albo w związku z ich niedostarczeniem zakłady ubezpieczeń ustalają wysokość odszkodowania za szkodę w pojeździe, bądź to w oparciu o ceny części wynikające ze sporządzonego przez nie kosztorysu naprawy (który obejmuje zazwyczaj tzw. zamienniki, a więc części nie pochodzące od producenta pojazdu lub też części oryginalne, których ceny zostały pomniejszone o tzw. zużycie amortyzacyjne), bądź wedle cen wskazanych na fakturze pomniejszonych np. o 50%. Z kolei przekazanie przez serwis naprawczy faktur źródłowych zakupu części zamiennych kończy się niejednokrotnie zakwestionowaniem przez ubezpieczyciela wysokości stosowanej przez przedsiębiorcę marży, czego skutkiem jest arbitralne obniżenie wysokości odszkodowania w stosunku do rzeczywistych kosztów naprawy.

Oto przykładowe, choć jednocześnie dość reprezentatywne uzasadnienie opisanej praktyki, zaprezentowane przez jeden z czołowych polskich zakładów ubezpieczeń: „Wymóg dotyczący udokumentowania źródła zakupu części przez nieautoryzowanych wykonawców naprawy wynika ze specyfiki rynku części zamiennych do pojazdów samochodowych. W obrocie występuje bowiem bardzo szeroki asortyment części zamiennych produkowanych przez różnych wytwórców i dystrybuowanych zarówno przez sieci dealerskie, jak i niezależnych dostawców. Zróżnicowanie cen w zależności od producenta, miejsca zakupu, a nawet opakowania produktu jest tak znaczne, że do właściwego ustalenia nawet przybliżonych kosztów części niezbędna jest ich jednoznaczna identyfikacja. Należy podkreślić, że w większości przypadków jedyną możliwą formą identyfikacji pochodzenia części jest faktura źródłowa. Przedłożenie do akt przedmiotowej szkody jedynie faktur za naprawę wystawionych przez wykonawcę usługi (bez faktur źródłowych) nie pozwala na uznanie, że do dokonania naprawy pojazdu zakład naprawczy wykorzystał oryginalne części zamienne”.

Co warte zaznaczenia, zakłady ubezpieczeń nie są na ogół w stanie precyzyjnie podać podstawy prawnej uzasadniającej ich żądanie, tudzież powołują się na ogólną regułę prawa cywilnego wynikającą z art. 6 k.c., a mówiącą o tym, iż ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Nie wskazują także, w oparciu o jakie przesłanki ceny wskazane na fakturze naprawy pomniejszono do określonego poziomu.

## Obowiązki zakładu ubezpieczeń w toku postępowania likwidacyjnego

Powstaje zatem pytanie czy osoba występująca z roszczeniem odszkodowawczym musi udowodnić zakładowi ubezpieczeń wszystkie okoliczności, które są potrzebne do należytego uzasadnienia jej żądania i czy zasada ta ma również zastosowanie do faktur źródłowych? Pierwsze ze wspomnianych zagadnień regulują przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia, jak również ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). Wprowadzają one regulacje odmienne od ogólnych zasad prawa cywilnego, uwzględniające rozwiązanie specyficzne dla umowy ubezpieczenia, a mianowicie że to sam dłużnik (ubezpieczyciel) weryfikuje w specjalnym postępowaniu zasadność roszczenia wierzyciela<sup>1</sup>.

Zawiadomienie ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową (wypadku ubezpieczeniowego) stanowi jednocześnie początek tzw. postępowania likwidacyjnego, prowadzonego przez zakład ubezpieczeń. Celem tego postępowania jest ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia (art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W postępowaniu likwidacyjnym zarówno na ubezpieczyciela, jak i na osobie występującej z roszczeniem (ubezpieczonym lub uprawnionym do odszkodowania)



**Tomasz Młynarski**  
główny specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych,  
aplikant radcowski przy OIRP  
w Warszawie

<sup>1</sup> Por. B. Wojno, *Uwagi na tle niektórych przepisów dotyczących tzw. postępowania likwidacyjnego w ubezpieczeniach obowiązkowych*, Rozprawy Ubezpieczeniowe 2009, nr 1, s. 70.

ciążą określone obowiązki – ustawowe, względnie również umowne. Ich realizacja prowadzi do stworzenia warunków pozwalających na zajęcie przez ubezpieczyciela stanowiska w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz spełnienie przez niego zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia<sup>2</sup>.

Jedną z pierwszych czynności, jakie zakład ubezpieczeń powinien podjąć po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową (ma na to bowiem 7 dni), jest poinformowanie osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

Tym samym już na tym etapie ubezpieczyciel musi precyzyjnie wskazać, jakie dokumenty powinna dostarczyć w toku likwidacji szkody osoba występująca z roszczeniem. Praktyka dowodzi jednak, iż zakłady ubezpieczeń nie informują o konieczności przedłożenia faktur źródłowych zakupu części zamiennych w pierwszym piśmie skierowanym do roszczonego, zwlekając z tym do momentu udzielania odpowiedzi na prośbę o weryfikację kosztorysu naprawy sporządzonego przez wybrany przez posiadacza pojazdu serwis naprawczy albo wręcz do otrzymania faktury VAT za naprawę pojazdu.

Jak zaznacza w swoim orzecznictwie Sąd Najwyższy, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku zakład ubezpieczeń obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz do zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Zakład ten ma obowiązek aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty<sup>3</sup>.

Zakres żądanych przez zakład ubezpieczeń dokumentów nie jest nieograniczony. Ubezpieczyciel, domagając się jakiegokolwiek dokumentu, powinien móc wykazać, iż jego żądanie jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Wskazuje się, że skoro na zakładzie ubezpieczeń ciąży obowiązek przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, a roszczeniocy ma ograniczone obowiązki dowodowe, ubezpieczyciel nie powinien żądać dokumentów, które może pozyskać samodzielnie (np. dokumentacji medycznej, notatki policji). Za niedopuszczalne należy również uznać żądanie dokumentów, których uzyskanie wiązałoby się z nadmiernymi trudnościami dla zgłaszającego roszczenie<sup>4</sup>.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia (art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych – stosownie do brzmienia art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – zakład ubezpieczeń ma ponadto obowiązek wskazania na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie.

Ubezpieczyciel, odmawiając zapłaty części odszkodowania w związku z nieprzekazaniem przez osobę zgłaszającą roszczenie kopii rachunków źródłowych zakupu części zamiennych, ma więc obowiązek wskazać na piśmie podstawę prawną (a więc konkretny przepis prawa) oraz okoliczności faktyczne uzasadniające jego stanowisko, a także przesłanki dla których odmówił wiarygodności przedłożonej do akt sprawy faktury VAT za naprawę pojazdu.

Dopełnienie przez zakład ubezpieczeń wszystkich opisanych obowiązków wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia należy rozpatrywać w kontekście ciężącego na nim obowiązku należytego wykonania zobowiązania. Stosownie bowiem do treści art. 355 k.c. dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju, a należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

Komisja Nadzoru Finansowego, pełniąc również funkcję organu nadzoru ubezpieczeniowego, posiada uprawnienie do nałożenia sankcji o charakterze publicznoprawnym za nieprzestrzeganie obowiązków związanych z prowadzeniem przez zakład ubezpieczeń postępowania likwidacyjnego. Nieuzasadniony brak zapłaty odszkodowania w terminach wynikających z art. 817 k.c. lub art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK aktualizuje też po stronie poszkodowanego roszczenie o żądanie zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie w rozumieniu art. 481 k.c. Nie można także wykluczyć opartej na art. 471 k.c. odpowiedzialności odszkodowawczej zakładu ubezpieczeń za naruszenie należących do niego obowiązków, o ile osoba uprawniona będzie w stanie wykazać, że na skutek ich naruszenia doszło do szkody w jej majątku. Jak słusznie zaznaczył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 listopada 2009 r. (sygn. akt II CSK 257/09), uchylenie się przez ubezpieczyciela od spełnienia świadczenia oznacza, że umowa ubezpieczenia nie spełnia swej funkcji ochronnej. Takie działanie ubezpieczyciela stanowi akt nielojalności i złej wiary, przez co nie może korzystać z ochrony prawnej.

<sup>2</sup> S. Reps, *Dochodzenie roszczeń z tytułu ubezpieczenia w postępowaniu przedsądowym*, Prawo Asekuracyjne 2009, nr 2, s. 42.

<sup>3</sup> Zob. wyrok SN z dnia 10 stycznia 2000 r. (sygn. akt III CKN 1105/98), a także wyrok z dnia 19 września 2002 r. (sygn. akt V CKN 1134/00).

<sup>4</sup> M. Surdek, M. Przywara, *Podstawowe zasady postępowania likwidacyjnego*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z dnia 19 sierpnia 2011 r.

## Obowiązki ciążące na osobie występującej z roszczeniem i sankcje za ich naruszenie

Jeśli natomiast chodzi o obowiązki osób występujących z roszczeniem odszkodowawczym, to ich sytuacja prawna przedstawia się tu odmiennie w zależności od tego czy mamy do czynienia z umową ubezpieczenia obowiązkowego czy dobrowolnego.

W pierwszym przypadku, zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, osoba objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, uczestnicząca w zdarzeniu nim objętym, jest obowiązana m.in. do niezwłocznego powiadomienia o zdarzeniu zakładu ubezpieczeń, udzielając mu niezbędnych wyjaśnień i przekazując posiadane informacje. Przepis wyraźnie więc wskazuje, że omawiany obowiązek dotyczy jedynie tych informacji, które znajdują się w posiadaniu danej osoby.

Możliwość zastosowania sankcji przewiduje natomiast art. 17 ustawy, wskazujący że jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej lub osoba występująca z roszczeniem, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie dopełniły obowiązków wymienionych w art. 16, a miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu ich odpowiedzialności cywilnej, bądź też na zwiększenie rozmiarów szkody, zakład ubezpieczeń może dochodzić od tych osób zwrotu części wypłaconego uprawnionemu odszkodowania lub ograniczyć wypłacane tym osobom odszkodowanie. Zgodnie z dalszą treścią przepisu, ciężar udowodnienia faktów, uzasadniających zwrot zakładowi ubezpieczeń części odszkodowania lub ograniczenia odszkodowania, spoczywa na zakładzie ubezpieczeń.

Tym samym możliwość zastosowania sankcji polegającej na ograniczeniu wypłaconego odszkodowania uzależniona jest od udowodnienia przez zakład ubezpieczeń następujących faktów: 1) roszczęcy nie przekazał informacji, która była w jego posiadaniu, 2) uczynił to z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, 3) miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu odpowiedzialności cywilnej, bądź też na zwiększenie rozmiarów szkody.

Warunki określone w art. 17 można odnieść do problematyki żądania faktur źródłowych. Możliwość spełnienia przez zakład ubezpieczeń wskazanych wymogów jest jednak wątpliwa. Przede wszystkim faktury źródłowe nie stanowią o wykonaniu umowy zlecenia naprawy uszkodzonego pojazdu, lecz o umowie sprzedaży części zamiennych warsztatowi (np. przez hurtownię lub sklep motoryzacyjny). Ich niedostarczenie nie ma wpływu na ustalenie istnienia lub zakresu odpowiedzialności cywilnej, ani też na zwiększenie rozmiarów szkody. Poza tym serwis naprawczy nie ma obowiązku okazywania faktur źródłowych właścicielowi pojazdu, który zlecił dokonanie naprawy. Obowiązek taki nie wynika ani z umowy, której przedmiotem jest naprawa uszkodzonego pojazdu (chyba że strony umówią się inaczej), ani też z przepisów kodeksu cywilnego. Serwis naprawczy ma jedynie obowiązek, wynikający z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r., nr 11, poz. 1054 z późn. zm.) wystawienia faktury stwierdzającej dokonanie sprzedaży usługi.

W doktrynie prawa cywilnego obecny jest także pogląd, według którego literalne brzmienie art. 17, a ściślej sformułowanie „ich odpowiedzialności cywilnej”, prowadzi do wniosku, że ubezpieczyciel nie ma prawa stosować wzmiankowanych sankcji wobec poszkodowanego, gdyż odnoszą się one wyłącznie do ubezpieczonego<sup>5</sup>. Wydaje się jednak, iż celem ustawodawcy było objęcie dyspozycją omawianego przepisu nie tylko ubezpieczonego, ale także osoby występującej z roszczeniem, posłużono się jednak przy tym niezbyt fortunnym sformułowaniem. Możliwość żądania zwrotu części wypłaconego odszkodowania odnosi się więc wyłącznie do ubezpieczonego, a ograniczenie wysokości odszkodowania do poszkodowanego<sup>6</sup>.

Z kolei w odniesieniu do ubezpieczenia dobrowolnego, jakim jest autocasco, obowiązki ubezpieczonego należy dekodować z treści zawartej umowy i jej ogólnych warunków. Poniżej przedstawione zostaną tytułem przykładu postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy, ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/117/2010 z dnia 11 marca 2010 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/399/2010 z dnia 8 listopada 2010 r. (dalej: o.w.u.).

Obowiązki ubezpieczonego, ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu w razie powstania szkody polegającej na uszkodzeniu pojazdu zostały zakreślone w o.w.u. przede wszystkim w § 30, który statuuje obowiązek ratowania mienia, niedokonywania zmian w pojeździe do czasu oględzin, powiadomienia o szkodzie, odnotowania danych drugiego uczestnika kolizji oraz przeprowadzenia dodatkowych badań technicznych. Stosownie natomiast do § 33, w związku z wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego (który to wypadek został zdefiniowany jako zdarzenie, objęte zakresem ubezpieczenia określonym w o.w.u. i umowie ubezpieczenia), ubezpieczony, ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu są zobowiązani m.in. przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów.

W tym przypadku również posłużono się więc w odniesieniu do dowodów, jakie powinien przedstawić roszczęcy, określeniem „posiadane”. Sankcje za niedopełnienie obowiązków przez ubezpieczonego zostały zakreślone w § 34. Co jednak istotne, postanowienie to nie przewiduje jakichkolwiek sankcji za niedopełnienie obowiązków określonych w § 33. Mimo to § 20 ust. 5 o.w.u. stanowi, że odszkodowanie ustalone według poniesionych kosztów naprawy (czyli w wariantcie warsztatowym) PZU S.A. wypłaca pod warunkiem przedstawienia rachunków lub faktur VAT dotyczących

<sup>5</sup> Zob. A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa 2010, s. 214.

<sup>6</sup> Por. M. Serwach, (w:) Z. Brodecki, M. Serwach (red.), *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz*, Kraków 2005, s. 789.

robocizny, części zamiennych, materiałów lakierniczych i normaliów, zaś PZU S.A. może zażądać przedstawienia rachunków lub faktur VAT dokumentujących nabycie części oryginalnych serwisowych w autoryzowanym punkcie sprzedaży danej marki pojazdu.

Wskazane postanowienie – w zakresie, w jakim może odnosić się do faktur źródłowych – nie uwzględnia wysoce problematycznej dla ubezpieczonego kwestii pozyskania tychże dokumentów (innymi słowy realnych możliwości wejścia w ich posiadanie), ani też problemu tajemnicy handlowej przedsiębiorstwa, o czym szerzej w dalszej części artykułu. Żądanie przez ubezpieczyciela autocasco dostarczenia rachunków źródłowych może w związku z tym zostać uznane za wykonywanie zobowiązania (umowy) w sposób sprzeczny z jego celem społeczno-gospodarczym oraz zasadami współżycia społecznego (art. 354 § 2 k.c.), samo zaś postanowienie umowne – jako kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające jego interesy (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.). Należy tu zwłaszcza zwrócić uwagę na przepis art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c., zgodnie z którym w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od wykonania zobowiązań przez osoby, za pośrednictwem których kontrahent konsumenta zawiera umowę lub przy których pomocy wykonuje swoje zobowiązanie, albo uzależniają tę odpowiedzialność od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności.

