

M O N I T O R
UBEZPIECZENIOWY
PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

NR 43

WRZESIEŃ 2010

SPIS TREŚCI

Działania Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz powodzian	3
Aktualności	4
Więcej informacji dla konsumentów o rynku ubezpieczeniowym – propozycja Rzecznika Ubezpieczonych	6
Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie ochrony praw konsumentów	8
Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla spraw	15
Zmiana otwartego funduszu emerytalnego – o czym pamiętać	21
Obowiązek ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych czasowo wycofanych z ruchu, a wysokość składki	23
Rozłożenie płatności składki ubezpieczeniowej na raty, a obowiązki wypływające z ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim	25
Ubezpieczenie budynków rolniczych – uwagi ogólne	28
Podstawowe informacje o ubezpieczeniach kredytów	30
Najem pojazdu zastępczego w przypadku umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w świetle orzecznictwa sądów powszechnych	34
Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych	38

Działania Rzecznika Ubezpieczonych na rzecz powodzian

Wydarzenia związane z powodzią, która miała miejsce na przełomie maja i czerwca br. boleśnie doświadczyły społeczność zamieszkującą teren oddziaływania żywiołu. Czas ten również okazał się okresem najwyższej próby dla rynku ubezpieczeniowego. Skala tragedii powodzi stanowi bowiem swoisty probierz działalności ubezpieczycieli pod względem wywiązywania się z zawartych umów ubezpieczeń. To właśnie w tych, jakże trudnych warunkach klienci zakładów ubezpieczeń dokonują oceny „własnego” ubezpieczyciela i wyciągają wnioski na przyszłe lokowanie ochrony ubezpieczeniowej. Z drugiej strony, czas ten jest również okazją do budowania korzystniejszego wizerunku branży ubezpieczeniowej w oczach społeczeństwa polskiego.

Działania podjęte przez Rzecznika Ubezpieczonych zarówno w czasie bezpośredniego oddziaływania powodzi, jak również po jej ustąpieniu, miały przede wszystkim na celu udzielenie pomocy powodzianom w zakresie poradnictwa ubezpieczeniowego, podjęcie działań interwencyjnych wobec zakładów ubezpieczeń naruszających prawa osób ubezpieczonych oraz spowodowanie zwrócenia szczególnej uwagi ubezpieczycieli na aspekt terminowego rozpatrywania roszczeń i należnych wypłat odszkodowań.

Zapewnienia medialne samorządu ubezpieczeniowego (PIU) oraz informacje przekazywane od poszczególnych ubezpieczycieli wskazywały na wysoką mobilizację ubezpieczycieli i priorytetowe potraktowanie zadań związanych z likwidacją szkód powodziowych. Między innymi na łamach oficjalnej strony internetowej Polskiej Izby Ubezpieczeń można było uzyskać informacje o następującej treści: „(...) Ubezpieczyciele wprowadzili także ścieżkę tzw. szybkiej likwidacji szkód. Przy mniejszych zniszczeniach pełne odszkodowanie jest wypłacane poszkodowanym już po kilku dniach, bez szczegółowej procedury szacowania zniszczeń. Osobom, które na skutek powodzi poniosły największe straty, ubezpieczyciele wypłacają zaliczki na poczet odszkodowań. Dzięki temu ci, którzy poprzez działanie żywiołu stracili całą majątek, nie pozostaną bez środków do życia”. Podobne informacje znalazły się również na stronach internetowych ubezpieczycieli. Wszystko więc wskazywało, że ubezpieczyciele są odpowiednio przygotowani do sprawnego likwidacji szkód.

W rzeczywistości zapewnienia, w miarę upływu czasu, są weryfikowane przez bieżącą praktykę. Stąd też odpowiedzią na pytanie czy ubezpieczyciele stanęli na wysokości zadania i sprościli trudnościom związanym z likwidacją szkód są dane spływające z kraju, dotyczące realizacji umów ubezpieczeń mienia. Powyższe informacje są przedmiotem szczególnych obserwacji i analiz ze strony Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

Rzecznik Ubezpieczonych, podobnie jak samorząd ubezpieczeniowy, przystąpił do akcji informacyjnej mającej na celu ukierunkowanie w działaniu powodzian w związku z realizacją ich praw wynikających z zawartych umów ubezpieczeń. W celu zapewnienia praktycznych informacji i wskazówek dotyczących procesów likwidacji szkód katastroficznych, na oficjalnej stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl, zamieszczono przystępnie zredagowany poradnik pt: „**Jak postępować w przypadku powstania szkody spowodowanej powodzią, silnym wiatrem, opadami deszczu. Praktyczne wskazówki związane z rozpatrywaniem roszczeń ubezpieczeniowych**”. Otwierając link zamieszczony na ww. stronie można uzyskać szereg istotnych, z punktu widzenia osób dotkniętych powodzią, praktycznych wskazówek pomagających sprawnie przejeść przez proces likwidacji szkody, od momentu jej zgłoszenia aż po wypłatę odszkodowania.

Rzecznik Ubezpieczonych podjął również działania ukierunkowane na realizację zadań związanych z propagowaniem ubezpieczeń, w tym edukacją i poradnictwem. W tym celu pracownicy Biura Rzecznika Ubezpieczonych czynnie uczestniczyli w licznych wystąpieniach telewizyjnych, audycjach radiowych, czacie internetowym oraz współpracowali z prasą ogólnopolską (Gazeta Wyborcza) celem wyjaśniania zapytań i wątpliwości ze strony poszkodowanych oraz reprezentujących ich przedstawicieli mediów.

Działania podejmowane przez Rzecznika Ubezpieczonych przybierały również inny charakter, tj. w trakcie dyżurów telefonicznych, codziennie od poniedziałku do piątku, od godz. 9.00 do 19.00, pracownicy Biura Rzecznika udzielali porad z zakresu likwidacji szkód. W ostatnim okresie Biuro Rzecznika odnotowało kilkadziesiąt zapytań ze strony powodzian, którym wskazano jak sprawnie postępować, aby szybko i profesjonalnie we współpracy z ubezpieczycielem zakończyć postępowanie likwidacyjne.

Rzecznik Ubezpieczonych, na obecnym etapie obserwacji rynku ubezpieczeń, odnotowuje wzrost zgłaszanych problemów dotyczących procesu rozpatrywania roszczeń (likwidacji szkód) z ryzyk powodziowych. Bazą umożliwiającą podejmowanie działań są informacje spływające z Polski, uzyskiwane w trakcie dyżurów telefonicznych oraz pisemne skargi na postępowanie ubezpieczycieli. W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości Rzecznik Ubezpieczonych podejmuje działania zarówno o charakterze ogólnym, np. wystąpienie do Prezesa Zarządu STU Ergo Hestia S.A.



Cezary Orłowski
starszy specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Aktualności

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

22.06.2010 – W siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się posiedzenie Rady Ubezpieczonych, organu opiniodawczo – doradczego Rzecznika Ubezpieczonych. Tematem przewodnim posiedzenia była współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów ze szczególnym uwzględnieniem eliminowania z obrotu klauzul niedozwolonych w produktach ubezpieczeniowych.

23.06.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych, Halina Olendzka oraz przedstawiciele Biura, Iwona Szymańska i Mariusz Denisiuk, wzięli udział w III Forum Finansowym pt. „Gospodarka i czynniki demograficzne a system emerytalny”.

01.07.2010 – Zastępca dyrektora Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Aleksander Daszewski, wzięty udział w kongresie założycielskim Polskiej Izby Odszkodowań.

05.07.2010 – Przedstawiciel Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Mariusz Denisiuk, wzięty udział w konferencji organizowanej przez Business Center Club pt. „III filar czy ubóstwo?”.

04.08.2010 – Rzecznik Ubezpieczonych opublikował na swojej stronie internetowej www.rzu.gov.pl Raport w sprawie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2010 roku.

Opracował: **Piotr Budzianowski**

oraz wystąpienie do Prezesa HDI Asekuracja TU S.A., a także szereg podjętych interwencji w sprawach indywidualnych – skargowych.

Nieznaczna część niepokojących sygnałów została przekazana Rzecznikowi poprzez osobiste stawiennictwo w Biurze osób ubezpieczonych, którzy po doświadczeniach związanych z ogromem tragedii jaka ich spotkała nie są w stanie samodzielnie uporać się z przewyżczeniem problemów i przeszkód powstałych w trakcie likwidacji szkód.

W oczach ubezpieczonych, którzy zgłosili się do Biura o pomoc, Rzecznik Ubezpieczonych jest postrzegany jako instytucja, która oprócz pokierowania w dalszym działaniu jest w stanie doprowadzić do polubownego rozwiązania zaistniałych trudności oraz sporów. Rzecznik również i w tym przypadku, chociaż mając ograniczone możliwości lokalowe, wspiera i udziela pomocy powodzianom.

Na bazie uzyskanych z powyższych źródeł danych dotyczących wywiązania się ubezpieczycieli z umów ubezpieczenia oraz realizacji zapewnień medialnych dotyczących sprawnej likwidacji szkód, z punktu widzenia Rzecznika Ubezpieczonych, rysuje się nieco inny obraz działań podejmowanych przez ubezpieczycieli od kreowanego przez Samorząd Ubezpieczeniowy.

W znacznej części niepokojące sygnały otrzymywane zarówno w drodze rozmów telefonicznych przeprowadzanych w trakcie dyżurów telefonicznych, jak i wiadomości e-mail przesyłanych drogą elektroniczną, wskazują na naruszenie art. 817 §1 k.c. oraz opieszalą likwidację szkód z dobrowolnych ubezpieczeń domów, które zostały zalane na skutek powodzi.

Opóźnienia w zakończeniu rozpatrywania roszczenia najczęściej są spowodowane opieszałością ubezpieczyciela związaną z długim czasem reakcji z jego strony, zaraz po dokonaniu zgłoszenia szkody. Chodzi tu między innymi o sytuację związaną z kontaktem telefonicznym w celu poinstruowania co do terminu przybycia rzeczoznawcy, zakresu prac porządkowych jakie można przeprowadzić do czasu jego przybycia. Szczególnie deprymujące jest oczekiwanie na przybycie rzeczoznawcy, który często nie pojawia się w umówionym terminie. W niektórych sytuacjach, opisanych przez powodzian, rzeczoznawca ubezpieczeniowy przybył na miejsce zdarzenia dopiero po miesiącu od opadnięcia wody.

Niestety, również nie wszyscy ubezpieczyciele wprowadzili w życie zasadę wypłaty zaliczek odszkodowań. W analizowanych przez Biuro sprawach albo w ogóle nie doszło do ich wypłaty, bądź też realizowano je z dużym opóźnieniem.

Drugą grupę sporów pomiędzy ubezpieczonymi a ubezpieczycielami stanowią kwestie ustalania wysokości odszkodowań, odnoszące się w istocie do problemu rzetelności sporządzonych kosztorysów.

W większości likwidowanych szkód szacowanie strat odbywa się metodą kosztorysową, która często przybiera formę ostateczną wyliczenia odszkodowania. W pozostałych przypadkach pełni ona rolę wstępnego określenia wysokości szkody, nakreślającą zakres stwierdzonych szkód w nieru-chomości, służącą jednocześnie realizacji wypłat o charakterze zaliczkowym. W takim też przypadku o ostatecznym kształcie odszkodowania decyduje rozliczenie szkody na podstawie rachunków dokumentujących koszt materiałów i robocizny. Przyczyną powstałych sporów na tym tle jest zazwyczaj opisanie niepełnego zakresu uszkodzeń, tj. pominięcie istotnych elementów szkody oraz zaniżenie cen materiałów i stawek za robociznę.

Rzecznik Ubezpieczonych, monitorując obecną sytuację związaną z rozpatrywaniem roszczeń ubezpieczeniowych związanych z rozmiarem tragedii jaka dotknęła mieszkańców południowych obszarów Polski na przełomie maja i czerwca 2010 r., w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości występuje do poszczególnych ubezpieczycieli z interwencją z jednoczesnym

apelem o podjęcie wszelkich możliwych działań na rzecz poszkodowanych osób i ich rodzin związanych z realizacją zawartych umów ubezpieczenia.

Rzecznik podejmując interwencję dąży do ulepszenia praktyki likwidacji szkód, poprzez wprowadzenie przyspieszonych procedur likwidacyjnych, w tym pilnego przekazania na rzecz poszkodowanych zaliczek oraz doprowadzenie bieżących spraw do stanu zgodności z prawem.

Rzecznik Ubezpieczonych, na co wielokrotnie wskazywał w swoich stanowiskach i opracowaniach, jest również zwolennikiem powszechnego systemu ubezpieczeń od ryzyka powodzi i stąd też popiera wprowadzenie systemu ubezpieczeń kłęskowych oraz uczestniczy w konsultacjach na szczeblu ministerialnym w sprawie projektu systemu ubezpieczeń na wypadek kłęsk żywiołowych.

Obecnie funkcjonujące rozwiązania stanowią bowiem – w ocenie Rzecznika – przypadkowy, a zarazem incydentalny zbiór inicjatywy publicznej i prywatnej. Zakres udzielanej pomocy publicznej, którego charakter jest doraźny, np. korzystanie z rezerwy budżetowej oraz środków będących w dyspozycji samorządów terytorialnych, nie jest wystarczający. Z drugiej zaś strony, stosowanie bezzwrotnych świadczeń ze środków publicznych wpływa niekorzystnie na ofertę rynku ubezpieczeniowego, osłabiając rolę ubezpieczeń gospodarczych jako głównego instrumentu niwelowania skutków oddziaływania żywiołów na dobytek obywateli. Dlatego też ryzyka związane z żywiołami wymagają spójnego systemu, kształtującego wzajemne relacje pomocy publicznej i rynku ubezpieczeniowego w sposób umożliwiający zgodne współistnienie, nie zaś konkurowanie ze sobą.