### **Żądanie faktur źródłowych a zagadnienie ciężaru dowodu**

Uwzględniając poczynione uwagi dotyczące rozkładu obowiązków zgodzić się należy w całej rozciągłości ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, iż postępowanie likwidacyjne z założenia nie jest postępowaniem spornym, w jakim mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c.<sup>7</sup> W postępowaniu likwidacyjnym poszkodowany ma niewielkie obowiązki proceduralne, do których należy, oprócz wystąpienia z wnioskiem, przede wszystkim udokumentowanie szkody powstałej na skutek wypadku ubezpieczeniowego, natomiast zasadniczy ciężar tego postępowania spoczywa na zakładzie ubezpieczeń<sup>8</sup>. Przytoczona argumentacja świadczy dobitnie o tym, że wymogi postępowania likwidacyjnego w zakresie ciężaru dowodu odbiegają od wymogów dowodowych procesu cywilnego, w którym każdorazowo musi zostać zachowana zasada kontradyktoryjności<sup>9</sup>. Bez wątplenia to zakład ubezpieczeń musi natomiast udowodnić fakty, które wpływają na wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności, jak też fakt naruszenia przez roszczonego obowiązków uzasadniających odmowę zapłaty odszkodowania lub jego zmniejszenie<sup>10</sup>.

Jeżeli uprawniony do odszkodowania z ubezpieczenia OC korzysta z prawa do wykazania wysokości szkody i po dokonaniu naprawy uszkodzonego pojazdu w wybranym przez siebie warsztacie naprawczym przedkłada fakturę VAT dokumentującą poniesione koszty, wówczas wysokość roszczenia należy uznać za udowodnioną. Wskazuje na to chociażby wspomniany art. 106 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług, zgodnie z którym faktura wystawiona przez podatnika podatku VAT stwierdza w szczególności dokonanie sprzedaży, datę dokonania sprzedaży, cenę jednostkową bez podatku, podstawę opodatkowania, stawkę i kwotę podatku, kwotę należności oraz dane dotyczące podatnika i nabywcy. Okazanie kopii faktury źródłowej za zakup części nie jest zaś równoznaczne z wykorzystaniem przez warsztat tych właśnie części przy naprawie określonego pojazdu, tym samym moc dowodowa faktury źródłowej nie jest wcale wyższa niż faktury potwierdzającej dokonanie sprzedaży usługi.

Zakład ubezpieczeń, który podważa wiarygodność przedłożonej mu faktury VAT i wynikający z niej fakt zamontowania w pojeździe części zamiennych, powinien to udowodnić, bowiem to na nim spoczywa ciężar udowodnienia faktu przeciwnego. Zasada ta będzie obowiązywać zresztą także w toku procesu cywilnego. Jak bowiem podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 grudnia 2006 r. (sygn. akt IV CSK 299/06), ciężar dowodu w postępowaniu cywilnym nie zawsze spoczywa na powodzie. Ten kto odmawia uczynienia zadość żądaniu powoda obowiązany jest udowodnić fakty wskazujące na to, że uprawnienie żądającemu nie przysługuje.

Zasadnym jednakże jest pytanie, czy okoliczność związana z rodzajem wykorzystanej do naprawy pojazdu części zamiennych zostałaaby uznana przez sąd za mającą istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.), czyli dla ustalenia wysokości należnego odszkodowania w odniesieniu do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Warto w tym miejscu wskazać na orzecznictwo Sądu Najwyższego, określające w jaki sposób należy ustalać odszkodowanie za szkodę częściową w pojeździe. Odszkodowanie to, zdaniem Sądu Najwyższego, obejmuje przede wszystkim kwotę pieniężną konieczną do opłacenia napraw uszkodzonego pojazdu lub przywrócenia go do stanu sprzed wypadku<sup>11</sup>.

Ubezpieczyciel ma obowiązek pełnego wyrównania szkody niezależnie od tego, czy poszkodowany zakupił części zamienne i podjął remont uszkodzonego wozu, czy też podejmie go w późniejszym terminie. Również bez znaczenia pozostaje kwestia uzyskania korzyści z rzekomego przekroczenia rzeczywistej szkody<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Wyrok SN z dnia 18 listopada 2009 r. (sygn. akt II CSK 257/09).

<sup>8</sup> Wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. (sygn. akt IV CKN 387/01).

<sup>9</sup> Zob. E. Kiziewicz, *Ciężar dowodu w postępowaniu likwidacyjnym*, Monitor Ubezpieczeniowy 2011, nr 44, s. 29.

<sup>10</sup> S. Reps, *op.cit.*, s. 50.

<sup>11</sup> Wyrok SN z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01).

<sup>12</sup> Wyrok SN z dnia 17 czerwca 1987 r. (sygn. akt IV CR 158/87).

W wyroku z dnia 27 czerwca 1988 r. (sygn. akt I CR 151/88) Sąd Najwyższy podkreślił, iż roszczenie o świadczenia należne od zakładu ubezpieczeń z tytułu kosztów przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu pierwotnego jest wymagalne niezależnie od tego, czy naprawa została już dokonana. Wysokość świadczeń obliczać należy na podstawie ustaleń co do zakresu uszkodzeń i technicznie uzasadnionych sposobów naprawy, przy przyjęciu przewidzianych kosztów niezbędnych materiałów i robocizny według cen z daty ich ustalenia. Naprawa pojazdu przed uzyskaniem odszkodowania i jej faktyczny zakres nie ma zasadniczego wpływu na powyższy sposób ustalenia ich wysokości. Podobnie w wyroku z dnia 16 maja 2002 r. (sygn. akt V CKN 1273/00) Sąd Najwyższy wyraził zapatrywanie, iż rzeczywista naprawa nie stanowi warunku dla dochodzenia odszkodowania z tytułu uszkodzonego samochodu, obliczonego na podstawie ustalonych kosztów naprawy. Zastosowanie takiego miernika dla ustalenia wysokości odszkodowania wymaga przede wszystkim jego kompensacyjna funkcja.

### **Żądanie faktur źródłowych jako ingerencja w tajemnicę handlową przedsiębiorstwa**

Serwisu naprawczego, który nie zawarł z zakładem ubezpieczeń umowy o współpracy, nie wiąże z tym zakładem żaden stosunek prawny. Warsztaty te nie mają zatem obowiązku okazywania zakładowi ubezpieczeń faktur źródłowych dotyczących zakupu części, a ubezpieczyciel nie ma żadnych podstaw prawnych dla tego typu żądań. Także serwis naprawczy, który występuje w toku likwidacji szkody w charakterze pełnomocnika posiadacza pojazdu, powinien względem drugiej strony czynności prawnej okazać dokument pełnomocnictwa, potwierdzający jego umocowanie do składania oświadczeń woli w imieniu mocodawcy, nie ma natomiast wobec niej dalszych obowiązków.

Żądanie faktur źródłowych stwierdzających rodzaj i źródło pochodzenia części, jak też ich ceny hurtowej, stanowi ingerencję w obszar swobody działalności gospodarczej przedsiębiorcy. Informacje takie jak wysokość marży stosowanej przez przedsiębiorcę oraz źródło zaopatrzenia stanowią najczęściej tajemnicę handlową. Serwisy naprawcze nie podają do wiadomości swoich klientów nie tylko gdzie i za ile kupili daną część, ale też w jakiej wysokości uzyskali upust od swojego stałego lub okazjonalnego dostawcy.

Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) stwierdza w art. 11 ust. 1, iż czynem nieuczciwej konkurencji jest przekazanie, ujawnienie lub wykorzystanie cudzych informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa albo ich nabycie od osoby nieuprawnionej, jeżeli zagraża lub narusza interes przedsiębiorcy. Stosownie zaś do brzmienia ust. 4, przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

Jak podkreśla się w piśmiennictwie i orzecznictwie, informacja nieujawniona do wiadomości publicznej to informacja nieznana ogółowi lub osobom trzecim zainteresowanym jej posiadaniem. Taka informacja staje się tajemnicą przedsiębiorstwa, kiedy przedsiębiorca ma wolę, by pozostała ona tajemnicą dla pewnych kół odbiorców, konkurentów i wola ta dla innych osób musi być rozpoznawalna<sup>13</sup>. Nie traci natomiast swojego charakteru przez to, że wie o niej pewne ograniczone grono osób zobowiązanych do dyskrecji. Pozostanie określonych informacji tajemnicą przedsiębiorstwa wymaga, aby przedsiębiorca podjął działania zmierzające do wyeliminowania możliwości ich dotarcia do osób trzecich w normalnym toku zdarzeń, bez konieczności podejmowania szczególnych starań. Osoby, które przypadkowo weszły w posiadanie danej informacji, nie są zwolnione z obowiązku zachowania tajemnicy<sup>14</sup>.

Stosownie do postanowienia Sądu Antymonopolowego z dnia z dnia 30 października 1996 r. (sygn. akt XVII Amz 3/96) stanowią w szczególności tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy dane obrazujące wielkość produkcji i sprzedaży, a także źródła zaopatrzenia i zbytu. Nie powinno zatem budzić wątpliwości, iż informacje zawarte w fakturach stwierdzających sprzedaż serwisowi samochodowemu części zamiennych stanowią tajemnicę tegoż przedsiębiorstwa, o ile nie zostały ujawnione do wiadomości publicznej, posiadają wartość gospodarczą i co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności. Żądając przedłożenia faktur źródłowych ubezpieczyciel nakłania (przymusza) posiadacza pojazdu lub/i serwis naprawczy do ujawnienia tajemnicy handlowej.

### **Żądanie faktur źródłowych w kontekście ochrony praw konsumenta**

Praktykę uzależniania przez zakłady ubezpieczeń wypłaty odszkodowania w pełnej wysokości od przedłożenia do akt szkody kopii rachunków źródłowych potwierdzających zakup części zamiennych warto ponadto poddać ocenie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. nr 171, poz. 1206). Akt ten zakazuje bowiem stosowania nieuczciwych praktyk rynkowych (art. 3), precyzując jednocześnie, iż praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu (art. 4 ust. 1). Ustawa wyróżnia także szczególną kategorię nieuczciwej praktyki rynkowej w postaci praktyki agresywnej. Za agresywną uzna-

<sup>13</sup> M. Filipek, *Zaświadczenie z KRK jako tajemnica przedsiębiorstwa*, Monitor Zamówień Publicznych 2010, nr 9, s. 21.

<sup>14</sup> Wyrok SN z dnia 6 czerwca 2003 r. (sygn. akt IV CKN 211/01).

je się praktykę rynkową, jeżeli przez niedopuszczalny nacisk w znaczny sposób ogranicza ona lub może ograniczyć swobodę wyboru przeciętnego konsumenta lub jego zachowanie względem produktu, i tym samym powoduje lub może powodować podjęcie przez niego decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął (art. 8 ust. 1).

Stosownie do brzmienia art. 9 pkt 4 ustawy, nieuczciwą praktyką rynkową w każdych okolicznościach jest agresywna praktyka polegająca na żądaniu od konsumenta zgłaszającego roszczenie, w związku z umową ubezpieczenia, przedstawienia dokumentów, których w sposób racjonalny nie można uznać za istotne dla ustalenia zasadności roszczenia, lub nieudzielanie odpowiedzi na stosowną korespondencję, w celu nakłonienia konsumenta do odstąpienia od zamiaru wykonania jego praw wynikających z umowy ubezpieczenia.

Zakłady ubezpieczeń, żądając przedstawienia dokumentów, które nie mają istotnego znaczenia dla ustalenia zasadności roszczenia, stosują praktykę „nadmiernych formalności”, której celem może być utrudnienie konsumentowi dochodzenia roszczeń z umowy ubezpieczenia. Za nieistotne należy uznać te dokumenty, które wykraczają poza zakres określonych jako niezbędne dla dochodzenia roszczenia w umowie ubezpieczenia lub w przepisach prawa powszechnie obowiązującego<sup>15</sup>. Nie wyłącza to oczywiście możliwości stwierdzenia, w oparciu o art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., że dane postanowienie wzorca umownego regulujące zakres obowiązków ubezpieczonego, w tym również konieczne do przedłożenia dokumenty, stanowi klauzulę abuzywną.

W razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać zaniechania tej praktyki, usunięcia jej skutków, złożenia oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie, naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, a także zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów (art. 12 ust. 1). Co niezmiernie istotne, przepis art. 13 ustawy wprowadza regułę, zgodnie z którą ciężar dowodu, że dana praktyka rynkowa nie stanowi nieuczciwej praktyki wprowadzającej w błąd spoczywa na przedsiębiorcy, któremu zarzuca się stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej.

Na zakończenie powyższych rozważań warto zaznaczyć, iż zakłady ubezpieczeń nierzadko przyznają przymiot wiarygodności i uczciwości autoryzowanym serwisom naprawczym, względem zaś serwisów nieautoryzowanych stosują swoiste domniemanie winy. Efektem tego jest wymóg udowodnienia przez roszczącego, że wybrany przez niego serwis naprawczy nie prowadzi działalności przestępczej i nie próbuje wyłudzić nienależnych mu kwot. Dzieje się tak mimo, iż roszczący nie ma ku temu żadnych narzędzi, a samo żądanie zakładu ubezpieczeń w tym zakresie nie posiada co do zasady umocowania prawnego<sup>16</sup>. Obniżenie wysokości odszkodowania w stosunku do rzeczywistego kosztu naprawy prowadzi zaś do przerzucenia na poszkodowanego części kosztów przywrócenia jego majątku do stanu poprzedniego. Zapobieganie przestępczości ubezpieczeniowej i jej zwalczanie powinno zatem odbywać się w inny, legalny i skuteczniejszy sposób, w szczególności poprzez ściślejszą współpracę zakładów ubezpieczeń z Policją i prokuraturą, jak również organami kontroli podatkowej i skarbowej.

Wypada zgodzić się w pełni z Sądem Najwyższym, który w wyroku z dnia 26 stycznia 2006 r. (sygn. akt V CSK 90/05) podkreślił, iż umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu. Poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń *per fas et nefas* możliwości uchylecia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt nielojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną.

<sup>15</sup> Por. M. Sieradzka, *Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 222–223.

<sup>16</sup> Tak również T. Hryniewicz, *Weryfikacja cen części zamiennych*, „Gazeta Ubezpieczeniowa” z dnia 15 marca 2005 r.

# Praktyczne problemy związane z likwidacją tzw. szkody całkowitej w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowanie pojęcia szkody całkowitej oraz ukazanie najistotniejszych problemów i elementów spornych występujących na linii poszkodowany – zakład ubezpieczeń, które pojawiają się w postępowaniach likwidacyjnych zakładów ubezpieczeń. Ze względu na omawiany zakres materiału, opracowanie dotyczyć będzie problematyki szkody całkowitej występującej w pojazdach mechanicznych i jej likwidacji w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż pojęcie szkody całkowitej oraz szkody częściowej powstało w skutek praktyki ubezpieczeniowej związanej z likwidacją szkody w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Nie jest to pojęcie, które wynikałoby *stricte* z przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Definicja szkody całkowitej powinna zostać wyraźnie rozdzielona od szkody częściowej. Odróżnienie rodzaju powstałej szkody w istotny sposób wpływa na roszczenia osoby poszkodowanej oraz sposób ustalania wysokości świadczenia odszkodowawczego. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 lutego 1992 r. (sygn. akt I ACr 30/92, OSA 1993, nr 5, poz. 32) trafnie wskazano, iż szkoda częściowa ma miejsce wówczas, gdy uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości w dniu ustalenia przez zakład ubezpieczeń tego odszkodowania, natomiast szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, alby gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu w dniu likwidacji szkody.

Nie ulega wątpliwości, iż podstawą prawną kompensacji szkody całkowitej jest przepis art. 363 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, iż zasadniczo naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Wyjątkiem od tej reguły jest sytuacja, w której przywrócenie do stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty – wówczas roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu. Przesłanką niemożliwości przywrócenia do stanu poprzedniego są właśnie takie przypadki, w których powstaje obiektywna nieopłacalność dokonania naprawy pojazdu mechanicznego. W takiej sytuacji, kompensacja szkody całkowitej przez ubezpieczyciela jest ograniczona i sprowadza się do wypłaty określonej sumy pieniężnej.

Suma ta ustalana jest tzw. metodą dyferencyjną. Metoda ta polega na przyjęciu różnicy pomiędzy wartością pojazdu w stanie nieuszkodzonym a wartością pozostałości (wraku pojazdu). Tak ustalone świadczenie odszkodowawcze (oczywiście przy przyjęciu, iż wartość pojazdu nieuszkodzonego i wartość wraku są prawidłowo ustalone przez zakład ubezpieczeń) stanowi odpowiednią sumę pieniężną określoną w art. 363 § 1 zd. 2 k.c. Powyższy sposób ustalania wysokości świadczenia odszkodowawczego znalazł wyraz w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 20 lutego 2002 r. (sygn. akt V CKN 903/00, OSNC 2003, nr 1, poz. 15) skonstatowano, iż jeżeli koszt naprawy samochodu jest wyższy od jego wartości przed uszkodzeniem, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do kwoty odpowiadającej różnicy wartości samochodu sprzed i po wypadku. W przedmiotowym stanie faktycznym, będącym podstawą rozstrzygnięcia przed Sądem Najwyższym powód domagał się zasądzenia od pozwanego zakładu ubezpieczeń pełnych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu mechanicznego. W uzasadnieniu faktycznym, Sąd Najwyższy przyjął ustalenia, iż wartość rynkowa pojazdu powoda (rocznik 1991) w stanie nieuszkodzonym wyniosła 26 000 zł a pozostałość po wypadku 13 500 zł. Powód w skardze kasacyjnej domagał się kwoty 66 531 zł (opiewającej na poniesione koszty naprawy) oraz zarzucił błędną wykładnię przepisów art. 361 § 2 k.c., art. 363 § 1 k.c. oraz 822 § 2 k.c., dokonaną przez Sąd Apelacyjny, która polegała na uznaniu, że wysokość doznanej szkody przez powoda to wartość rzeczy przed uszkodzeniem pomniejszona o jej wartość po uszkodzeniu, a nie faktycznie poniesione przez powoda koszty naprawy. Sąd Najwyższy rozpatrując powyższy zarzut trafnie uznał, że wykładnia dokonana przez Sąd Apelacyjny jest uzasadniona i prawidłowa, natomiast zarzut skarżącego oparty na przepisie art. 393<sup>1</sup> pkt 2 kodeksu postępowania cywilnego ocenił jako bezzasadny. W uzasadnieniu Sąd skonstatował, iż zasada pełnego przywrócenia do stanu poprzedniego określona w przepisie art. 363 § 1 k.c. doznaje ograniczenia, np. w sytuacji, w której przywrócenie do stanu poprzedniego pociąga dla poszkodowanego nadmierne koszty. Sąd również dokonał wykładni pojęcia kosztów celowych, ekonomicznie uzasadnionych. Granicą uznania kosztów za celowe bądź uzasadnione jest wysokość kosztów naprawy w odniesieniu do wartości pojazdu w stanie sprzed szkody. Dalej w uzasadnieniu Sąd Najwyższy, powołując się na dotychczasową linię orzecniczą



**Mateusz Kościelniak**  
specjalista w Biurze Rzecznika  
Ubezpieczonych

Sądu Najwyższego dotyczącą przedmiotowej problematyki<sup>1</sup> zaznaczył jednocześnie, że w orzeczeniach tych przejawia się konstatacja, że świadczenie zobowiązanego, polegające na przywróceniu stanu poprzedniego lub zapłaceniu kwoty odpowiadającej wartości takiego przywrócenia (kosztów naprawy samochodu) nie powinno przekraczać kosztów celowych, ekonomicznie uzasadnionych. A zatem, gdy w danych okolicznościach sprawy zostanie stwierdzony brak ekonomicznego uzasadnienia naprawienia szkody we wskazanym sposób, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do innej formy odszkodowania. Polega ona na zapłaceniu kwoty wyrównującej różnicę pomiędzy wartością samochodu przed i po uszkodzeniu. W konkluzji uznano, że tak ustalone świadczenie odszkodowawcze nie stoi w sprzeczności z zasadami zawartymi w art. 361 § 2 k.c., art. 363 § 1 k.c. i art. 822 k.c.

Również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371/70, OSNC 1971, nr 5, poz. 93) wskazano, iż: „jeżeli właściciel uszkodzonego samochodu żąda przywrócenia stanu poprzedniego w postaci wyremontowania samochodu, sprawca szkody nie może mu narzucić innej formy odszkodowania, polegającej w szczególności na tym, żeby poszkodowany zlikwidował uszkodzony samochód i poprzestał na odszkodowaniu w postaci różnicy między wartością samochodu przed wypadkiem a ceną uzyskaną z likwidacji. Tylko wtedy, gdyby remont samochodu okazał się niemożliwy albo gdyby pociągał za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ograniczałoby się do drugiej formy odszkodowania”. Analogiczne tezy znajdują się również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 2003 r. (sygn. akt V CKN 308/01, LEX nr 157324), gdzie podzielono wykładnię przyjętą przez Sąd Najwyższy w wyroku wydanym w dniu 1 września 1970 r. Jako przykład orzeczeń zapadających w sądach niższej instancji można wskazać, wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 21 lutego 2008 r. (sygn. akt III Ca 89/08, niepubl.), w którym Sąd wskazał, iż: „Samochód powoda przed uszkodzeniem miał wartość 30 400 zł, zaś koszt naprawy wyniósłby 26 298,84 zł. Z zestawienia tych kwot wynika, iż koszt naprawy nie przewyższa wartości pojazdu przed uszkodzeniem. Nie mamy zatem do czynienia z tzw. szkodą całkowitą”, czy też wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 13 maja 2008 r. (sygn. akt XXIII Ga 207/08, niepubl.): „Trafnie podnosi skarżąca, iż kwestia sposobu wykorzystania przez powódkę odszkodowania nie ma żadnego znaczenia dla oceny zasadności roszczeń powódki, nie ma bowiem ona obowiązku naprawy uszkodzonego pojazdu. Celem odszkodowania jest wyrównanie uszczerbku w majątku powódki, jaki spowodował sprawca kolizji, nie zaś faktyczna naprawa pojazdu i refundacja jej kosztów, skoro żądanie powódki ma charakter pieniężny i nie domaga się ona od pozwanego by naprawił pojazd, ani nie przedstawia mu faktur za dokonaną naprawę”. Warty przytoczenia jest również wyrok Sądu Rejonowego w Łodzi – Widzew w Łodzi z dnia 28 stycznia 2008 r.<sup>2</sup>, w którym to stwierdzono, iż nieopłacalność naprawy, będąca przesłanką wystąpienia tzw. szkody całkowitej, ma miejsce wówczas, gdy jej koszt przekracza wartość pojazdu sprzed wypadku.

Chcąc ostatecznie rozstrzygnąć pojawiające się rozbieżności, Rzecznik Ubezpieczonych w dniu 6 lipca 2005 r. zwrócił się do Sądu Najwyższego z wnioskiem zawierającym pytanie o następującej treści: Czy na podstawie przepisu art. 363 § 1 k.c. za nadmierne trudności lub koszty przywrócenia stanu poprzedniego można uznać koszt naprawy uszkodzonego pojazdu, który nie jest równy lub nie przekracza 100% jego wartości sprzed szkody. W uzasadnieniu do postanowienia z dnia 12 stycznia 2006 r. (sygn. akt III CZP 76/05) Sąd Najwyższy wskazał, iż „W obowiązkowym ubezpieczeniu komunikacyjnym OC ma zastosowanie zasada pełnego odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c., a ubezpieczyciel z tytułu odpowiedzialności gwarancyjnej wypłaca poszkodowanemu świadczenie pieniężne w granicach odpowiedzialności sprawczej posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego (art. 822 § 1 k.c.). Suma pieniężna wypłacona przez zakład ubezpieczeń nie może być jednak wyższa od poniesionej szkody (art. 824<sup>1</sup> § 1 k.c.) i przede wszystkim na tym tle zachodzi potrzeba oceny, czy koszt restytucji jest dla zobowiązanego nadmierny (art. 363 § 1 zdanie drugie k.c.). Przyjmuje się, że nieopłacalność naprawy, będąca przesłanką wystąpienia tzw. szkody całkowitej, ma miejsce wówczas, gdy jej koszt przekracza wartość pojazdu sprzed wypadku. Stan majątku poszkodowanego, niezakłócony zdarzeniem ubezpieczeniowym, wyznacza bowiem rozmiar należnego odszkodowania”. Ponadto w dalszej części uzasadnienia Sąd Najwyższy jednoznacznie wskazał, iż w kwestii tzw. szkody całkowitej występuje jednolite stanowisko judykatury: „Za utrwalony należy zatem uznać pogląd, że koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.”

Jak wynika z powyższego, linia orzecznicza Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych w przedmiocie interpretacji art. 363 § 1 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. oraz pojęcia odpowiedniej sumy pieniężnej wypłacanej poszkodowanym w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych jest zasadniczo jednolita. Pomimo, iż wypracowano nie budzące wątpliwości zasady ustalania odszkodowania metodą dyferencyjną oraz ustalono przesłankę wystąpienia szkody całkowitej (koszt naprawy przekracza wartość rynkową pojazdu w stanie sprzed szkody), to w prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń postępowaniach likwidacyjnych można dostrzec różnorodne i niejednolite praktyki, które naruszają interesy prawne i ekonomiczne osób poszkodowanych.

<sup>1</sup> Wyrok SN z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371/70); wyrok SN z dnia 20 października 1972 r. (sygn. akt II CR 425/72); wyrok SN z dnia 20 kwietnia 1971 r. (sygn. akt II CR 475/70).

<sup>2</sup> Sygn. akt II C 725/06, [http://rzu.gov.pl/art-363-naprawienie-szkody/Wyrok\\_Sadu\\_Rejonowego\\_dla\\_Lodzi\\_\\_\\_\\_Widzew\\_w\\_Lodzi\\_z\\_dnia\\_28\\_stycznia\\_2008\\_roku\\_sygn\\_akt\\_II\\_C\\_725\\_06\\_niepublikowany\\_2731](http://rzu.gov.pl/art-363-naprawienie-szkody/Wyrok_Sadu_Rejonowego_dla_Lodzi____Widzew_w_Lodzi_z_dnia_28_stycznia_2008_roku_sygn_akt_II_C_725_06_niepublikowany_2731).

Rzecznik Ubezpieczonych w toku rozpatrywania indywidualnych spraw (skarg, wniosków o podjęcie interwencji), konsultacji telefonicznych i zapytań kierowanych w drodze e-mailowej dostrzegł problemy pojawiające się na etapie likwidacji szkód całkowitych w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Elementy sporne dostrzec można zarówno na początkowym etapie likwidacji szkody przy ustalaniu wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym i wysokości kosztów naprawy jak również na etapie związanym ze zbywaniem pozostałości uszkodzonego w zdarzeniu pojazdu.

Dosyć częstym problemem pojawiającym się na etapie dokonywania przez zakłady ubezpieczeń wyceny wartości pojazdu mechanicznego w stanie nieuszkodzonym jest stosowanie szerokiej gamy korekt ujemnych oraz innych potrażeń wpływających na zniżenie wartości rynkowej pojazdu. W skargach oraz zapytaniach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych poszkodowani częstokroć nie zgadzają się z wyceną wartości rynkowej pojazdu, pytając jednocześnie o zasadność stosowanych przez zakłady ubezpieczeń korekt ujemnych i ich wysokość. Na tym etapie, często pojawiają się problemy z nieuwzględnianiem przez likwidatorów szkód dodatkowego wyposażenia znajdującego się w pojeździe, błędne przyjmowanie innych modeli pojazdów do wyceny wartości pojazdu, zaniżanie wartości pojazdu. Można również spotkać się z zarzutami skarżących, iż ubezpieczyciele nie uwzględniają korekt dodatkowych pomimo, iż zaistniały przesłanki uprawniające do dokonania tego typu korekt (np. korekty dodatnie z tytułu normatywnego przebiegu). Tym samym, zakłady ubezpieczeń w wycenach pojazdów w stanie nieuszkodzonym pomijają przedmiotowe korekty dodatnie. Składając skargę do Rzecznika Ubezpieczonych osoby poszkodowane niejednokrotnie dysponują dowodami wskazującymi, iż rzeczywista wartość pojazdu uszkodzonego w kolizji jest odmienna od wartości ustalonej przez ubezpieczyciela. Przykładowo, dowodami takimi są: wyceny rzeczoznawców, wydruki z portali aukcyjnych zawierające ceny pojazdów o zbliżonych bądź analogicznych parametrach, które znajdowały się w uszkodzonym pojeździe.

Najczęściej stosowane korekty ujemne to: korekta z tytułu wcześniejszych napraw w pojeździe, korekty eksploatacyjne, korekty z tytułu importu prywatnego, korekty dotyczące daty pierwszej rejestracji, korekty ze względu na przebieg pojazdu. W ocenie zakładów ubezpieczeń, podstawą do przyjęcia wyżej wymienionych korekt jest „Instrukcja określania wartości pojazdów nr 1/2009 z dnia 12 lutego 2009 r.” (zwana dalej: Instrukcją), która to zatwierdzona została w dniu 9 grudnia 2004 r. uchwałą Prezydium Rady Naczelnej. Instrukcja ma praktyczne zastosowanie w Stowarzyszeniu Rzeczoznawców Techniki Samochodowej i Ruchu Drogowego oraz w Komputerowym Systemie INFO – EKSPERT. Zawarte w niej treści dotyczą zarówno ustalania wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym jak i wartości pozostałości uszkodzonego pojazdu mechanicznego (wraku). Wysokość poszczególnych korekt podawana jest w instrukcji widełkowo, co oznacza, iż daje to pewną możliwość oceny i swobodę decyzyjną w przedmiocie wyboru wysokości zastosowanej korekty. Dla przykładu pragnę przybliżyć instrukcję korzystania z korekty z tytułu wcześniej wykonywanych napraw powypadkowych lub eksploatacyjnych. W dokumencie wskazane jest, iż zaleca się stosować korektę z tytułu wcześniejszych napraw w granicach od – 15% do + 5%. Jak wskazane jest w przedmiotowej instrukcji, naprawy powypadkowych pojazdów, które użytkowane są krócej niż 6 lat zasadniczo powodują obniżenie ich wartości w odniesieniu do stanu sprzed naprawy, co może stanowić podstawę do stosowania ujemnej korekty wartości. Co do pojazdów starszych niż 6 lat korekty powinny być stosowane wówczas, gdy ujawnią się wady tych napraw. Ponadto, zasadniczym kryterium zasadności stosowania tej korekty powinna być analiza czy wykonana naprawa, jej zakres, poziom jakości i czas wykonania wpłynęła dodatnio lub ujemnie na wartość pojazdu przed zdarzeniem. Również w praktyce zaobserwowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych można spotkać się z korektą dotyczącą pochodzenia pojazdu (pojazdu zakupionego indywidualnie poza granicami Polski). Jak wskazuje się w przedmiotowej Instrukcji, okoliczność, iż pojazd został indywidualnie sprowadzony do Polski może wiązać się z dosyć niską wiarygodnością dokumentów pochodzenia, wysokim zagrożeniem nielegalnego pochodzenia, nieznanym charakterem wcześniejszej eksploatacji, niedookreślonym przebiegiem. Takie czynniki mogą sprawić, iż wartość rynkowa tego typu pojazdów sprowadzonych indywidualnie będzie niższa aniżeli od pojazdów zakupionych po raz pierwszy na terytorium Rzeczypospolitej. Okres czasu liczony od daty pierwszej rejestracji w Polsce stopniowo zaciera te różnice. Wysokość tej korekty jest również zakreślona widełkowo w przedziale od – 8% do 0%.