Metoda ubezpieczenia jest optymalnym sposobem finansowania skutków kłęsk żywiołowych. Należy jednak wskazać, że dla zapewnienia powszechności ubezpieczeń niezbędna jest pomoc państwa, które powinno stworzyć szereg rozwiązań zachęcających do stworzenia systemu ubezpieczeń od skutków szkód wyrządzonych przez kłęski żywiołowe. Postulowanym rozwiązaniem jest np. wprowadzenie ulg lub zwolnień podatkowych dla osób ubezpieczających mienie w zakresie ryzyk kłęskowych. Także korzystnym rozwiązaniem mogłoby być stworzenie systemu dopłat ze środków budżetowych do składki na wzór rozwiązań zastosowanych w przypadku ubezpieczenia upraw rolnych i zwierząt gospodarskich.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych pierwszym a jednocześnie zasadniczym krokiem na drodze budowy danego systemu ubezpieczeń jest idea stworzenia narodowej mapy zagrożenia poszczególnymi ryzykami kłęskowymi. Jak wskazują doświadczenia innych krajów europejskich niezbędny jest w tym udział państwa. Stworzenie takiej mapy powinno więc być pierwszym elementem projektowanego systemu ubezpieczeń na wypadek kłęsk żywiołowych. Warte rozważenia jest również stworzenie odpowiedniego funduszu kłęskowego dla poszkodowanych, którego istotą byłoby częściowe wyrównanie strat niepokrytych przez ubezpieczenie gospodarcze. Rozwiązanie to stanowiłoby dużą zachętę do zawierania umów ubezpieczenia mienia, gdyż możliwość korzystania ze środków funduszu byłaby uzależniona od istnienia umowy ubezpieczenia. Ponadto godnym zastanowienia byłoby nadanie ubezpieczeniu od skutków kłęsk żywiołowych charakteru obowiązkowego, co przyczyniło by się do ujednoczenia warunków umowy, których treść wynikałaby z przepisów ustawy.

Więcej informacji dla konsumentów o rynku ubezpieczeniowym – propozycja Rzecznika Ubezpieczonych

Obserwując rosnące zainteresowanie jakim cieszą się publikowane w mediach informacje dotyczące liczby i problematyki skarg napływających do Rzecznika Ubezpieczonych, zaproponowaliśmy ubezpieczycielom i funduszom emerytalnym współdziałanie, którego celem byłoby rozbudowanie rocznych sprawozdań Rzecznika Ubezpieczonych o dane dotyczące ich działalności, o czym szerzej w dalszej części artykułu. Nadrzędnym celem takiego działania jest wola przybliżenia społeczeństwu wizerunku podmiotów działających na rynku ubezpieczeniowym, poprzez ukazanie ogromu zadań, które realizują, jak również wyników ich działań. Dzięki temu być może z biegiem czasu znikną funkcjonujące aktualnie mity i wzajemne uprzedzenia nie znajdujące poparcia w rzetelnej informacji o podmiotach rynku ubezpieczeniowego, co winno doprowadzić do ocieplenia w społeczeństwie wizerunku całej branży. Mamy nadzieję, że wywołana rozbudowaną informacją „zdrowa konkurencja” wpłynie na poprawę jakości prowadzonej działalności przez te podmioty. Wszystko to łącznie powinno zachęcić obywateli i przedsiębiorców do korzystania w szerszym zakresie z usług oferowanych na rynku ubezpieczeniowym.

Od strony formalno prawnej powyżej sygnalizowana inicjatywa oparta jest na zapisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych¹, która nakłada na Rzecznika Ubezpieczonych m.in. obowiązek inicjowania i organizowania działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób uposażonych (art. 20 pkt 6 ustawy).

Rzecznik, dostrzegając ogromne znaczenie prezentowanych informacji o stanie rynku w procesie budowania świadomości ubezpieczeniowej konsumentów usług ubezpieczeniowych, na co znaczący wpływ ma upublicznianie danych statystycznych związanych z prowadzoną działalnością poszczególnych zakładów ubezpieczeń i funduszy, zamieszcza w rocznych sprawozdaniach (począwszy od sprawozdania za rok 2005) i kwartalnych raportach (od roku 2006) informacje o liczbie notowanych przez Biuro skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń i fundusze emerytalne wraz z procentowym ich udziałem w ogólnej liczbie skarg. Celem zobiektywizowania przekazywanych informacji, obecnie – oprócz ww. danych – podawany jest procentowy udział w rynku tych podmiotów (na podstawie zebranej składki brutto lub liczby członków funduszy emerytalnych) oraz liczba podjętych przez Rzecznika interwencji wraz z jej wynikiem. Proces upubliczniania omawianych danych poprzedzony został szczegółową analizą oraz zapytaniem Rzecznika skierowanym do Ministra Finansów w 2005 r. Rzecznik zwrócił się do Ministra o ocenę możliwości i celowości ujawniania liczby skarg na poszczególne podmioty rynku ubezpieczeniowego m.in. w kontekście przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej². W odpowiedzi na sygnalizowane wyżej pytanie Rzecznik Ubezpieczonych uzyskał jednoznacznie odpowiedź wraz z zapewnieniem, że upublicznianie tych informacji nie stwarza zagrożenia naruszenia przepisów ustawy o dostępie do informacji publicznej, a wręcz jest potrzebne, spełniając jednocześnie wyjątkowo istotną rolę w procesie budowania wiedzy ubezpieczających o poszczególnych ubezpieczycielach i funduszach emerytalnych. Reakcja środowiska ubezpieczeniowego na upublicznianie danych była w większości przypadków pozytywna, przy czym zwracano uwagę na dostrzeganą również przez nas pewną niedoskonałość przekazu. Wynika ona zasadniczo z braku szerszego zakresu prezentowanej informacji o konkretnym podmiocie, którego rozszerzenie pozwoliłoby na obiektywną, a przez to przydatną do praktycznego wykorzystania przez konsumentów pełniejszą informację o działalności danego podmiotu, szczególnie w ramach procesów likwidacji szkód. Równolegle w ostatnim czasie pojawiają się coraz liczniejsze i śmielsze sygnały ze strony przedstawicieli branży ubezpieczeniowej – i to zarówno ubezpieczycieli działu I jak i II – iż na obecnym etapie rozwoju rynku należałoby konsekwentnie rozbudowywać zakres publikowanych przez nas danych o podmiotach, których dotyczą skargi od konsumentów, napływające do Rzecznika. Pragniemy bowiem przypomnieć, iż podawana w tych opracowaniach, prócz nazwy podmiotu, informacja o zebranej w danym roku kalendarzowym składce brutto jest jedyną informacją o ubezpieczycielu czy funduszu emerytalnym. Z drugiej strony, co również skłania do rozszerzenia naszego przekazu, w obecnej rzeczywistości rynkowej, reklamy i inne informacje ubezpieczycieli skupiają się w większości na zachęcaniu do zawierania z nimi umów „kusząc” niską składką co – jak powszechnie wiadomo – nie może być jedynym i wyłącznym miernikiem oceny jakości świadczonych usług przez danego ubezpieczyciela. Niestety w reklamach – z uwagi na ich charakter krótkiego przekazu medialnego – niewiele miejsca ubezpieczyciele poświęcają innym informacjom, szczególnie odnoszącym się do wyników prowadzonej działalności, jak choćby – o kluczowym jej elemencie jakim jest jakość likwidacji szkód. Podobnie w przypadku reklam otwartych funduszy emerytalnych, w których eksponowana jest liczba członków, natomiast niewystarczający jest przekaz dotyczący zysków uzyskanych przez fundusz lub wysokość pobieranych opłat. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych dla pozyskania rzetelnej wiedzy o ubezpieczycielach niezbędne byłoby uzyskanie i publikowanie w rocznych sprawozdaniach Rzecznika następujących informacji, jak np.:



Krystyna Krawczyk
dyrektor
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.