Oczywistym jest, iż bez specjalistycznej wiedzy rzeczoznawczej trudno jest określić czy w danej sprawie zastosowane przez ubezpieczyciela korekty ujemne, bądź nieuwzględnienie korekt dodatnich nastąpiło prawidłowo. Dlatego też poszkodowany, który kontestuje wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym powinien zasięgnąć opinii rzeczoznawcy samochodowego, który ustali rzeczywistą wartość pojazdu w stanie sprzed szkody i również dokona weryfikacji wyceny sporządzonej przez likwidatora działającego na zlecenie zakładu ubezpieczeń. Kontestując wyliczenie wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym sporządzone przez zakład ubezpieczeń, poszkodowany może również przedstawić ceny rynkowe (np. ceny z portali aukcyjnych) pojazdu o analogicznych, bądź tych samych parametrach.

Należy również zwrócić uwagę, iż na żądanie osób poszkodowanych zakłady ubezpieczeń powinny wskazywać na podstawy prawne i techniczne uzasadniające zastosowane korekty. Stosownie do treści przepisu art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Niewątpliwie przy ustalaniu świadczenia odszkodowawczego za pomocą metody

dyferencyjnej (przy wystąpieniu szkody całkowitej) wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym wpływa na wysokość wypłacanego przez ubezpieczyciela świadczenia odszkodowawczego w związku z czym, w myśl przepisu art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń powinien uzasadnić wyliczenie wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym, w szczególności poprzez podanie podstaw technicznych uzasadniających wysokość zastosowanych korekt ujemnych, czy też dla nieuwzględnienia korekt dodatnich w dokonywanej wycenie.

Kolejne elementy problematyczne pojawiające się w toku likwidacji szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych związane są z szacowaniem wysokości kosztów naprawy. Jak już uprzednio wskazano, wysokość kosztów naprawy przekraczająca wartość pojazdu nieuszkodzonego stanowi przesłankę do określenia w pojeździe tzw. szkody całkowitej. W toku analizowanych skarg na niektóre zakłady ubezpieczeń, Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegł 2 rodzaje praktyk: po pierwsze, odmawianie pokrycia kosztów naprawy osobom poszkodowanym w sytuacji, gdy koszty te nie przekraczają wartości pojazdu według stanu sprzed wypadku; po drugie, przyjmowanie przy sporządzaniu wyceny szkody całkowitej cen części oraz stawek za roboczogodzinę według wartości maksymalnych a po zdecydowaniu się poszkodowanych na naprawę, ustalanie wysokości szkody w oparciu o ceny stawek zaniżonych (przyjmowanie niskich stawek za roboczogodzinę, zamienników, potrąceń amortyzacyjnych).

Na podstawie prowadzonych postępowań skargowych oraz korespondencji, Rzecznik Ubezpieczonych również zdiagnozował, iż niektórzy ubezpieczyciele przyjęli model postępowania, w którym szkody kwalifikowane są jako całkowite w sytuacji, kiedy koszty naprawy nie przekraczają wartości pojazdu sprzed szkody w związku z likwidacją szkody w ramach ubezpieczenia OC sprawcy kolizji drogowej.

Praktyka działań podejmowanych przez ubezpieczycieli w trakcie rozpatrywania roszczeń zgłoszonych przez poszkodowanych konsumentów sprowadza się do tego, iż po ustaleniu, że maksymalne koszty naprawy uszkodzonego pojazdu w wyniku przeprowadzonej analizy kosztów wynoszą ok. 70 – 80% wartości pojazdu sprzed szkody, dokonywane są rozliczenia szkody analogiczną metodą jak w przypadku szkody całkowitej, tzn. poszkodowanemu wypłacana jest różnica pomiędzy wartością pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wartością wraku (pozostałości) pojazdu. Zakłady ubezpieczeń w uzasadnieniu swoich stanowisk stwierdzają np. że ustalona wysokość kosztów naprawy pojazdu (które w żaden sposób nie przekraczają wartości pojazdu sprzed szkody) jest wyłącznie kwotą szacunkową, która podczas demontażu poszczególnych elementów i ujawnieniu dodatkowych uszkodzeń może wzrosnąć, podwyższając dodatkowe ustalone szacunkowe koszty naprawy.

W ocenie niektórych z ubezpieczycieli takie domniemanie, nie poparte jakimkolwiek dowodem uzasadnia dokonanie rozliczenia szkody metodą różnicową (dyferencyjną) analogicznie jak w przypadku szkody całkowitej. Rzecznik Ubezpieczonych spotkał się również z następującą argumentacją jednego z największych zakładów ubezpieczeń. Argument ten polega na hipotetycznym założeniu, iż w sytuacji kiedy poszkodowany otrzymałby odszkodowanie za koszt naprawy np. w wysokości 70%, a nie naprawiając pojazdu sprzedałby go w stanie uszkodzonym np. za 54% wartości pojazdu sprzed szkody, to uzyskałby w sumie odszkodowanie w wysokości 124% wartości pojazdu. Tym samym, nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie poszkodowanego, ponieważ uzyskałby on odszkodowanie wyższe od poniesionej szkody, gdyż odszkodowanie z tytułu kosztów naprawy oraz kwoty uzyskanej ze sprzedaży przewyższałoby wartość pojazdu w stanie sprzed szkody. Dodatkowo, Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował praktyki, w których ubezpieczyciele przeliczają na osoby poszkodowane obowiązek przeprowadzenia z należytą starannością postępowania likwidacyjnego, ponieważ uzależniają dopłatę świadczenia odszkodowawczego od następujących warunków: dokonania faktycznej naprawy pojazdu, udokumentowania poniesionych kosztów fakturami, bądź rachunkami a także przedstawienia pojazdu do oględzin po dokonanej naprawie.

Wyżej opisane działanie, polegające na odmowie wypłaty pełnego kosztu naprawy w sytuacji, w której koszt ten nie przewyższa wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym, pozostaje w sprzeczności z dotychczas wypracowaną linią interpretacyjną Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych, która jednoznacznie wskazuje, iż za nadmierne należy uznawać tylko te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości pojazdu sprzed szkody.

Przedstawione na początku niniejszego opracowania orzeczenia jednoznacznie wskazują więc, iż brak jest podstaw prawnych do przyjęcia, aby koszty naprawy przekraczające określony procent wartości pojazdu sprzed szkody, nie większy aniżeli 100%, stanowiły koszt nadmierny lub też skutkujący wystąpieniem trudności w przywróceniu stanu sprzed wypadku. Stosowanie przesłanki nadmiernych kosztów w sytuacji, gdy koszty te nie przekraczają 100% wartości pojazdu (wysokość kosztów naprawy wynosiłaby 70%, 80%) jest nieprawidłowe. W takiej sytuacji rozliczenie szkody metodą różnicową, która jest możliwa do zastosowania tylko i wyłącznie w przypadku szkody całkowitej, prowadzi do zaniżenia kwoty odszkodowania wypłacanego poszkodowanemu.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego jest uzależnianie wypłaty odszkodowania w wysokości określonej w kosztorysie naprawy od spełnienia warunku dokonania naprawy pojazdu oraz udokumentowania tej naprawy fakturą. Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z treścią art. 363 § 1 k.c. to wyłącznie do poszkodowanego należy wybór sposobu naprawienia szkody, który może domagać się jej naprawienia poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Skoro odszkodowanie następuje poprzez zapłatę określonej kwoty pieniężnej, to sposób w jaki poszkodowany zadysponuje otrzymanymi środkami pieniężnymi zależy tylko i wyłącznie od jego woli. Poszkodowany otrzymane odszko-

dowanie przeznaczyć może zarówno na naprawę uszkodzonego pojazdu, jak również na zakup innego pojazdu, czy też przeznaczyć na dowolny inny cel. Uprawnienie zatem do wyboru sposobu naprawienia szkody należy tylko i wyłącznie do poszkodowanego. Uprawnienie to obejmuje również możliwość podjęcia decyzji o niewykonaniu naprawy. Przyjęcie za właściwe tak ustalonego stanowiska mogłoby prowadzić do sytuacji, w której poszkodowani nie otrzymaliby kwoty odszkodowania w wysokości umożliwiającej naprawę pojazdu, jeżeli nie zdecydowaliby się na jego naprawę. Chcąc uzyskać kwotę pełnego odszkodowania, poszkodowani konsumenci byłiby zmuszani do zlecenia wykonania naprawy. Tym samym naruszone zostałoby uprawnienie poszkodowanego wynikające *expressis verbis* z treści art. 363 § 1 k.c. – poszkodowanemu przysługuje prawo wyboru sposobu naprawienia szkody. Z drugiej strony, gdyby poszkodowany nie zdecydował się na naprawę pojazdu, to nie otrzymałby kwoty odszkodowania pokrywającego całość strat w jego majątku.

Poszkodowany nie jest zobowiązany do zaaprobowania formy odszkodowania, która jest korzystniejsza ekonomicznie dla zakładu ubezpieczeń, co jednoznacznie stwierdził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 1 września 1970 r. (sygn. akt II CR 371/70). W tym samym orzeczeniu SN podkreślił, iż w sytuacji, kiedy właściciel uszkodzonego pojazdu żąda przywrócenia stanu poprzedniego, sprawca szkody, czy też zakład ubezpieczeń nie może mu narzucić innej formy odszkodowania, polegającej na tym, żeby poszkodowany zlikwidował uszkodzony samochód i poprzestał na odszkodowaniu w postaci różnicy między wartością pojazdu przed wypadkiem, a ceną uzyskaną z likwidacji.

Kolejną zaobserwowaną praktyką pojawiającą się w postępowaniach likwidacyjnych prowadzonych przez niektóre występujące na rynku zakłady ubezpieczeń jest przyjmowanie w kosztorysach naprawczych (sporządzonych w programie Audatex, Eurotax) najwyższych, bądź maksymalnych stawek ASO dla zawyżenia kosztów naprawy i orzeczenia szkody całkowitej. Takie działanie uwidacznia się szczególnie w przypadku, gdy poszkodowani dokonują naprawy pojazdu (mimo zakwalifikowania przez zakłady ubezpieczeń szkody jako całkowitej) a koszty naprawy w konsekwencji okazują się niższe od wstępnie ustalonych przez ubezpieczyciela. Rodzi się zatem pytanie dlaczego w przypadku powstania w pojeździe szkody częściowej (wysokość odszkodowania oparta jest na cenach części zamiennych, amortyzacji, przyjęciu najniższych kosztów naprawy) nie stosuje się takich samych kryteriów jak przy ustalaniu kosztów naprawy, kiedy szkodę kwalifikuje się jako całkowitą (ceny części oryginalnych bez jakichkolwiek potrąceń amortyzacyjnych, maksymalne ceny usług za roboczo-godzinę w ASO). Rzecznik Ubezpieczonych nie zdiagnozował dotychczas przyczyny odmiennej interpretacji przepisów art. 361 oraz 363 k.c. w zależności od okoliczności, czy dana szkoda będzie kwalifikowana jako częściowa czy całkowita. Taka praktyka być może wynika z porównania dwóch kosztorysów i wyboru opcji najkorzystniejszej ekonomicznej dla ubezpieczyciela. Wówczas, gdy przewidywane koszty naprawy mogą kwalifikować szkodę jako całkowitą poszkodowanym przedstawiane są kosztorysy naprawy w których zawarte są: ceny zakupu nowych części bez potrąceń amortyzacyjnych (dla szkody częściowej byłyby to natomiast ceny części alternatywnych wraz z potrąceniami amortyzacyjnymi); części oryginalne wyprodukowane przez producenta pojazdu; ceny usług za naprawę pojazdu ustalone w oparciu o stawki określone przez autoryzowane stacje obsługi pojazdu (odmiennie niż rozliczenie szkody częściowej).

Jako przykład wyżej opisanego sposobu działania pragnę przytoczyć jedną ze spraw prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych w ramach tzw. postępowania skargowego. W przedmiotowym stanie faktycznym, ubezpieczyciel uznał, iż naprawa pojazdu jest nieuzasadniona ekonomicznie ponieważ koszty naprawy wynoszą 6 737 zł a wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym oszacowano na 9 100 zł. Następnie wypłacono świadczenie odszkodowawcze w wysokości odpowiadającej różnicy pomiędzy kwotą 9 100 zł a 6 737 zł. Następnie poszkodowany odwołał się od pierwotnego wyliczenia. Na skutek wniesionego pisma, zakład ubezpieczeń przedstawił w swoim stanowisku dwie kalkulacje: tzw. „pomocniczą” (przy zastosowaniu stawek za roboczo-godzinę 60 zł oraz cen części zamiennych w postaci urealnienia cen części do 50%), która to opiewała na kwotę 3 643, 35 zł oraz „zasadniczą” (pierwotną, która została oszacowana metodą dyferencją z uwagi na powstałą – zdaniem zakładu ubezpieczeń – ekonomiczną nieopłacalność naprawy) opiewającą na kwotę 3 500 zł. W swoim stanowisku ubezpieczyciel uznał za zasadną dopłatę odszkodowania w kwocie 1 099,77 zł.

Tytułem innego przykładu, pragnę wskazać na stan faktyczny, w którym zakład ubezpieczeń oszacował pierwotnie koszty naprawy na kwotę 6 622 zł a wartość pojazdu nieuszkodzonego na kwotę 8 700 zł. Pomimo, iż wyliczone koszty naprawy nie przekraczały wartości pojazdu przed powstaniem szkody uznano, iż nastąpiła szkoda całkowita i odszkodowanie ustalone zostanie metodą dyferencyjną. Po wniesionej przez poszkodowanego skardze oraz podjętej przez Rzecznika Ubezpieczonych interwencji, Zakład Ubezpieczeń zmienił kwalifikację szkody całkowitej w pojeździe na szkodę częściową z zastrzeżeniem, że koszty naprawy wynoszą 3 378,77 zł, bowiem zastosowano potrącenie amortyzacyjne w wysokości 50%.

Kolejne nieprawidłowości Rzecznik Ubezpieczonych dostrzegł w obszarze ustalania wartości uszkodzonego pojazdu (wraku) oraz kwestii związanych ze zbywaniem tych pozostałości. Osoby poszkodowane niejednokrotnie zarzucają ubezpieczycielom, iż przy ustalaniu wartości wraku przyjmowany jest w kosztorysach naprawy tzw. „współczynnik ekspercki”. Co do zasady, współczynnik ten powinien wynosić neutralne 1,0. Jednakże, specjalistyczny program służący do wyceny wartości pozostałości umożliwia osobie sporządzającej wycenę dokonanie korekty współczynnikiem eksperckim. Należy pamiętać, iż każde odstępstwo od neutralnej wartości przedmiotowej współczynnika (1,0) powinno być uzasadnione. Ubezpieczyciel również powinien udowodnić i uzasadnić konieczność zastosowania współczynnika w proponowanej wysokości. Należy pamiętać, iż zgodnie z treścią art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z fak-

tu tego wywodzi skutki prawne. Osoby poszkodowane, które nie zgadzają się z wyceną wartości pozostałości mogą na każdym etapie postępowania likwidacyjnego zasięgnąć opinii niezależnego rzeczoznawcy. Na podstawie zebranej dokumentacji bądź oględzin pojazdu, rzeczoznawca sporządzi własną wycenę, która zweryfikuje ustalenia poczynione przez zakład ubezpieczeń w toku postępowania likwidacyjnego.