² Dz. U. z 2001 r., nr 112, poz. 1198 z późn. zm.

- liczby sprzedanych polis;
- liczby ubezpieczonych osób;
- liczby zgłoszonych wniosków o świadczenie lub odszkodowanie;
- liczby wniosków załatwionych pozytywnie i odmownie;
- liczby odwołań i skarg, w tym ile załatwiono pozytywnie;
- liczby wszczętych sporów przed sądem z powództwa klientów;
- średniego terminu załatwiania wniosku o roszczenie, rozumianego jako liczba dni począwszy od dnia zgłoszenia szkody do dnia wypłaty odszkodowania w drodze uznania.

W odniesieniu do otwartych funduszy emerytalnych potrzeba dodatkowych informacji dotyczy następujących informacji:

- liczby nowych „martwych” rachunków członków funduszu;
- liczby otrzymanych zawiadomień o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym;
- liczby zrealizowanych wypłat transferowych;
- liczby skarg członków funduszu;
- liczby zasadnych skarg członków funduszu;
- liczby postępowań sądowych o roszczenie ze stosunków prawnych między członkami otwartych funduszy emerytalnych a tymi funduszami lub ich organami.

Oczywiście katalog ten nie jest zamknięty i być może ulegnie zmianie, w zależności od zgłaszanych nam uwag, o które wystąpiliśmy do zainteresowanych podmiotów. Naszym zamiarem jest bowiem wypracowanie jednolitego dla branży zakresu publikowanych informacji o bieżącej sytuacji na rynku i jakości świadczonych usług.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych nie wymaga dodatkowego uzasadnienia celowość podawania do publicznej wiadomości informacji obrazujących sposób wykonywania przez ubezpieczycieli zawartych umów. Wydaje się bowiem oczywiste, iż dopiero upublicznianie takich informacji pozwoli na stworzenie pełniejszego, a przez to obiektywnego wizerunku działalności poszczególnych podmiotów, co w efekcie powinno się przełożyć na bardziej świadomy wybór ich oferty przez potencjalnych klientów. Jawność, a jak wolą niektórzy – transparentność prowadzonej działalności, staje się obowiązującą dewizą postępowania instytucji finansowych w nowoczesnych gospodarkach rynkowych. Tym bardziej w naszej ocenie, powinna ona obowiązywać podmioty zaufania publicznego, jakimi są niewątpliwie zakłady ubezpieczeń i fundusze emerytalne. Tworzenie przez instytucje rynku finansowego kanonów, czy też kodeksów dobrych praktyk jest godne pochwały i zapewne przekłada się na poprawę ich działalności. Tym nie mniej, działania te nie zastąpią rzetelnej i pełnej informacji o działalności i jakości prowadzonych postępowań w tym np. terminów prowadzonych postępowań. Nasza propozycja wpisuje się również w rozwiązania przyjęte w innych krajach europejskich, o czym ostatnio donosiły media branżowe³.

Uważam, że na aktualnym etapie rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce, po 20 latach gospodarki rynkowej, gdy działa na nim tak znacząca liczba ubezpieczycieli i funduszy emerytalnych, należy się konsumentom miarodajna, wszechstronna i uczciwa informacja o ich działalności. Rzecznik Ubezpieczonych proponuje zatem, aby zakłady ubezpieczeń, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, oraz otwarte fundusze emerytalne, najpóźniej w terminie do 15-tego lutego każdego kolejnego roku przekazywały Rzecznikowi wymienione powyżej informacje ze swojej działalności, które będą w dalszej kolejności zamieszczane w sprawozdaniu z działalności Rzecznika za dany rok. Sugerowany wyżej termin jest konsekwencją obowiązku, jaki nakłada na Rzecznika Ubezpieczonych art. 30 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, tj. przekazania w terminie 60 dni od zakończenia roku kalendarzowego Prezesowi Rady Ministrów sprawozdania ze swojej działalności oraz uwag o stanie przestrzegania prawa i interesów osób, które reprezentuje.

Mamy również świadomość, że nie u wszystkich zainteresowanych podmiotów propozycja ta od zaraz znajdzie uznanie. Uważamy jednak, że nawet odmowa upubliczniania wskazywanych informacji o prowadzonej działalności również będzie swoistą informacją dla konsumentów o danym ubezpieczycielu lub funduszu emerytalnym.

Liczymy również, iż przedstawione zamierzenia znajdą pełną aprobatę i wsparcie ze strony Polskiej Izby Ubezpieczeń i Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych. Szczególnie oczekiwania te dotyczą PIU, której przedstawiciele jak dotychczas starali się marginalizować wiarygodność i znaczenie publikowanych raportów skargowych Rzecznika⁴.

Tym niemniej, chciałabym wyrazić głębokie przeświadczenie, że mimo daleko posuniętego nowatorstwa tej propozycji, spotka się ona na z akceptacją środowiska, do którego jest adresowana. Propozycja ta to wyraźny sygnał dla wszystkich podmiotów korzystających z usług zakładów ubezpieczeń i funduszy emerytalnych, że udostępnianie szerokiej informacji o swej działalności jest możliwe. Efektem takich działań powinien być wzrost zaufania do tych instytucji, przekładający się na rozwój całego rynku ubezpieczeniowego.

³ Por. Dziennik Ubezpieczeniowy nr 2325, 19 września 2009 r., http://dziennikubezpieczeniowy.pl/2009/09/14/Klienci_poznaja_naigorsznych_ubezpieczycieli/artukul/46537 oraz nr 2422, 1 lutego 2010 r., http://dziennikubezpieczeniowy.pl/2010/02/01/Obowiazkowa_publickacja_skarg/artukul/49270.

⁴ Por. PIU: *niewiele ubezpieczonych skarży się do Rzecznika Ubezpieczonych*, www.gu.com.pl, 4 sierpnia 2009 r.; czy jak to miało miejsce w innej publikacji – por. Dziennik Ubezpieczeniowy nr 2493, 13 maja 2010 r., http://dziennikubezpieczeniowy.pl/2010/05/13/PIU_w_sprawie_raportu_Rzecznika_Ubezpieczonych/artukul/51071; przeinaczenie danych statystycznych zamieszczonych w raporcie skargowym Rzecznika Ubezpieczonych za I kwartał 2010 r., por. *Komentarz do: PIU w sprawie raportu Rzecznika Ubezpieczonych*, Dziennik Ubezpieczeniowy nr 2494, 14 maja 201 r., http://dziennikubezpieczeniowy.pl/2010/05/14/Komentarz_do_PIU_w_sprawie_raportu_Rzecznika_Ubezpieczonych/artukul/51088.

Współpraca Rzecznika Ubezpieczonych z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie ochrony praw konsumentów

W art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów¹ zawarty jest generalny zakaz stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy. Ustawodawca bezwzględnie zakazał stosowania takich praktyk przedsiębiorców. Jednocześnie, oprócz wskazania definicji legalnej tej praktyki dokonał również typizacji nazwanych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumenta. Zbiorowe interesy konsumentów podlegają zatem ochronie przed działaniami przedsiębiorcy, które są sprzeczne z prawem tj. z określonymi przepisami określonych aktów prawnych oraz z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami. Do antykompatydatywnych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, określonych w art. 24 ust. 2 pkt 1–3, ustawodawca zaliczył: 1) stosowanie postanowień wzorców mownych, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o których mowa w art. 479⁴⁵ k.p.c.; 2) naruszenie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji; 3) nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji godzące w zbiorowe interesy konsumentów.

Rzecznik Ubezpieczonych stosownie do art. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych², reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych. Reprezentacja ta to nie tylko rozpoznawanie skarg w sprawach indywidualnych, stwarzanie możliwości polubownego rozstrzygnięcia sporu ze stosunków ubezpieczenia, ale również podejmowanie ogólnych, instytucjonalnych działań, które zmierzają do zwiększenia ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych lub wyeliminowania dostrzeżonych nieprawidłowości podczas zawierania lub wykonywania umowy ubezpieczenia. Podstawą do takiego działania jest między innymi przepis art. 20 pkt 4 ustawy o RU oraz kompetencja Rzecznika w postaci następczej kontroli wzorców umownych, o której mowa w art. 27 ustawy.

Rzecznik Ubezpieczonych w toku wykonywania swoich ustawowych kompetencji przywiązuje istotną wagę do analizy ogólnych warunków ubezpieczenia pod kątem zgodności ich postanowień z bezwzględnie obowiązującymi przepisami, w szczególności czy określone postanowienia o.w.u. nie są postanowieniami niedozwolonymi w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. lub nie są tożsame w treści albo w celu z postanowieniami umownymi uprzednio wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych, który prowadzony jest przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów³.

Analiza ogólnych warunków ubezpieczenia odbywa się: w drodze tzw. kontroli następczej (art. 27 ustawy o RU), podczas której ocenie podlega cały wzorzec oraz w toku prowadzonych postępowań skargowych, gdzie analizie podlegają określone postanowienia, w szczególności te zapisy umowne, które mają wpływ na określone zachowanie dłużnika lub wysokość ustalonego odszkodowania albo świadczenia. Ta swoista dwutorowość kontroli tworzy tym samym komplementarny system instytucjonalnej analizy przez Rzecznika Ubezpieczonych ogólnych warunków ubezpieczeń i stosowanej praktyki ubezpieczeniowej. Przyjęty i stale rozwijany model kontroli nie tylko intensyfikuje



Paweł Wawzczak
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych



Aleksandra Olendzka - Surgiel
wolontariuszka
Fundacji Edukacji
Ubezpieczeniowej

¹ Dz. U. z 2007 r., nr 50, poz. 331 z późn. zm.

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm., dalej: ustawa o RU.

³ W uchwale z dnia 13 lipca 2006 r. (sygn. akt III SZP 3/06), Sąd Najwyższy wskazał, iż stosowanie postanowień wzorców umów o treści tożsamej z treścią postanowień uznanych za niedozwolone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisanych do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c. może być uznane w stosunku do innego przedsiębiorcy za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. W wyżej wskazanej uchwale Sąd Najwyższy wskazał również, że jeżeli Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uzna określoną klauzulę za niedozwoloną w wyniku przeprowadzenia kontroli abstrakcyjnej i zostanie ona wpisana do rejestru, wówczas praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 23a ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (obecnie art. 24) dopuszcza się każdy z przedsiębiorców, który wprowadza do stosowanych klauzul zmiany o charakterze kosmetycznym, polegające na przedstawieniu szyku wyrazów lub zmianie użytych wyrazów, jeżeli modyfikacje te nie prowadzą do zmiany istoty klauzuli.

realizację ustawowych kompetencji, ale również zwiększa skuteczność podejmowanych działań na rzecz ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Rzecznik Ubezpieczonych hołduje zasadzie konsensualnemu rozwiązaniu sporów lub problemów powstałych w czasie oferowania i wykonywania umów ubezpieczenia. Stąd też w pierwszej kolejności podejmuje interwencję do autora wzorca umownego, oczekując jednocześnie na jego stanowisko względem zastrzeżeń Rzecznika lub na określone zobowiązanie. Co jest pozytywne – większość zakładów ubezpieczeń, do których występuje Rzecznik deklaruje dokonanie właściwych zmian. Częstokroć w odpowiedzi na wystąpienia Rzecznika prezentowane są również propozycje nowego zapisu postanowienia, które zostało zakwestionowane przez Rzecznika Ubezpieczonych. Stanowisko i zapewnienia ubezpieczycieli w powyższym zakresie Rzecznik Ubezpieczonych przyjmuje z nieukrywaną satysfakcją. Działania te, ale i towarzysząca im współpraca zakładów ubezpieczeń w tym zakresie, niewątpliwie wpływają na poprawę ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych i jakość oferowanych produktów, jak również na poprawę w oczach polskiego społeczeństwa wizerunku branży ubezpieczeniowej.

W sytuacji, gdy ubezpieczyciel nie podzielił stanowiska Rzecznika Ubezpieczonych w przedmiocie oceny danego postanowienia, a istnieją silne argumenty przemawiające za uznaniem, iż mamy do czynienia z postanowieniem sprzecznym z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa albo wyczerpującym znamiona klauzuli abuzywnych lub w treści albo w celu podobnym do postanowienia uprzednio wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych, Rzecznik Ubezpieczonych kieruje do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów formalne zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów lub wnioski o rozważenie zasadności wystąpienia z po-wództwem do sądu o uznanie danego postanowienia wzorca za niedozwolony. Przyczynkiem podjęcia decyzji o wystąpieniu do Prezesa UOKiK jest także niepodjęcie przez ubezpieczyciela zmian w treści wzorca umownego pomimo uprzedniej deklaracji dostosowania o.w.u. do stanu zgodnego z prawem. Podstawą prawną do powyższego działania jest nie tylko wyżej wskazany przepis art. 20 pkt 4 ustawy o RU, ale również art. 100 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, zgodnie z którym każdy może zgłosić Prezesowi UOKiK na piśmie zawiadomienie dotyczące podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

Oprócz analiz wzorców umownych przedmiotem działalności Rzecznika Ubezpieczonych w obszarze instytucjonalnej ochrony praw konsumentów usług ubezpieczeniowych jest również ocena praktyk rynkowych stosowanych przez ubezpieczycieli. Jeżeli w ocenie Rzecznika pozostaje ona w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa lub zasadami współżycia społecznego składa w tym zakresie zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Aktywność Rzecznika Ubezpieczonych odbywa się głównie w obszarze realizacji przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej⁴ oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁵, jak również innych aktów prawnych przyznających konsumentom określone prawa lub zwiększających ich ochronę w relacjach z przedsiębiorcami. Przedmiotem działań Rzecznika Ubezpieczonych jest nie tylko ocena działalności ubezpieczycieli, stosowanych przez nich wzorców umownych, ale również ocena postępowania innych uczestników rynku ubezpieczeń (pośredników ubezpieczeniowych, firm windykacyjnych, czy kancelarii odszkodowawczych) w stosunku do konsumentów, a których to określona działalność może godzić w prawnie chronione interesy konsumentów.