Warto również wskazać na problematyczne kwestie, które związane są ze zbywaniem uszkodzonego w wyniku kolizji pojazdu. Uzasadnione wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych budzi następująca praktyka niektórych zakładów ubezpieczeń: poszkodowanemu przedstawiany jest kosztorys, w którym widnieje adnotacja, iż wartość pozostałości wynosi np. 4 600 zł natomiast wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym wynosi np. 10 000 zł. Szacowane koszty naprawy przekraczają wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym, w związku z czym, poszkodowanemu powinno zostać wypłacone odszkodowanie w wysokości 5 400 zł. Jednakże wraz z kosztorysem ubezpieczyciel proponuje, iż pozostałość pojazdu mechanicznego może zostać zbyta za kwotę np. 6 600 zł, bowiem taka oferta została złożona przez oferenta. W kwocie tej zawiera się marża zakładu ubezpieczeń np. 1 000 zł, więc cena netto uzyskana ze sprzedaży wynosi 5 600 zł. Przy przyjęciu takiej wartości odszkodowanie powinno zostać wypłacone w kwocie 3 400 zł. Cena, którą uzyska poszkodowany ze sprzedaży wynosić będzie 5 600 zł (bowiem odliczona będzie marża zakładu ubezpieczeń). Jeżeli poszkodowany zgodziłby się na taką procedurę to otrzymałby w ostateczności świadczenie odszkodowawcze w wysokości 9 000 zł. Na sumę tę składa się kwota 3 400 zł (świadczenie obliczone metodą dyferencyjną) oraz 5 600 zł (cena uzyskana ze sprzedaży po odliczeniu marży zakładu ubezpieczeń). Zaobserwować można również bardziej niekorzystne dla poszkodowanych praktyki, w których to do wyliczenia odszkodowania ubezpieczyciele przyjmują zawyżoną cenę zbycia zaoferowaną przez podmiot zewnętrzny (z nałożoną marżą zakładu) a gdy poszkodowany decyduje się na zbycie to transakcja nie zostaje realizowana ze względu na nagłą rezygnację potencjalnego kupca. W takim przypadku, poszkodowany otrzymuje zaniżone świadczenie odszkodowawcze, bowiem do ustalania odszkodowania brana jest pod uwagę zawyżona wartość pozostałości – cena proponowana przez oferenta a nie niższa wartość, która widnieje w kosztorysie). Pozostaje również zobowiązany we własnym zakresie do zbycia pojazdu.

Jeżeli chodzi o kwestię zbywania pozostałości pojazdu mechanicznego to należy zwrócić uwagę na normę art. 3 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66). Zgodnie z tym przepisem, czynnościami ubezpieczeniowymi są również: przejmowanie i zbywanie przedmiotów lub praw nabytych przez zakład ubezpieczeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej. W związku z powyższym, przepis uprawnia zakład ubezpieczeń do zbycia uszkodzonego pojazdu mechanicznego, jednakże nie nakłada na niego tego obowiązku. Dlatego też, w świetle powyższego przepisu, poszkodowany może zwrócić się do zakładu ubezpieczeń o współdziałanie w zakresie sprzedaży wraku, zakład ubezpieczeń może złożyć ofertę o przejęciu przedmiotu, jednakże nie ma takiego obowiązku.

W praktyce, często zdarzają się sytuacje, w których wartość pozostałości ustalona przez ubezpieczyciela jest odmienna aniżeli cena uzyskana przez poszkodowanego ze sprzedaży uszkodzonego pojazdu. Przykładowo, wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym oszacowana przez zakład ubezpieczeń wynosi 4 500 zł a poszkodowany ma realną możliwość zbycia wraku za kwotę 2 000 zł (np. najwyżej uzyskana oferta na portalu aukcyjnym). W takim stanie faktycznym, poszkodowany powinien uprzednio dokonać próby sprzedaży wraku po cenie ustalonej przez ubezpieczyciela. Poszkodowany powinien wówczas wystawić uszkodzony pojazd np. na aukcji internetowej na zwyczajowo przyjęty okres czasu (np. 10 dni) po cenie ustalonej przez ubezpieczyciela, bądź zwrócić się do zakładu ubezpieczeń o znalezienie nabywcy. Jeżeli poszkodowany nie dokonał zbycia po tak ustalonej cenie, bądź zakład ubezpieczeń nie znajdzie nabywcy a poszkodowany znalazłby jednak nabywcę uszkodzonego pojazdu lecz nie uzyskałby ceny oferowanej i zaakceptowanej przez ubezpieczyciela, ma on prawo przedłożenia umowy sprzedaży i żądania wyrównania różnicy między szacunkową wyceną uszkodzonego pojazdu a wartością uzyskaną w wyniku sprzedaży. Oczywiście takie roszczenie będzie zasadne w sytuacji, gdy zgodnie z art. 6 k.c. poszkodowany przedstawi dowody, iż nie doszło do zbycia pozostałości pojazdu po cenie zaakceptowanej przez ubezpieczyciela. Takimi dowodami mogą być np. ogłoszenie w prasie lub portalu internetowym, na które sprzedający nie otrzymał żadnej oferty kupna lub otrzymał, ale po cenie niższej niż ustalonej przez ubezpieczyciela.

Rozważyć również należy sytuację, w której pojazd jest tak zniszczony, iż niemożliwym jest jego zbycie np. pojazd stał sprasowany, spalony. Gdy poszkodowany wykaże, iż pozostałość pojazdu mechanicznego wynosi 0 zł, wrak pojazdu nie nadaje się do sprzedaży i jakiegokolwiek eksploatacji to wówczas powinien żądać pełnej kompensaty szkody. Nie można mówić w takim przypadku o rozliczeniu odszkodowania metodą różnicową a świadczenie odszkodowawcze powinno odpowiadać wartości pojazdu w stanie sprzed szkody. Niejednokrotnie zdarza się, że interpretacja ubezpieczycieli bywa w tym zakresie odmienna. Ponadto, poszkodowany, który dokonał zełomowania pozostałości może wystąpić z roszczeniem o zwrot kosztów poniesionych tytułem recyklingu uszkodzonego pojazdu. Należy pamiętać, iż zgodnie z przepisem art. 361 k.c., zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W tych granicach, w razie braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby

mu szkody nie wyrządzono. Normalnym następstwem zdarzenia jest w takim przypadku koszt związany z koniecznością dokonania zezłomowania pozostałości pojazdu mechanicznego.

Często w zapytaniach e-mailowych bądź telefonicznych poszkodowani konsumenci pytają o zasadność roszczeń związanych z wyrejestrowaniem, zbyciem uszkodzonego pojazdu mechanicznego a także nabyciem nowego pojazdu mechanicznego i kosztów z tym związanych (np. koszty zarejestrowania, ubezpieczenia, koszty kredytu). Oceniając zasadność tych roszczeń należy mieć na względzie zakres obowiązkowej kompensacji szkody dokonywanej przez ubezpieczyciela sprawcy szkody oraz granice pojęcia adekwatnego związku przyczynowo–skutkowego. Bez żadnych wątpliwości należy uznać, iż koszty związane z wyrejestrowaniem uszkodzonego pojazdu mechanicznego powinny podlegać refundacji przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Koszty te bowiem są naturalną konsekwencją zdarzenia i wynikają z utraty możliwości korzystania z uszkodzonego pojazdu mechanicznego. Daleko idące wątpliwości natomiast budzi zasadność roszczeń o zwrot dodatkowych kosztów związanych z nabyciem nowego pojazdu (np. koszty ubezpieczenia, koszty kredytu zaciągniętego na nabycie nowego pojazdu, zarejestrowania nowego). Należy przyjąć, iż koszty te nie stanowią normalnych następstw zdarzenia i mieszczą się poza adekwatnym związkiem przyczynowo–skutkowym określonym w art. 361 k.c. Oczywiście można teoretycznie rozważać sytuację, w której posiadacz korzystał z pojazdu mechanicznego o charakterystycznych cechach (np. pojazd kolekcjonerski o rzadko spotykanych parametrach i marce) i pojazd ten uległ zniszczeniu w taki sposób, że koszty naprawy uzasadniają wystąpienie szkody całkowitej. Powstaje więc pytanie, czy koszty związane z nabyciem nowego pojazdu o podobnej klasie i parametrach (np. koszty transportu związane z poszukiwaniem pojazdu w sytuacji, gdy pojazd można nabyć wyłącznie za granicą) podlegałyby wówczas refundacji z ubezpieczenia OC sprawcy szkody. Odnosząc się do oceny zasadności tego typu roszczenia należałoby przyjąć, iż w polskim reżimie odpowiedzialności cywilnej brak jest możliwości uwzględnienia w wypłacanej sumie pieniężnej przez ubezpieczyciela tzw. *pretium affectionis* (wartość związana ze szczególnym upodobaniem do rzeczy, wartość kolekcjonerska, które występuje we francuskim prawie prywatnym). Zdaniem doktryny prawniczej, koszty wynikające z utraty wartości kolekcjonerskiej danej rzeczy oraz koszty związane z nabyciem analogicznej rzeczy nie mieszczą się w zakresie odpowiedzialności cywilnej osoby zobowiązanej do naprawienia szkody.

Oceniając staranność ubezpieczyciela w przedmiocie szacowania wartości przyjętych do ustalania szkody całkowitej oraz współdziałania w zakresie sprzedaży pozostałości należy mieć na względzie przepis art. 355 § 2 k.c. a także normę art. 354 k.c. Pierwsza z wyżej wymienionych norm dotyczy oceny miernika staranności zakładu ubezpieczeń oraz stanowi, iż należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Natomiast przepis art. 354 k.c. określa zasadę współdziałania dłużnika z wierzycielem oraz zobowiązuje dłużnika do wykonania zobowiązania zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno–gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. Jeżeli zatem ubezpieczyciel w toku likwidacji szkody całkowitej z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych dopuszcza się jednej z wyżej opisanych nieprawidłowości dotyczących wyliczenia wartości pojazdu w stanie nieuszkodzonym, wartości pozostałości to narusza normy przewidziane w art. 355 § 2 k.c. oraz art. 354 k.c., bowiem nie dochowuje należytej staranności oraz narusza zasadę współdziałania dłużnika z wierzycielem.

Reasumując pragnę wskazać, iż poszkodowanemu, podejmującemu działania w celu obrony swoich praw majątkowych naruszonych przez praktyki ubezpieczycieli przysługują określone środki działania. Podważając wyliczenia dokonane przez ubezpieczyciela w kosztorysie naprawczym poszkodowany zawsze może zasięgnąć wiedzy eksperckiej i zlecić niezależnemu rzeczoznawcy sporządzenie ekspertyzy. Ekspertyza taka pomaga zweryfikować ustalenia poczynione przez likwidatora działającego dla danego zakładu ubezpieczeń, np. pomocna będzie w ustaleniu rzeczywistych kosztów naprawy pojazdu mechanicznego wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym, wartość pozostałości. W toku postępowania likwidacyjnego i ewentualnego postępowania sądowego stanowi ona dowód z dokumentu prywatnego. Zgodnie z treścią art. 245 k.p.c., dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Jednakże twierdzenia poszkodowanego zawsze powinny być należycie udowodnione. Zgodnie bowiem z treścią art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c. strony są zobowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Poszkodowany celem dochodzenia swoich praw może skorzystać również z pomocy uprawnionych do tego instytucji. W celu dochodzenia roszczeń poszkodowany może podjąć następujące czynności: złożyć skargę do Rzecznika Ubezpieczonych; skierować sprawę do Sądu Polubownego działającego przy Rzeczniku Ubezpieczonych; złożyć skargę do Komisji Nadzoru Finansowego; złożyć zawiadomienie do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o podejrzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Należy pamiętać, iż krąg podmiotowy osób uprawnionych do złożenia przedmiotowego powiadomienia jest nieograniczony. Zgodnie bowiem z treścią art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r., nr 50, poz. 331 z późn. zm.), każdy może zgłosić Prezesowi UOKiK na piśmie zawiadomienie dotyczące podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Oczywiście, działania te realizowane są na etapie przedsądowym. Niezależnie od możliwości skorzystania z powyższych instrumentów poszkodowany zawsze może zaangażować się w spór z ubezpieczycielem na drodze postępowania cywilnego i wytoczyć powództwo przed sąd powszechny właściwy w zależności od wartości przedmiotu sporu podanego w treści pozwu.

# Wybrane problemy zakładów ubezpieczeń w świadczeniu usług za pomocą środków porozumiewania się na odległość z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych

Do obowiązków Rzecznika Ubezpieczonych, które określone zostały w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.), należy reprezentowanie interesów osób ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Bazując na informacjach zgromadzonym dzięki skargom na działania ubezpieczycieli, prowadzonego poradnictwa za pomocą poczty elektronicznej oraz dyżurów telefonicznych, Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Prezesa Polskiej Izby Ubezpieczeń prezentując dostrzeżone problemy w działalności niektórych zakładów ubezpieczeń. Problemy zdiagnozowane przez Rzecznika dotyczą jakości czynności podejmowanych przez zakłady ubezpieczeń w toku rozmów telefonicznych zarówno z potencjalnymi klientami jak i osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń.

Na wstępie należy podkreślić, że w przekonaniu Rzecznika Ubezpieczonych umożliwienie konsumentom kontaktu za pomocą środków porozumiewania się na odległość (w szczególności telefonu, poczty elektronicznej) jest w obecnej rzeczywistości rynkowej tyleż konieczne ile oczywiste. Wyrazem tego przekonania jest m.in. możliwie szeroko zakrojona działalność Biura Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz osób poszukujących rozwiązania swoich problemów związanych z ubezpieczeniami właśnie za pośrednictwem poradnictwa mailowego, dyżurów telefonicznych (pełnionych przez ekspertów w zakresie ubezpieczeń) czy nieustannie rozbudowywanej witryny internetowej [www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl)

Nie budzi wątpliwości, że prowadzenie obsługi klienta za pomocą połączeń telefonicznych niesie ze sobą wymierne korzyści dla zakładów ubezpieczeń, a także dla klientów, którzy uzyskują możliwość szybszego niż drogą pisemną dostępu do informacji. Pozytywnie bowiem należy ocenić możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia w drodze rozmowy telefonicznej. Podobnie z dużą nadzieją można spoglądać na potencjał kryjący się w organizowanych procedurach uproszczonej likwidacji szkód z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.

Trudności związane z organizacją pracy tak, aby umożliwić potrzebującym kontakt za pośrednictwem linii telefonicznych są zrozumiałe m.in. z uwagi na wiele płaszczyzn problemu. Tym niemniej nie zwalania to zakładów ubezpieczeń z obowiązku dochowania należytej staranności w zakresie prawidłowego zorganizowania systemu oraz (co zapewne trudniejsze, a jednocześnie nawet ważniejsze) w należywym wyszkoleniu kadry pracowniczej, która ten system obsługuje.

Należy zwrócić uwagę na ogromną rolę, którą pracownicy zakładów ubezpieczeń kontaktujący się z klientami telefonicznie mają do spełnienia. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych ci właśnie pracownicy często stanowią o odbiorze społecznym zakładu ubezpieczeń, dodatkowo gdy konsumenci nie mając pełnej wiedzy na temat przepisów powszechnie obowiązującego prawa (co, niestety, nie jest rzadkie), a nawet treści zawartej umowy ubezpieczenia (nie wspominając już o szczegółowej wiedzy na temat implikacji poszczególnych postanowień umownych np. rozliczenia kosztów naprawy z uwzględnieniem amortyzacji czy z potrąceniem franszyz w majątkowych umowach ubezpieczenia) zmuszeni są zaufać kompetencji, merytorycznej wiedzy i uczciwości pracowników zakładów ubezpieczeń. Niestety jak pokazuje doświadczenie, nie zawsze zaufanie to okazuje się być trafnie ulokowane.

Oczywiście poniższe uwagi nie pretendują do tego by stanowić opisanie całości zjawiska, a jedynie wskazują na pewne niepokojące trendy, które zostały zdiagnozowane w toku działań Rzecznika Ubezpieczonych.

W celu syntetycznego ujęcia tematu wyodrębniam pięć najistotniejszych kategorii problemów zdiagnozowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w obrębie jakości obsługi konsumentów za pomocą linii telefonicznych.

1. Jako pierwszą kategorię należy wskazać na niewystarczające przygotowanie merytoryczne pracowników zakładów ubezpieczeń obsługujących infolinię, callcenter.