W celu zobrazowania praktycznej realizacji wyżej wskazanych kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych zasadnym byłoby przedstawienie podstawowych danych statystycznych, a także omówienie najważniejszych wystąpień Rzecznika do Prezesa UOKiK w latach 2009 – 2010.

W 2009 r. przeanalizowano ogółem 122 produkty ubezpieczeniowe (w tym 30 produktów poddano ponownej analizie). Analiza dotyczyła ubezpieczeń zarówno działu I i II. Na podstawie dokonanych analiz przygotowano 64 wystąpienia do ubezpieczycieli. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał 57 odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienia. W bieżącym roku przygotowano 10 wystąpień do ubezpieczycieli. Łącznie – w okresie 1,5 roku Rzecznik Ubezpieczonych 74-krotnie występował do zakładów ubezpieczeń w sprawie stosowanych wzorców umownych.

Rzecznik Ubezpieczonych w roku 2009 i w I półroczu obecnego roku złożył do Prezesa UOKiK łącznie 45 zawiadomień o podejrzeniu stosowania przez uczestników rynku ubezpieczeń praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Tylko w 4 sprawach Prezes UOKiK nie podzielił stanowiska Rzecznika co do oceny prawnej określonego postanowienia wzorca umownego lub stosowanej praktyki. Skuteczność działań Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym obszarze wynosi 91,11%. Jest więc ona prawie dwukrotnie większa, niż skuteczność w obszarze postępowań skargowych w sprawach indywidualnych.

⁴ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.; dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych skierował do Prezesa UOKiK 28 zawiadomień o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, z czego:

a) 23 zawiadomienia dotyczyły działalności zakładów ubezpieczeń, w tym:

■ 19 zawiadomień dotyczyło umów ubezpieczenia autocasco (klauzuli nielegalnego wprowadzenia do obrotu, problematyki zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony, zagadnienia dopuszczalności natychmiastowej wymagalności składki w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, uzależniania wypłaty odszkodowania od dostarczenia prawomocnego orzeczenia o umorzeniu postępowania karnego przy szkodach kradzieżowych, jak również rozszerzania ustawowego wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o którym mowa w przepisie art. 827 k.c.). W przypadku zawiadomień dotyczących umów ubezpieczenia autocasco, Prezes UOKiK poinformował o podzieleniu we wszystkich przypadkach stanowiska Rzecznika i o podjęciu działań zmierzających do usunięcia kontestowanych postanowień wzorców umownych z obrotu prawnego. Zaznaczyć również trzeba, że 1 zawiadomienie Rzecznika względem jednego z zakładów ubezpieczeń, które dotyczyło stosowania we wzorcu umownym postanowienia podobnego do klauzuli nielegalnego wprowadzenia pojazdu mechanicznego do obrotu (klauzula nr 1264), stanowiło podstawę do wydania w grudniu ubiegłego roku przez Prezesa UOKiK decyzji o naruszeniu zbiorowych interesów konsumentów i nałożeniu na tego ubezpieczyciela kary pieniężnej w wysokości 15 mln zł.

■ 4 zawiadomienia dotyczyły ubezpieczeń osobowych – ich tematyką było stosowanie – w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych – niekorzystnych i nieprecyzyjnie sformułowanych definicji umownych, problematyki odmowy zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony, jeśli umowa na życie była zawierana jako zabezpieczenie kredytu, ograniczania prawa do wypowiedzenia umowy, ustalania wysokich kosztów umorzenia środków pieniężnych w umowach na życie powiązanych z funduszami kapitałowymi, a także stosowanie nieuczciwej reklamy; w przypadku zawiadomień o podejrzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, dotyczących umów ubezpieczenia typu osobowego, Prezes UOKiK nie podzielił stanowiska Rzecznika w przedmiocie bezprawności ustalania wysokich kosztów umorzenia części składki ulokowanej w funduszach inwestycyjnych, jak również stosowania nieuczciwej reklamy.

■ 1 zawiadomienie dotyczyło umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – tematem przedmiotowego wystąpienia było uniemożliwianie konsumentom odstąpienia od umowy OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która była zawierana na odległość w trybie art. 16c ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za produkt niebezpieczny⁶. Prezes UOKiK poinformował o podjęciu działań zmierzających do usunięcia takiej praktyki z obrotu prawnego. Jednocześnie, Prezes UOKiK w pełni podzielił stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych o dopuszczalności odstąpienia od tej umowy w wyżej wskazanym trybie.

b) 3 zawiadomienia dotyczyły kancelarii odszkodowawczych – przedmiotowe wystąpienia dotyczyły głównie stosowania we wzorcach umownych przez przedsiębiorców, których przedmiotem działalności gospodarczej jest świadczenie usług w postaci dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, postanowień niedozwolonych uprzednio wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych lub sprzecznych z bezwzględnie obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego, w szczególności z przepisami o umowie zlecenia np. ograniczającymi lub wyłączającym prawa konsumenta do wypowiedzenia umowy zawartej na czas nieokreślony, przewidującymi rażąco wygórowane kary umowne, jak również ograniczającymi właściwość przemienną sądów w razie sporu stron umowy. Prezes UOKiK podzielił większość uwag Rzecznika Ubezpieczonych i poinformował o podjęciu działań zmierzających do usunięcia kontestowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych postanowień wzorców umowy z obrotu prawnego.

c) 1 zawiadomienie dotyczyło działalności firmy windykacyjnej, która nabyła roszczenia o zapłatę składki z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych; na tle skarg i informacji przekazywanych od konsumentów częstokroć wzywano do spełnienia świadczenia nienależnego lub wielokrotnie kierowano żądania zapłaty w sytuacji, gdy dłużnik odmówił spełnienia świadczenia przedawnionego i zapowiedział podniesienie zarzutu przedawnienia przed sądem. Wzywanie konsumenta do spełnienia świadczenia nienależnego zostało zakwalifikowane jako postępowanie wprowadzające w błąd konsumenta co do jego rzeczywistej sytuacji prawnej – zobowiązania do zapłaty nienależnego długu. Ten drugi rodzaj postępowania firmy windykacyjnej mógł być zachowaniem nakierowanym na wywołanie u konsumentów presji psychicznej prowadzącej do podejmowania działania zgodnego z wolą przedsiębiorcy, a więc postępowaniem, które pozostaje w opozycji do treści art. 18 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Prezes UOKiK poinformował o niepodjęciu działań, jednak stanowisko to nie było uzasadnione brakiem bezprawności zachowania się przedsiębiorcy, lecz niskim walorem okoliczności dowodowych, wskazywanych przez konsumentów, które umożliwiłyby skuteczne wyeliminowanie zakwestionowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych praktyk windykacyjnych.

⁶ Dz. U. z 2000 r., nr 22, poz. 271 z późn. zm.