Często zdarza się, że pracownik infolinii nie dysponuje odpowiednią wiedzą zarówno na temat etapu likwidacji szkody, przyczyn jak i podstaw prawnych dotyczących ustalenia wysokości odszkodowania czy kosztów naprawy. Zmuszony zatem jest prowadzić rozmowę wyłącznie w oparciu o często szczątkowe informacje udostępnione przez pracownika merytorycznie opracowującego szkodę oraz bazując na przygotowanym skrypcie rozmowy. Wynika to oczywiście z przyjętej polityki centralizacji likwidacji szkód oraz uniemożliwienia poszkodowanym kontaktu z likwidatorem. W konsekwencji większość szczegółowych pytań zbywana jest informacją, że na bardziej drobiazgowo i precyzyjne pytania



**Marcin Bielecki**  
specjalista w Biurze Rzecznika  
Ubezpieczonych

odpowiedzi może udzielić jedynie likwidator, który do poszkodowanego oddzwoni. Niestety, nagminnie obietnice te nie są dotrzymywane pomimo wielokrotnego zapewniania poszkodowanych, że likwidator oddzwoni i wyjaśni wszelkie wątpliwości. Często zdarza się, że ustalana jest z klientem data i pora, w której likwidator oddzwoni, co samo w sobie należałoby ocenić pozytywnie, gdyby nie ignorowanie tych ustaleń przez pracowników zakładów ubezpieczeń. Znane są również przypadki, w których poszkodowany oczekując na ważną dla niego rozmowę z kompetentnym pracownikiem zakładu ubezpieczeń i licząc na uzyskanie kompleksowych wyjaśnień zmieniał swoje plany rezygnując np. z zaplanowanego wyjazdu czy innych czynności, aby do rozmowy się przygotować i móc ją w spokoju przeprowadzić. Tym bardziej zrozumiałe jest rozgoryczenie poszkodowanego i jego negatywna ocena działań zakładu ubezpieczeń, gdy w takich sytuacjach deklarowana rozmowa nie odbywa się z przyczyn zależnych wyłącznie od ubezpieczyciela.

Na powyższe nakłada się również okoliczność, iż często poszkodowany telefonujący w związku z tą samą szkodą niemal zawsze rozmawia z inną osobą. Co gorsza zdarza się, że informacje i wyjaśnienia udzielane przez różne osoby pracujące na infolinii zakładu ubezpieczeń różnią się pomiędzy sobą pomimo tego samego stanu faktycznego. Deinformowanie klienta lub niedoinformowanie pracownika zakładu ubezpieczeń istotnie podważa zaufanie do zakładu ubezpieczeń, gdy np. na przestrzeni dwóch dni uzyskuje radykalnie inne informacje dotyczące jego obowiązków, uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia czy też wysokości należnego odszkodowania. Jako przykład można przywołać poszkodowanych, którzy wykupili ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą na okres wyjazdu turystycznego. W sytuacji, gdy potrzebowali skorzystać z pomocy medycznej za granicą, ubezpieczeni byli przez infolinię błędnie zapewniani o możliwości, wynikającej z umowy ubezpieczenia, bezpłatnego korzystania z usług tamtejszej służby zdrowia podczas gdy umowa jasno określała, że obowiązki zakładu ubezpieczeń ograniczają się do zwrotu poniesionych kosztów. Ubezpieczeni ufając informacjom uzyskanym bezpośrednio od ubezpieczyciela korzystali z niezbędnych zabiegów medycznych, by przekonać się, że placówka medyczna po wykonaniu zabiegów uniemożliwia im opuszczenie szpitala, gdyż żadne porozumienie o płatności nie było przez polskiego ubezpieczyciela ze szpitalem zawarte. Ubezpieczeni zmuszeni więc byli do przeznaczania własnych środków na zapłatę lub do podpisania zobowiązania o zapłacie za usługi medyczne. Innym przykładem może być informowanie poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym o tym, że zakład ubezpieczeń uzyska od Policji kopię notatki z miejsca zdarzenia, a w następnej rozmowie przerzucanie tego obowiązku na poszkodowanego.

Szczególnie bulwersujące są przypadki dezinformowania ubezpieczających o skuteczności wypowiedzenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych składanego za pomocą korespondencji e-mail czy faksu (podczas, gdy zgodnie z art. 78 k.c. nie da się obronić tezy, iż tak złożone oświadczenie woli jest równoważne z użyciem formy pisemnej – o ile nie jest opatrzone tzw. kwalifikowanym podpisem elektronicznym w korespondencji prowadzonej za pomocą poczty elektronicznej). W konsekwencji ubezpieczyciele po zawarciu nowej umowy zgodnie z treścią art. 28 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.) występują do tego klienta domagając się zapłaty składki z tytułu automatycznie zawartej nowej umowy ubezpieczenia argumentując, iż wypowiedzenie nie spełniło warunków wskazanych w art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK w zakresie dochowania formy pisemnej wypowiedzenia.

Z informacji przekazywanych przez konsumentów korzystających z pomocy Rzecznika Ubezpieczonych wyłania się również obraz dysproporcji w zakresie wykonywania obowiązków informacyjnych zakładu ubezpieczeń i uprawnionych do otrzymania świadczeń na niekorzyść tych ostatnich. Nader często pracownicy zakładu ubezpieczeń pomijają fakt, iż zarówno z art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) jak i art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK jednoznacznie wynika, iż jest obowiązkiem zakładu ubezpieczeń ustalenie okoliczności zdarzenia, z którego ma wynikać uprawnienie do otrzymania świadczenia, a także że do obowiązków zakładu ubezpieczeń należy dokonanie merytorycznej oceny w zakresie zasadności kierowanych roszczeń. Natomiast poszkodowani są często informowani m.in., że ustawowy termin na likwidację szkody to 90 dni (a nie 30 dni, o których mówią ustawy) lub, że to obowiązkiem poszkodowanego jest przedstawienie i uzgodnienie kosztorysu naprawy uszkodzonego pojazdu. Niestety, zdarza się również, że pomimo informacji, że każda rozmowa z konsultantem jest nagrywana, zakłady ubezpieczeń odmawiają udostępniania kopii nagrań tych rozmów argumentując, że nagrywane są losowo wybrane rozmowy lub awarią systemu właśnie w czasie tej konkretnej rozmowy, bądź co do zasady kwestionując uprawnienie ubezpieczonych bądź ubezpieczających do uzyskania tego rodzaju dowodów.

**2.** Drugą kategorią problemów związanych z obsługą telefoniczną zdiagnozowaną przez Rzecznika Ubezpieczonych są problemy wynikające zapewne z błędów informatycznego systemu wsparcia konsultantów. Jako typowe problemy wskazać tu można długi czas oczekiwania na połączenie (bez informacji ile chociażby orientacyjnie oczekiwanie może potrwać), brak możliwości zostawienia prośby o oddzwonienie (co już nie stanowi problemu gdy rozmowa ma dotyczyć zawarcia umowy ubezpieczenia), po uzyskaniu połączenia wielokrotne przetaczanie pomiędzy osobami/działami, rozłączenie się gdy zadawane pytania wykraczają poza zakres skryptu opracowanego dla konsultantów telefonicznych,

bardzo duża rotacja konsultantów, opieszałość w odpowiedzi na zgłoszone przez poszkodowanych lub ubezpieczających odwołania, reklamacje, skargi, a w niektórych zakładach ubezpieczeń brak możliwości zgłoszenia roszczenia w weekendy, czy też powszechny problem braku możliwości połączenia z przełożonym pracownikiem zakładu ubezpieczeń jeżeli dzwoniący ma krytyczne uwagi odnośnie jakości pracy pracownika zakładu ubezpieczeń.

3. Poza zarzutami dotyczącymi merytorycznego przygotowania pracowników zakładów ubezpieczeń wyróżnić należy niewystarczające przygotowanie w zakresie umiejętności interpersonalnych (tzw. miękkich kompetencji). Powtarzającymi się zarzutami są, arogancja konsultantów, niesłuchanie uwag swoich rozmówców, (nieprzewidzianych w skrypcie rozmowy). Powszechne jest odczucie dzwoniących, że są niechcianym petentem, a nie klientem potrzebującym rzeczowej informacji i, z uwagi na pośredni charakter kontaktu, podwyższonej jakości obsługi. Zdarza się, że informacja o planach złożenia skargi na formę wypowiedzi i jakość pracy konsultanta kwitowana jest następująco: „Może Pan/Pani sobie pisać gdzie Pan/Pani uważa i tak to nic nie zmieni. A w sądzie i tak nic mi Pan/Pani nie udowodni!”.

Ostatnie dwie kategorie problemów wyróżnionych przez Rzecznik Ubezpieczonych dotyczą rozmów przeprowadzanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w toku likwidacji zaistniałych szkód majątkowych.

4. Powtarzającym się problemem zdiagnozowanym przez Rzecznika jest zawieranie umów ubezpieczenia (w szczególności obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych) w toku rozmowy telefonicznej z konsumentami nieświadomymi, iż przepisy powszechnie obowiązującego prawa dopuszczają możliwość skutecznego zawarcia umowy ubezpieczenia w trakcie rozmowy telefonicznej, bez składania własnoręcznego podpisu na umowie przez obie strony oraz, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń może się rozpocząć przed zapłatą chociażby pierwszej raty składki. Co gorsza zdarza się, że konsumenci są wprost wprowadzani w błąd poprzez informowanie ich przez pracowników zakładów ubezpieczeń, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się najwcześniej w chwili otrzymania co najmniej pierwszej raty składki oraz odmawiając wydania dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia przed zapłatą składki.

Na tle powyższych uchybień w toku zawierania umów ubezpieczenia za mniej dotkliwe (tym niemniej w żadnej mierze niedopuszczalne) należy uznać pomijanie w toku rozmów telefonicznych informacji o przyjętych założeniach mających wpływ na wysokość składki oraz likwidację potencjalnej szkody. Chodzi tu w szczególności o minimalizowanie znaczenia lub nawet pomijanie w rozmowie faktu, iż dobrowolna umowa ubezpieczenia zawiera klauzule ograniczające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń takie jak udziały własne czy rozliczenie szkody częściowej wyłącznie w oparciu o ceny części zamiennych.

Niestety, często spotykane jest również udzielanie błędnych informacji co do rzeczywistego zakresu umowy ubezpieczenia, tj. nakreślenie szerszego niż w rzeczywistości zakresu ochrony w tym np. dotyczącego zwrotu kosztów holowania, podczas gdy usługa holowania jest możliwa tylko w ramach ubezpieczenia assistance albo udzielana jest nieprawdziwa informacja o zakresie ubezpieczenia w tzw. wariantie mini casco (z reguły dotyczącym kradzieży i zniszczenia, ale czasami pojawiły się informacje o możliwości rozliczeń szkód częściowych). Zważywszy na fakt, że często (niestety) klient swoją wiedzę czerpie przede wszystkim z informacji udzielanych przez pracownika zakładu ubezpieczeń niezmiernie istotne jest prawidłowe i precyzyjne informowanie go o treści umowy, która ma być zawarta.

Dodatkowo Rzecznik Ubezpieczonych pragnie wskazać, że niemalże nagminnie zakłady ubezpieczeń w części tylko spełniają swoje obowiązki informacyjne, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 1–5 oraz pkt 9 ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz. U. z 2000 r., nr 22, poz. 271 z późn. zm.). W szczególności dotyczy to informacji o 30-dniowym okresie, w którym konsument może skorzystać ze swojego prawa do odstąpienia od umowy oraz o sposobie wykorzystania tego uprawnienia. Na marginesie tylko wypada zauważyć, że przewidzianą przez ustawodawcę konsekwencją uchybienia obowiązkowi, o których mowa m.in. w art. 16b ust. 1 jest uprawnienie konsumenta do odstąpienia od umowy w każdym czasie bez konieczności ponoszenia kosztów należnych ubezpieczycielowi<sup>1</sup>.

5. Odnośnie rozmów telefonicznych przeprowadzanych w toku likwidacji szkody zauważyć należy, że wiele spośród nieprawidłowości, na które wskazano powyżej ze szczególną częstotliwością ujawnia się właśnie na etapie likwidacji szkody. Dotyczy to zarówno problemów z kategorii niewystarczającego przygotowania merytorycznego pracowników, kłopotów z umiejętnościami interpersonalnymi (opisywane wrażenie arogancji najczęściej przez skarżących jest przywoływane właśnie w kontekście rozmów prowadzonych w związku z likwidacją szkód), czy niewłaściwie działającego informatycznego systemu wsparcia.

Dodatkowo często przekazywana jest ubezpieczonemu informacja, że naprawa serwisowa jest tą, przy realizacji której nie stosuje się udziałów własnych i fransyz lub też pomijana jest przez konsultanta informacja o udziale własnym,

<sup>1</sup> Por. art. 16d ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny.

co w praktyce jest bardzo istotną informacją w przypadku, gdy klient ma możliwość wyboru pomiędzy naprawą realizowaną w serwisie sieci ASO, a naprawą w warsztacie niezależnym.

Poważne obawy Rzecznika Ubezpieczonych budzi również praktyka takiego opracowywania skryptu rozmów, aby uzyskać odpowiedzi niekorzystne dla poszkodowanych. Jako przykład można przywołać klientów zgłaszających zalania domów w związku z powodzią, z którymi rozmowa była tak ukierunkowywana, aby padło stwierdzenie, że nie mogą wykluczyć, iż szkoda była spowodowana podsiąkaniem wód gruntowych, które to zjawisko było wyłączone w o.w.u. z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Opisywane problemy budzą obawę, że niekorzystny stan rzeczy zaczyna być przez klientów zakładów ubezpieczeń traktowany jako utrwalony i normalny. Wskazuje na to m.in. fakt, iż pomimo wagi, mnogości oraz dokuczliwości opisywanych problemów relatywnie rzadko zdarza się, aby osoby zwracające się o pomoc Rzecznika Ubezpieczonych wskazywały na te kwestie jako jedyny powód kontaktu z Rzecznikiem. Najczęściej kwestie te opisywane są jako uboczne problemy wobec zasadniczych zarzutów kierowanych wobec działań zakładów ubezpieczeń.

W mojej ocenie, nawet tak pokrótce zarysowane problemy ukazują poważne trudności zakładów ubezpieczeń w należytej organizacji obsługi klientów za pomocą środków porozumiewania się na odległość. W pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że problemy te trapią całą branżę, co odbywa się ze szkodą dla potencjalnych klientów, osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, ubezpieczonych oraz samych zakładów ubezpieczeń, które zdecydowały się na ten model działalności. W konsekwencji przekłada się to na negatywny wizerunek całej branży i środowiska ubezpieczeniowego. W moim przekonaniu prawidłowe działanie zakładów ubezpieczeń oraz wyższy poziom kompetencji pracowników zakładów ubezpieczeń leży w dobrze rozumianym interesie wszystkich zainteresowanych, w tym oczywiście zakładów ubezpieczeń oraz ubezpieczających i ubezpieczonych, których dobro leży szczególnie na względzie Rzecznika.

# Problem świadomości ubezpieczeniowej przedsiębiorców i jej skutki związane z umową ubezpieczenia małych i średnich przedsiębiorców (MiŚ)

Najistotniejszą częścią składową każdego stosunku ubezpieczenia jest realizacja praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Istotą ubezpieczenia jest to, że ma ono zagwarantować każdej jednostce, która z niego korzysta, zaspokojenie potrzeb wywołanych przez zdarzenia losowe. Chodzi jednak o to, aby potrzeby te były pokryte możliwie szybko od chwili ich powstania i w takiej wysokości, żeby (ubezpieczony) poszkodowany był przekonany, iż otrzymał od zakładu ubezpieczeń wszystko, co mu się należy z tytułu zawartej z nim umowy ubezpieczenia, w każdym konkretnym przypadku.

Problem w tym, że w obecnym systemie ekonomiczno-gospodarczym, z punktu widzenia ubezpieczycieli, ubezpieczenie jest postrzegane przede wszystkim jako produkt, którego sprzedaż ma przede wszystkim służyć maksymalizacji zysków, przez co funkcja ochronna umowy ubezpieczenia ulega stopniowej deprecjacji.

Działalność gospodarcza, jak każde działanie człowieka, niesie ze sobą ryzyko zajścia nieprzewidzianych zdarzeń losowych, których skutki mogą zachwiać stabilność finansową przedsiębiorstwa oraz zaważyć o jego bycie.

Na ryzyko wystąpienia zdarzeń losowych narażone są przede wszystkim: majątek firmy, jej pozycja finansowa, pracownicy oraz środki niematerialne, np. bazy danych, patenty, znak firmowy, reputacja.

W Polsce jest około 3,6 mln podmiotów gospodarczych, z czego firmy prywatne stanowią ponad 96%. Przedmiot działalności większości z nich jest związany z handlem, transportem, budownictwem, obsługą nieruchomości i firm. Firmy te zazwyczaj prowadzone przez osoby fizyczne (80% przedsiębiorstw) mają ogromne znaczenie dla gospodarki państwa, gdyż oprócz wpływu na PKB, napędzania gospodarki, współtworzą również rynek pracy, zatrudniając ok. 3,2–3,5 mln osób, co stanowi blisko 20% zatrudnionych w gospodarce (przeciętnie 2 osoby w przedsiębiorstwie)<sup>1</sup>.

Tak duży rynek potencjalnych klientów, nie mógł ująć uwadze ubezpieczycielom działającym na terenie RP. Stąd też ubezpieczyciele, w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, oferują szeroki wybór ubezpieczeń, adresowanych do klientów prowadzących działalność gospodarczą w ramach małych i średnich przedsiębiorstw (MiŚ).

Ubezpieczenie MiŚ należy do kategorii ubezpieczeń dobrowolnych, których adresatem są przedsiębiorcy działający w obszarze małych i średnich przedsiębiorstw. Oznacza to, że osoba prowadząca działalność gospodarczą, poszukująca zabezpieczenia majątkowego w postaci ochrony ubezpieczeniowej, nie ma obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. Korzysta natomiast ze swobody wyboru ubezpieczeń. Należy również pamiętać, iż dobrowolność umowy ubezpieczenia działa w obie strony, więc także ubezpieczyciel nie ma obowiązku jej zawarcia w przypadku, gdy ocena ryzyka związana z daną umową jest negatywna. Zawarcie takiej umowy ma ten skutek, iż jej treść, od momentu sfinalizowania staje się prawem dla stron umowy.

W związku z powyższym, dla satysfakcji z dokonanego wyboru ubezpieczenia istotne znaczenie ma wiedza – świadomość co do potencjalnych ryzyk (zagrożeń) oraz korzyści jakie niesie ze sobą zawarcie umowy ubezpieczenia. Dlatego też doniosłe znaczenie rzutujące w swych konsekwencjach na przyszłość, ma wstępna analiza potrzeb ubezpieczonego i odpowiadający im zakres świadczonej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Wybór właściwego ubezpieczenia (ubezpieczyciela) pozwoli bowiem w przyszłości uniknąć rozczarowania zakupionym ubezpieczeniem.

Z doświadczeń Rzecznika Ubezpieczonych na tym tle, wynika, że zdecydowanie lepiej z doбором „uszytego na miarę” ubezpieczenia jak również jego realizacją radzą sobie duże przedsiębiorstwa. Należy bowiem zdać sobie sprawę, że inaczej przedstawia się sytuacja małych i średnich przedsiębiorstw, a inaczej dużych, jeśli chodzi o pozycję wobec ubezpieczyciela. Z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych nie ma równości, czego dowodzi analiza spraw skargowych i postępowań interwencyjnych, źródłem których jest spór toczony pomiędzy stronami umów ubezpieczeń.

Do końca września 2011 r. do Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 992 skargi dotyczące umów ubezpieczeń małych i średnich przedsiębiorstw. W przeważającej większości sprawy sporne dotyczą odpowiedzialności cywilnej z tytułu deliktu oraz kontraktu. Na dzień dzisiejszy rozpatrzonych zostało 549 skarg, z czego 121 pozytywnie, a 428 negatywnie. Pozostałe 443 sprawy są jeszcze w toku postępowań.



**Cezary Orłowski**  
główny specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> Raport o stanie sektora małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce w latach 2005-2006, PARP 2007.

Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych głównie dotyczą odmowy wypłaty odszkodowania oraz zaniżenia odszkodowania.

Zasadniczo znaczna większość skarg pochodzi od osób poszkodowanych, którym przedsiębiorca wyrządził szkodę. Jednakże skarżą się także sami przedsiębiorcy – zwykle mali, którzy jako ubezpieczający są stronami umów ubezpieczeń.

Natomiast duże podmioty, mające co do zasady większe możliwości finansowe, korzystają z usług brokerów i kancelarii prawnych wyspecjalizowanych w prawie ubezpieczeniowym, co pozwala im – już na etapie zawierania umów ubezpieczeń – uniknąć problemów mogących powstać w przyszłości. W rezultacie liczba skarg od dużych podmiotów jest stosunkowo niewielka.

Mały przedsiębiorca postępuje podobnie jak konsument, dokonuje wyboru ubezpieczenia często poprzez pryzmat oferty cenowej – składki, nie analizuje dogłębnie, bądź też wcale zakresu umowy ubezpieczenia ani wyłączeń odpowiedzialności.

Stąd też główne problemy jakie dostrzega Rzecznik Ubezpieczonych często dotyczą sytuacji związanych z nieprawidłowym przebiegiem procesu zawierania umowy, np. niewłaściwe określenie potrzeb przez ubezpieczającego (jego świadomość co do potencjalnych zagrożeń) i związany z tym faktem nieadekwatny do ryzyka ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej, źle dobrana – nieodpowiednia konstrukcja dodatkowych klauzul umownych.

Mali przedsiębiorcy często nie są świadomi, że zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej głównie zależy od odpowiedniej konfiguracji ubezpieczenia, którą ustala ubezpieczający poprzez wybór najbardziej korzystnego dla niego, pod względem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wariantu ubezpieczenia (np. podstawowy, rozszerzony) lub odpowiedniego doboru klauzul umownych (klauzule dodatkowe). **Inaczej mówiąc, kształt umowy ubezpieczenia uzależniony jest od adekwatnej do charakteru prowadzonej działalności konfiguracji zakresu udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Można także powiedzieć, że w przypadku umowy ubezpieczenia małych i średnich przedsiębiorstw konfiguracja zakresu ochrony przypomina konstrukcję z klocków.**

Dlatego też analizując wszystkie przypadki skarg dotyczących ubezpieczeń małych i średnich przedsiębiorstw można wysnuć wniosek, że nie ma równości pomiędzy małymi a dużymi przedsiębiorcami w kwestii dotyczącej zawierania umów, jak również ich realizacji.

Gotowe umowy ubezpieczeń dla małych i średnich przedsiębiorstw cechuje wąska ochrona: szeroki zakres wyłączeń, franszyzy i udziały własne.

W większości produktów ubezpieczeniowych tego rodzaju ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w szerszym zakresie dla reżimu odpowiedzialności deliktowej niż kontraktowej. Oznacza to, że ubezpieczyciele odpowiadają w większości przypadków za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej niezwiązanej z podmiotem ubezpieczonym żadną umową. Natomiast w drugim przypadku, gdy do szkody doszło w skutek niewykonania, bądź nienależytego wykonania umowy zakres ochrony jest bądź wyłączony albo mocno ograniczony. Regułą jest w danym przypadku rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej dopiero po wykupie za dodatkową opłatą klauzul umownych dopuszczających możliwość ochrony ubezpieczeniowej z tego tytułu.

### **Czy wobec tego mali przedsiębiorcy są zdani tylko i wyłącznie na siebie? Co zatem muszą zrobić aby uniknąć problemów związanych z realizacją umowy ubezpieczenia?**

Najlepszym rozwiązaniem wydaje się korzystanie z profesjonalnej wiedzy doradczej, jak np. usług brokerskich bądź „rodzinnego” prawnika. Z uwagi jednak na związany z tym dodatkowy koszt, dobrym rozwiązaniem jest uważna analiza o.w.u. jeszcze przed zawarciem umowy, w tym w szczególności poznanie zakresu udzielanej ochrony, wyłączeń oraz klauzul dodatkowych. Jeżeli na tym etapie pojawiają się wątpliwości, wówczas należy pytać pośrednika ubezpieczeniowego, bądź przedstawiciela ubezpieczyciela o właściwą dla danego charakteru prowadzonej działalności ochronę ubezpieczeniową i jakie, w związku z tym, klauzule umowne powinny zostać dobrane.

W kwestiach wątpliwości interpretacyjnych istnieje możliwość skorzystania z materiałów informacyjno-edukacyjnych znajdujących się na stronie internetowej Biura Rzecznika Ubezpieczonych [www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl) oraz zwrócenia się o pomoc w formie pytań kierowanych na adres mailowy [biuro@rzu.gov.pl](mailto:biuro@rzu.gov.pl).

## A może ubezpieczenie na wypadek „zmarowanego urlopu”?

Z produktów dostępnych na rynku ubezpieczeniowym wymienić możemy wiele produktów, tj. ubezpieczenie NNW (następstw nieszczęśliwych wypadków), KLZ (kosztów leczenia za granicą), assistance (różnorodnych pomocowych czynności na rzecz poszkodowanego i jego bliskich), kosztów akcji ratowniczej i poszukiwawczej, OC (odpowiedzialności cywilnej), i coraz częściej ubezpieczenia sprzętu, bagażu oraz ubezpieczenia kosztów rezygnacji i wcześniejszego powrotu z wyjazdu. Oferty dla wypoczywających osób zazwyczaj konstruowane są w formie pakietowej, tzn. różne ubezpieczenia powiązane z wyjazdem wypoczynkowym zamieszczone są w ramach jednej kompleksowej umowy ubezpieczenia (tzw. pakiecie ubezpieczeń turystycznych). Żaden z powyższych produktów nie przewiduje jednak rekompensaty szkody z tytułu zmarowanego urlopu, czyli szkody niematerialnej poniesionej przez podróżnego w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania przez organizatora turystyki umowy o podróż.

W sytuacji, gdy okaże się, że impreza turystyczna nie powiedzie się z przyczyn zależnych od organizatora, klientom przysługuje zwrot kosztów poniesionych w związku z tą imprezą. Aby zapewnić wypłacalność organizatorów turystyki i pośredników ubezpieczeniowych w sytuacji, gdy impreza turystyczna nie powiedzie się z przyczyn zależnych od organizatora, mają oni obowiązek, na cały okres wykonywania swojej działalności zawrzeć umowę gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej. Zwrot kosztów w ramach powyższych gwarancji przysługuje na wypadek niewykonania zobowiązań umownych lub niezapewnienia klientom powrotu do kraju wbrew obowiązкови wynikającemu z umowy.

Zgodnie bowiem z art. 5 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2004 r., nr 223, poz. 2268), dalej: u.u.t.: „Przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych oraz pośredniczenia na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych jest obowiązany: zapewnić klientom, na wypadek swojej niewypłacalności: pokrycie kosztów powrotu klientów z imprezy turystycznej do miejsca wyjazdu lub planowanego powrotu z imprezy turystycznej w wypadku, gdy organizator turystyki lub pośrednik turystyczny wbrew obowiązкови nie zapewnia tego powrotu, a także zapewnić klientom zwrot wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną w wypadku, gdy z przyczyn dotyczących organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego oraz osób, które działają w ich imieniu impreza turystyczna nie zostanie zrealizowana, a także zapewnić klientom zwrot części wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną, odpowiadającą części imprezy turystycznej, która nie zostanie zrealizowana z przyczyn dotyczących organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego oraz osób, które działają w ich imieniu, przez:

- a) zawarcie umowy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej, lub
- b) zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz klientów, lub
- c) przyjmowanie wpłat klientów wyłącznie na rachunek powierniczy, jeżeli wykonuje usługi turystyczne wyłącznie na terenie kraju i złoży marszałкови województwa oświadczenie o przyjmowaniu wpłat na rachunek powierniczy;

Obowiązek posiadania gwarancji lub umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 2, dotyczy całego okresu wykonywania działalności”.

Umowa ubezpieczenia, o której mowa wyżej przewiduje natomiast zwrot:

- „1) kosztów powrotu klientów z imprezy turystycznej do miejsca wyjazdu lub planowanego powrotu z imprezy turystycznej w wypadku, gdy organizator turystyki lub pośrednik turystyczny wbrew obowiązкови nie zapewnia tego powrotu;
- 2) zwrotu wpłat wniesionych przez klientów tytułem zapłaty za imprezę turystyczną w wypadku, gdy z przyczyn dotyczących organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego oraz osób, które działają w ich imieniu, impreza turystyczna nie zostanie zrealizowana;
- 3) zwrotu części wpłat wniesionych przez klientów tytułem zapłaty za imprezę turystyczną, odpowiadającą części imprezy turystycznej, która nie została zrealizowana z przyczyn dotyczących organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego oraz osób, które działają w ich imieniu”<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz klientów w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych, w ramach umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej przez organizatora turystyki (Dz. U. z 2010 r., nr 252, poz. 1690).



**Urszula Borowiecka**  
specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

Trzeba zaznaczyć, że powyższe rozwiązania w postaci umowy ubezpieczenia, gwarancji ubezpieczeniowych, bądź bankowych dotyczą jedynie zabezpieczenia finansowego klientów na skutek strat materialnych. Nie można natomiast na ich podstawie dochodzić roszczeń ze względu na straty niematerialne, moralne powstałe na skutek nieudanej podróży z winy organizatora.

Najnowsze tendencje zarówno w prawie wspólnotowym, jak i polskim, prowadzą jednak w kierunku, by brać pod uwagę także uszczerbek niematerialny powstały na skutek niewywiązania się ze zobowiązań umownych organizatorów wyjazdów turystycznych. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w art. 5 ust. 1 i 2 dyrektywy nr 90/314 z dnia 13 czerwca 1990 r. w sprawie zorganizowanych podróży, wakacji i wycieczek<sup>2</sup> implementowanej przez Polskę ustawą z dnia 8 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym, ustawy o wyższych szkołach zawodowych, ustawy o transporcie kolejowym i ustawy o usługach turystycznych oraz ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o ustroju sądów powszechnych i ustawy o działach administracji rządowej – w związku z dostosowywaniem do prawa unii europejskiej<sup>3</sup>. Jako odpowiednik do art. 5 ust. 1 i 2 ww. dyrektywy w polskim ustawodawstwie traktować można art. 11a u.u.t., który statuuje odpowiedzialność organizatora imprezy turystycznej (podróży) za szkody wyrządzone klientowi (konsumentowi) w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

Na mocy bowiem art. 11a ust. 1 i 2 u.u.t. „1. Organizator turystyki odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy o świadczenie usług turystycznych, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest spowodowane wyłącznie:

- 1) działaniem lub zaniechaniem klienta;
- 2) działaniem lub zaniechaniem osób trzecich, nieuczestniczących w wykonywaniu usług przewidzianych w umowie, jeżeli tych działań lub zaniechań nie można było przewidzieć ani uniknąć, albo
- 3) siłą wyższą.

2. Wyłączenie odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, w przypadkach wymienionych w ust. 1, nie zwalnia organizatora turystyki od obowiązku udzielenia w czasie trwania imprezy turystycznej pomocy poszkodowanemu klientowi”.

Wydaje się, że aktualne tendencje orzecznicze w omawianym zakresie zapoczątkował Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który w odpowiedzi na pytanie prejudycjalne zadane przez Sąd Okręgowy w Linzu (Austria) – „Czy art. 5 dyrektywy 90/314 powinien być wykładany w ten sposób, że pojęciem szkody należy obejmować także uszczerbek niemajątkowy w postaci utraty przyjemności z wypoczynku (the loss of enjoyment of the holiday)?”, podkreślił, że wspomniany art. 5 dyrektywy 90/314 „co do zasady przyznaje konsumentowi prawo do odszkodowania za uszczerbek niemajątkowy poniesiony na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez organizatora imprezy turystycznej”.

Trybunał Sprawiedliwości UE, co niezwykle istotne, podkreślił również, że podstawowym bodźcem pobudzającym konsumenta do korzystania z imprezy turystycznej jest osiągnięcie korzyści niematerialnej (przyjemności wypoczynku, spokoju, relaksu, poczucia komfortu itp.); nieuzyskanie jej na skutek zaniedbań organizatora, a więc utrata przyjemności (zmarowanie urlopu) jest często jedynym uszczerbkiem poniesionym przez konsumenta.

Tropem Trybunału Sprawiedliwości ostatnio podążył również nasz rodzimy Sąd Najwyższy, który w uchwale z dnia 19 listopada 2010 r. (sygn akt III CZP 79/10, LEX nr 612168) wyraźnie stwierdził, że „Przepis art. 11a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2004 r., nr 223, poz. 2268 ze zm.) może być podstawą odpowiedzialności organizatora turystyki za szkodę niemajątkową klienta w postaci tzw. zmarnowanego urlopu”, dzięki czemu, szerzej otworzył drzwi do dochodzenia swoich roszczeń klientom niezadowolonym z przebiegu wyjazdu turystycznego.

W uzasadnieniu do powyższej uchwały Sąd stwierdza, że „Niematerialny charakter szkody w postaci „zmarnowanego urlopu” nie może budzić wątpliwości, gdyż (...) w majątku poszkodowanego nie dochodzi z tego tytułu do jakiegokolwiek uszczerbku; jest poza tym oczywiste, że przyjemność oczekiwana w związku z podróżą (urlopem), a nieuzyskana w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania zawartej umowy, pozostaje wyłącznie w sferze wrażeń i uczuć, jest więc zjawiskiem czysto psychicznym, pozbawionym elementu majątkowego lub komercyjnego (...)”. Sąd wyjaśnia, że „pojęcie „zmarnowany urlop” (wasted holiday) zwięźle oddaje istotę szkody polegającej na utracie oczekiwanych w związku z zawarciem umowy przyjemnych przeżyć, wiązanych najczęściej z podróżą relaksem i wypoczynkiem”.

<sup>2</sup> Dz. Urz. L 158, 23/06/1990 P.0059.

<sup>3</sup> Dz. U. nr 122, poz. 1314.

Nawiasem mówiąc, Sąd Najwyższy podkreślił, że „Możliwość przyznania zadośćuczynienia w ramach odpowiedzialności *ex contractu* została odjęta, współcześnie jest to bowiem możliwe wyłącznie w ramach reżimu odpowiedzialności deliktowej (art. 445 i 448 k.c.)<sup>4</sup>.

Uchwała, o której mowa oparta została o następujący stan faktyczny (nie jest to oczywiście jedyny przypadek, kiedy impreza zakończyła się w podobny sposób, dlatego omawiany problem wydaje się być w tym kontekście dość istotny). Powodowie brali udział w imprezie turystycznej w Egipcie, w Sharm El Sheikh. Wycieczka kosztowała 1 890 zł od osoby i trwała 7 dni. Uczestnicy imprezy mieli mieszkać w pokoju dwuosobowym w czterogwiazdkowym hotelu. Oferta przewidywała również pełne wyżywienie. Na miejscu miał być zapewniony polskojęzyczny rezydent. Po przybyciu do Egiptu okazało się, że miejsce w oferowanym hotelu nie zostało zarezerwowane, natomiast próby kontaktu z rezydentem się nie powiodły. Po kilkugodzinnym oczekiwaniu zakwaterowano powodów w innym, gorszym hotelu, w pokoju przeznaczonym dla pracowników obsługi. Pokój położony był w piwnicy, brudny i zagrzybiony z niewymienioną pościelą. Następnego dnia, powodowie zostali przeniesieni do innego pokoju w tym samym hotelu, co prawda, spełniał on wynikające z umowy standardy, jednak oprócz powodów w pokoju zakwaterowana była inna para odbywająca podróż poślubną. W pomieszczeniu znajdowało się jedno duże podwójne łóżko, kanapa i dostawka. Z zeznań powodów wynika, że powodowie i ich współmieszkańcy zmuszeni byli uzgadniać pory pobytu w pokoju, czuli się zdenerwowani i skrępowani. Dopiero trzy dni przed zakończeniem imprezy powodowie doczekali się pokoju, w którym standard był zgodny z wykupioną przez nich ofertą.

Z podobnymi sytuacjami mamy ostatnimi czasy do czynienia stosunkowo często. Czasami bowiem Biura Podróży nie wywiązują się ze swoich zobowiązań wobec klientów, proponując im w zamian bonusy w postaci – przykładowo – bonów o wartości 150 euro, co wydaje się być w zaistniałej sytuacji, delikatnie mówiąc, niestosowne, a także nieadekwatne do odczuwanego dyskomfortu. Powyższa uchwała z pewnością wyeliminuje takie działania, umiejscowiła bowiem „zmarowany urlop” w obszarze rozważań prawnych, tym samym nadając mu rangę problemu, który warto szerzej rozważyć.

Analizując dostępne na rynku produkty ubezpieczeniowe, widoczne są już tendencje idące w opisywanym wyżej kierunku. Namiastką ubezpieczenia z tytułu „zmarowanego urlopu” może być przykładowo ubezpieczenie wyjazdów narciarskich, przewidujące zwrot kosztów ski-passów w przypadku ich niewykorzystania z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. W grę wchodzi tutaj warunki pogodowe (brak śniegu), które powodują zamknięcie tras narciarskich i uniemożliwiają wykorzystanie urlopu w zamierzonym celu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się w takim wypadku wypłacić odszkodowanie w formie ryczałtu, biorąc jedynie pod uwagę ilość „zmarowanych” dni.

Na tle powyższych rozważań nasuwa się więc konkluzja, że odszkodowanie z tytułu zmarowanego urlopu już mamy, może teraz warto zastanowić się nad zagospodarowaniem kolejnego pola dla działalności ubezpieczeniowej przez wprowadzenie do oferty zakładów ubezpieczeń produktu jakim będzie ubezpieczenie na wypadek zmarowanego urlopu.

---

<sup>4</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 r. (sygn. akt I CSK 372/10, LEX nr 927833).

# Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Polska Izba Ubezpieczeń

W niniejszym opracowaniu postaramy się w sposób przystępny przedstawić rys historyczny, rolę, zadania oraz cele instytucji rynku ubezpieczeniowego jaką jest Polska Izba Ubezpieczeń. Opracowanie to jest kolejnym z cyklu publikacji przedstawiających w „Monitorze Ubezpieczeniowym” instytucje polskiego rynku ubezpieczeniowego.

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

Samorząd ubezpieczycieli został powołany do życia przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1990 r., gdzie w art. 86 możemy przeczytać, że „Ubezpieczyciele mogą się zrzeszać w Izbie Ubezpieczeń”. Statut Izby Ubezpieczeń określał szczegółowe zadania i zasady Izby, jej organy, tryb ich powoływania, zakres działania oraz zasady gospodarki finansowej. Do zadań Izby należało w szczególności opiniowanie aktów prawnych dotyczących ubezpieczeń, wnioskowanie o podjęcie przez Ministra Finansów działań w zakresie gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń, reprezentowanie interesów gospodarczych członków Izby oraz podejmowanie działań mających na celu ochronę tych interesów oraz realizowanie innych zadań wynikających z przepisów szczególnych. Działalność Izby Ubezpieczeń finansowana była przez ubezpieczycieli – członków Izby. W początkowym okresie działalności Izby, kierowana była ona przez Krzysztofa Jasińskiego (18.10.1990 – 09.12.1991), Janusza Baranowskiego (09.12.1991 – 19.10.1992), Krzysztofa Jarmuszczaka (19.10.1992 – 06.07.1993), Andrzeja Wojtyńskiego (06.07.1993 – 27.06.1994).

W 1994 r. kierownictwo Izby przejął Jerzy Wysocki, który przewodniczył jej do 2006 r. W 1995 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 1995 r., nr 96, poz. 478), a w niej dość istotne zmiany dotyczące funkcjonowania ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego. Zgodnie z nowymi przepisami zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tworzą ubezpieczeniowy samorząd gospodarczy, funkcjonujący pod nazwą Polska Izba Ubezpieczeń. Przynależność do Izby była obowiązkowa i powstawała z chwilą podjęcia przez zakład ubezpieczeń działalności ubezpieczeniowej. Organami Izby były zebranie przedstawicieli, zarząd, komisja rewizyjna oraz inne organy, o których stanowił statut. Statut określał w szczególności: nazwę Izby i jej siedzibę; zadania Izby oraz sposoby i formy ich realizacji; organy Izby, zakres ich uprawnień oraz tryb wyboru; sposób nabywania i utraty członkostwa Izby; zasady gospodarki finansowej.

Zakłady ubezpieczeń opłacały składki członkowskie w wysokości określonej w statucie.

Do zadań Izby należało w szczególności reprezentowanie zakładów ubezpieczeń wobec organów władzy i administracji państwowej oraz podejmowanie działań w celu ochrony ich interesów, wyrażanie opinii o projektach aktów prawnych dotyczących działalności ubezpieczeniowej oraz współdziałanie na wniosek właściwych podmiotów przy ich opracowywaniu, współdziałanie z organem nadzoru ubezpieczeniowego w zakresie wynikającym z przepisów ustawy, współdziałanie z organizacjami i stowarzyszeniami krajowymi i zagranicznymi w zakresie ubezpieczeń, stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między członkami Izby, kształtowanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej w działalności ubezpieczeniowej, sprawowanie pieczy nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji na rynku ubezpieczeniowym.

Majątek Izby powstawał ze składek członkowskich, wpisowego, dotacji, darowizn, spadków, zapisów, dochodów z majątku Izby oraz dochodów z działalności gospodarczej w ramach powołanego przez siebie podmiotu gospodarczego. Dochód z działalności służył do realizacji zadań statutowych i nie mógł być przeznaczony do podziału między jej członków.

W przyjętym 22 maja 2003 r. pakiecie ustaw ubezpieczeniowych, konkretnie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, w rozdziale 13, przedstawiono zasady funkcjonowania ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego. Przepisy te, zmienione od tamtego czasu w niewielkim tylko stopniu, funkcjonują do dnia dzisiejszego. We wspomnianym rozdziale 13 możemy przeczytać między innymi, że krajowe zakłady ubezpieczeń i zagraniczne zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tworzą ubezpieczeniowy samorząd gospodarczy. Polska Izba Ubezpieczeń, jest organizacją ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego, reprezentującą zakłady ubezpieczeń, które z mocy ustawy są członkami Izby, działającej na rzecz rozwiązywania problemów rynku ubezpieczeń w Rzeczypospolitej Polskiej. Izba reprezentuje również zakłady reasekuracji. Członkostwo w Izbie jest obowiązkowe i powstaje z chwilą podjęcia przez zakład ubezpieczeń działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Członkami Izby, na zasadzie dobrowolności, mogą być zakłady reasekuracji.

Członkostwo w Izbie ustaje z chwilą podjęcia uchwały o likwidacji dobrowolnej lub z chwilą, gdy decyzja o likwidacji przymusowej stała się prawomocna.



**Piotr Budzianowski**  
starszy specjalista w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

Organami Izby są:

- Walne Zgromadzenie Polskiej Izby Ubezpieczeń;
- Zarząd Polskiej Izby Ubezpieczeń, składający się z Prezesa Zarządu, który jest Prezesem Izby, i z pozostałych członków Zarządu, w tym Wiceprezesów, których liczbę określa statut Izby;
- Komisja Rewizyjna Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Kadencja Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Komisji Rewizyjnej Izby nie może być dłuższa niż 4 lata.

Statut Izby i jego zmiany są uchwalane przez Walne Zgromadzenie Izby bezwzględną większością głosów przy obecności co najmniej połowy uprawnionych do głosowania.

Statut Izby określa w szczególności:

- nazwę Izby i jej siedzibę;
- zadania Izby i formy ich realizacji;
- zakres uprawnień organów Izby oraz tryb ich wyboru;
- prawa i obowiązki członków Izby;
- zasady gospodarki finansowej Izby oraz zasady wykonywania działalności gospodarczej;
- strukturę organizacyjną Izby.

Podstawowymi zadaniami Izby jest reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom rynku ubezpieczeń, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności ubezpieczeniowej.

Do zadań Izby należy w szczególności:

- reprezentowanie członków Izby wobec organów władzy publicznej oraz podejmowanie działań w celu ochrony ich interesów;
- wyrażanie opinii o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące działalności ubezpieczeniowej, lub z nią związane, i współdziałanie na wniosek przy ich opracowywaniu;
- reprezentowanie członków Izby w międzynarodowych organizacjach ubezpieczeniowych;
- współdziałanie z organizacjami, stowarzyszeniami i instytucjami krajowymi i zagranicznymi w zakresie ubezpieczeń;
- inicjowanie i wykonywanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ubezpieczeń oraz współpraca w zakresie szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr ubezpieczeniowych;
- pozyskiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie informacji o funkcjonowaniu rynków ubezpieczeniowych w kraju i za granicą oraz opracowywanie na ich podstawie i udostępnianie dla potrzeb działalności ubezpieczeniowej analiz i prognoz oraz wydawanie biuletynu Izby;
- tworzenie i wykonywanie informatycznych baz danych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej, a w szczególności baz danych o przebiegu szkodowości w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń oraz baz danych niezbędnych do przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej, w tym informacji o wypłaconych odszkodowaniach lub świadczeniach, z wyłączeniem ubezpieczeń, o których mowa w dziale II w grupach 3 i 10 załącznika do ustawy, oraz o osobach, przeciwko którym było prowadzone postępowanie karne w związku z podejrzeniem popełnienia przez nie przestępstwa na szkodę zakładu ubezpieczeń, zakończone wyrokiem skazującym lub warunkowym umorzeniem postępowania;
- stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między członkami Izby.

Izba może wykonywać działalność gospodarczą w ramach przedsiębiorcy powołanego przez Walne Zgromadzenie Izby. Majątek Izby powstaje ze składek członkowskich, dotacji, darowizn, spadków, zapisów, dochodów z majątku Izby oraz dochodów z działalności gospodarczej. Dochód z działalności gospodarczej służy do realizacji zadań Izby i nie może być przeznaczony do podziału między jej członków.

Wysokość składki członkowskiej płaconej przez zakłady ubezpieczeń na rzecz Izby, uwzględniającej realizację zadań Izby określonych w przepisach, określa w drodze rozporządzenia Minister właściwy do spraw instytucji finansowych. Sposób opłacania i egzekwowania składki oraz ustalania wysokości odsetek za nieterminowe jej opłacanie określa z kolei statut Izby.

Kierownictwo Izby w 2006 r. objął Tomasz Mintoft–Czyż, który swą funkcję pełnił do 2008 r.

Od 2008 r. do czerwca 2009 r. funkcję wiceprezesa (brak stanowiska prezesa) pełnił Jan Grzegorz Prądyński, który od czerwca 2009 r. do dnia dzisiejszego pełni funkcję Prezesa Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Ze wszelkimi bieżącymi i zrealizowanymi działaniami Polskiej Izby Ubezpieczeń mogą Państwo zapoznać się na stronie internetowej Izby [www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl).

## **SPIS TREŚCI**

Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego instrumentem w budowaniu standardów w postępowaniach likwidacyjnych z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych .....	5
Aktualności .....	6
Problemy poszkodowanych związane z trudnościami z uzyskaniem pełnej rekompensaty za wynajem pojazdu zastępczego na przykładzie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2011 r. ....	11
Uprawniony do zadośćuczynienia z art. 445 § 1 k.c. ....	17
Renta alimentacyjna w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego .....	20
Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej. Cz. 3. ....	24
Żądanie przez zakłady ubezpieczeń w związku z likwidacją szkód komunikacyjnych faktur źródłowych zakupu części zamiennych .....	34
Praktyczne problemy związane z likwidacją tzw. szkody całkowitej w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych .....	40
Wybrane problemy zakładów ubezpieczeń w świadczeniu usług za pomocą środków porozumiewania się na odległość z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych .....	47
Problem świadomości ubezpieczeniowej przedsiębiorców i jej skutki związane z umową ubezpieczenia małych i średników przedsiębiorców (MiŚ) .....	51
A może ubezpieczenie na wypadek „zmarnowanego urlopu”? .....	53
Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Polska Izba Ubezpieczeń .....	56