W I półroczu bieżącego roku Rzecznik Ubezpieczonych złożył 18 zawiadomień o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, z czego:

- a) 8 zawiadomień dotyczyło umowy ubezpieczenia autocasco – tematyką 7 zawiadomień było stosowanie w ogólnych warunkach ubezpieczeń postanowień umownych, które rozszerzały ustawowe wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie szerszym, niż zezwala na to przepis art. 827 k.c.; 1 zawiadomienie dotyczyło natomiast postanowienia, które przewidywało prawo ubezpieczyciela do proporcjonalnego pomniejszenia odszkodowania w razie podania błędnych danych dotyczących historii ubezpieczenia.
- b) 1 zawiadomienie dotyczyło umowy ubezpieczenia na życie – tematem tego wystąpienia było zakwestionowanie przez Rzecznika Ubezpieczonych dopuszczalności stosowania postanowienia umownego, które przewidywało wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 65 roku życia, pomimo trwania nadal stosunku ubezpieczenia oraz opłacania składki.
- c) 9 zawiadomień dotyczyło praktyki zakładów ubezpieczeń przy wykonywaniu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – tematyką tych zawiadomień było podejrzenie naruszenia treści bezwzględnie obowiązującego przepisu art. 361 i 363 k.c. przy wykonaniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy poprzez przyjmowanie stałych modeli postępowania, które wyłączały lub istotnie ograniczały prawo poszkodowanego – konsumenta do refundacji kosztów najmu samochodu zastępczego, błędnej kwalifikacji szkody całkowitej, stosowania potrąceń amortyzacyjnych, a także ustalania sumy odszkodowania w oparciu o ceny części zamiennych wbrew zgody poszkodowanego i w sytuacji, gdy uszkodzony pojazd mechaniczny posiadał części pochodzące bezpośrednio od producenta.

Oprócz powyżej wskazanych danych statystycznych dotyczących zawiadomień Rzecznika o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów i zarysowych tematów wystąpień zasadnym byłoby – w celu zobrazowania działalności Rzecznika w omawianym obszarze – przedstawienie najważniejszych wystąpień z punktu widzenia ochrony prawnej konsumentów usług ubezpieczeniowych.

1. Klauzula nielegalnego wprowadzenia pojazdu do obrotu (klauzula nr 1264)

Na gruncie umów ubezpieczenia autocasco na przełomie 2008 i 2009 roku istotnym problemem dostrzeżonym w toku analiz wzorców umownych i podczas rozpatrywania skarg w sprawach indywidualnych z zakresu umów AC było stosowanie przez ubezpieczycieli postanowienia umownego, które uprzednio było wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1264.

W dniu 12 czerwca 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów⁷ uznał zapis wzorca umowy stosowany przez TUIR Warta S.A. o treści: *„Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd: wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie”* za niedozwolony i zakazał jego stosowania. Powyższy zapis został umieszczony w dniu 12 września 2007 r. w rejestrze klauzul abuzywnych, pod numerem 1264. W uzasadnieniu orzeczenia Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, iż: zapis ten zawiera nieoczywiste, nieprecyzyjne sformułowania takie jak: „innym dokumencie”, „dane zgodne z rzeczywistością”, „naruszono ograniczenia w obrocie”. Takie ujęcie postanowienia powodowało niejasną sytuację konsumenta co do tego o jakie dane chodzi, w jakich dokumentach oraz co oznacza zgodność z rzeczywistością i jakie jest ich znaczenie. Sąd uznał, iż taki zapis był niezgodny z art. 385¹ § 1 k.c. jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interesy konsumentów. Sprzeczność z dobrymi obyczajami – w ocenie Sądu – wyrażała się w nierzetelnym, nierównym traktowaniu konsumenta jako partnera umowy, niewłaściwym informowaniu o przysługujących mu uprawnieniach oraz wykorzystywaniu pozycji profesjonalisty. Jednocześnie, w ocenie Sądu, powyższy zapis wyczerpywał przesłanki przykładowych niedozwolonych klauzul umownych określonych w art. 385³ pkt 2 i 9 kodeksu cywilnego, jak również był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny, bowiem pomimo zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, po zawarciu umowy ubezpieczenia, narażał konsumenta na odmowę wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela, mimo zapłaty składki przez konsumenta.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonał analizy wzorców umownych pod kątem stosowania przez innych ubezpieczycieli postanowień o treści lub celu tożsamym z wyżej przywołaną klauzulą abuzywną. Wynikiem tej analizy było skierowanie 15 zawiadomień o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez posługiwanie się postanowieniem podobnym do postanowienia uprzednio wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych

⁷ Sygn. akt XVII AmC 103/07.

⁸ Sygn. akt XVII AmC 123/07.

pod nr 1264. Prezes UOKiK poinformował o podjęciu działań zmierzających do usunięcia z obrotu prawnego zakwestionowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych postanowień. W przypadku jednego z zakładów ubezpieczeń, zawiadomienie Rzecznika stanowiło podstawę do wydania decyzji stwierdzającej stosowanie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów i nałożenia kary pieniężnej.

2. Szkada powstała w innych okolicznościach niż podane we wniosku (klauzula nr 1291, 1654, 1714)

W dniu 2 października 2007 r. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów – Sąd Okręgowy w Warszawie uznał zapis wzorca stosowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. o treści: *„Compensa nie odpowiada za szkody powstałe w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody”* za niedozwolony i zakazał jego stosowania⁸. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać ubezpieczający, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zdaniem Sądu, zastosowanie tak surowej sankcji jak odmowa wypłaty odszkodowania każdorazowo warunkowane być musi istnieniem związku przyczynowo–skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Zakwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zdaniem Sądu, istotnym było również to, że zakwestionowane postanowienie w ogóle nie uwzględniło przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktycznym. W konsekwencji, stosując zakwestionowane postanowienie, ubezpieczyciel zastrzegł sobie prawo do wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadkach, gdy ubezpieczający, podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych, dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto zakwestionowany wzorzec umowny nie wskazywał, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeśli takich ustaleń miał dokonywać tylko zakład ubezpieczeń, to w takim kształcie postanowienia, jego ustalenia mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w sposób oczywisty wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385³ pkt 9 k.c. W dniu 20 grudnia 2007 r. przedmiotowe postanowienie umowne zostało wpisane przez Prezesa UOKiK do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1291. Należy dodać, iż w dniu 25 lutego 2009 r. Sąd Ochrony Konkurencji uznał zapis stosowany przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o treści *„Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w okolicznościach innych, niż podano w zgłoszeniu szkody”* za niedozwolony i zakazał jego stosowania⁹. Przedmiotowe postanowienie zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych w dniu 29 lipca 2009 r. pod numerem 1654. Ponadto w dniu 3 sierpnia 2009 r. SOKiK uznał zapis o.w.u. stosowanych przez AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. o treści *„Nie odpowiadamy również za szkody, jeżeli doszło do niej w innych okolicznościach niż podano przy jej zgłoszeniu.”* za niedozwolony i zakazał jego stosowania¹⁰. W dniu 30 października 2009 r. przedmiotowe postanowienie wzorca umownego zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem 1714.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonał analizy wzorców umownych pod kątem stosowania przez innych ubezpieczycieli postanowień o treści lub celu tożsamym z wyżej przywołanymi klauzulami abuzywnymi. W wyniku tej analizy Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do 9 zakładów ubezpieczeń o zmianę w tym zakresie 11 ogólnych warunków ubezpieczeń autocasco. Wszystkie zakłady ubezpieczeń, do których wystąpił Rzecznik zobowiązały się do niezwłocznego dokonania zmian. Ponadto w dniu 23 listopada 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez jedno z towarzystw ubezpieczeniowych praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez zawarcie w ogólnych warunkach ubezpieczenia autocasco postanowienia o treści zbieżnej z treścią postanowień wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych pod numerem: 1291 i 1654 oraz 1714. W odpowiedzi na przedmiotowe zawiadomienie Prezes UOKiK poinformował Rzecznika o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania przedmiotowego postanowienia z obrotu prawnego.

3. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony

W dniu 29 kwietnia 2009 r. Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Prezesa UOKiK zawiadomienie o podejrzeniu stosowania przez jeden z zakładów ubezpieczeń praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez stosowanie we wzorcu umownym postanowienia o treści: *„składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz niewykorzystanej sumy ubezpieczenia”*. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych wyżej przywołane postanowienie umowne pozostawało w sprzeczności z treścią obowiązujących przepisów prawa oraz stało w opozycji do dobrych obyczajów i rażąco naruszało interesy konsumentów. Sprzeczność

⁹ Sygn. akt XVII AmC 252/08.

¹⁰ Sygn. akt XVII AmC 249/08.

z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa przejawiała się w naruszeniu dyspozycji normy z art. 813 k.c. Zgodnie z tym przepisem składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Norma ta jako jedyne kryterium ustalania wysokości składki podlegającej zwrotowi podaje wyłącznie długość okresu niewykorzystanej ochrony. Tym samym nie można uzależniać wysokości zwracanej składki od żadnych innych czynników, w tym od zakresu, w jakim ubezpieczyciel wykonał swoje zobowiązanie. Kwestionowane postanowienie umowne – w opinii Rzecznika Ubezpieczonych – można również kwalifikować jako postanowienie kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające jego interesy, i tym samym za niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. W przypadku powyższego zawiadomienia Prezes UOKiK decyzją nr rwr 41/2009 z dnia 30 grudnia 2009 r. stwierdził praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów – w postaci postępowania się postanowieniem o treści przywołanej i nałożył na zakład ubezpieczeń karę pieniężną w wysokości 15 mln zł. Ubezpieczyciel odwołał się do SOKiK od przedmiotowej decyzji. W chwili obecnej trwa postępowanie sądowe.

4. Postanowienia naruszające art. 827 k.c.

Rzecznik Ubezpieczonych w 2009 i 2010 r. złożył 9 zawiadomień dotyczących naruszenia w umowach autocasco przepisu art. 827 k.c. poprzez rozszerzenie zakresu wyłączeń odpowiedzialności, o których mowa w art. 827 k.c. Sprzeczność ta, w opinii Rzecznika Ubezpieczonych, polegała na pominięciu możliwości wypłaty odszkodowania w przypadku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego, jeżeli zapłata odszkodowania odpowiadała w danych okolicznościach względem słuszności lub wyłącznie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez osoby pozostające z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli szkoda została wyrządzona z rażącego niedbalstwa. Innymi słowy, w pierwszym przypadku doszło do zawężenia w o.w.u. treści bezwzględnie obowiązującego przepisu art. 827 § 1 k.c. W drugim zaś przypadku sprzeczność z treścią art. 827 § 3 k.c. polegała na tym, że ubezpieczyciele wyłączały swoją odpowiedzialność także w przypadku szkód wyrządzonych przez osoby pozostające z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli stopień winy sprawcy szkody kwalifikowany był w postaci rażącego niedbalstwa. Przepis art. 827 § 3 k.c. pozwala jedynie na umowne przyjęcie odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie. Jak wcześniej zostało wskazane Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podzielił uwagi Rzecznika i poinformował o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania przedmiotowych wzorców z obrotu.

5. Proporcjonalność

W marcu br. Rzecznik Ubezpieczonych złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów przez jedno z towarzystw ubezpieczeń poprzez stosowanie w umowie autocasco postanowienia o treści „*Podanie przez Ubezpieczającego nieprawdziwych danych mających wpływ na ocenę ryzyka lub wysokość składki, w razie zaistnienia szkody spowoduje zmniejszenie odszkodowania odpowiednio do stopnia ryzyka w proporcji wynikającej ze stosunku składki naliczonej do składki należnej*”. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych powyższe postanowienie umowne mogło wypełniać przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych tak skonstruowane postanowienie umowne pozostaje w opozycji do treści art. 805 k.c., 815 k.c. oraz art. 816 k.c. i jednocześnie może wypełniać przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.).

6. Podejrzenie stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów przez zakłady ubezpieczeń przy wykonaniu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

a) Samochód zastępczy

Rzecznik Ubezpieczonych w toku rozpoznawania skarg w sprawach indywidualnych na gruncie odpowiedzialności gwarancyjnej zakładów ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zaobserwował przyjęcie przez część zakładów ubezpieczeń modelu postępowania przy likwidacji szkód, który ograniczał lub istotnie zawężył prawo osób fizycznych do refundacji kosztów najmu samochodu zastępczego, jeśli nie prowadzą one działalności gospodarczej lub nie udowodnią, że jeśli nie wynajęliby samochodu zastępczego to ponieśliby z tego powodu szkodę majątkową lub utraciliby określone korzyści. Jednocześnie zawężono okres refundacji do tzw. technologicznego czasu naprawy lub do powiadomienia o kwalifikacji stopnia uszkodzenia przy szkodzie całkowitej. Zdiagnozowano również przypadki weryfikacji stawki najmu do średnich stawek obowiązujących na danym rynku lokalnym, niezależnie od rzeczywiście poniesionych kosztów przez konsumenta z powyższego tytułu. Praktyka ta – w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych – pozostaje w sprzeczności z treścią art. 34 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach

obowiązkowych w zw. z art. 361 k.c. Rzecznik Ubezpieczonych, nie podzielając takich modeli postępowania, skierował 6 formalnych zawiadomień do Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Prezes UOKiK podzielił stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w omawianej sprawie i poinformował o podjęciu działań zmierzających do wyeliminowania takiej praktyki z obrotu.

b) Szkoda całkowita

Rzecznik Ubezpieczonych w toku rozpoznawania skarg w sprawach indywidualnych na gruncie odpowiedzialności gwarancyjnej zakładów ubezpieczeń z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zaobserwował praktykę polegającą na zaniżeniu odszkodowania poprzez błędną kwalifikację stopnia uszkodzenia pojazdu jako szkody całkowitej. Polega ona na sumowaniu kosztów naprawy pojazdów mechanicznych i wartości pozostałości powypadkowych. Jeżeli suma ta przekroczyła wartość rynkową pojazdu z dnia szkody to wówczas zakład ubezpieczeń kwalifikował szkodę jako tzw. szkodę całkowitą. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych taka praktyka stoi w sprzeczności z treścią art. 363 k.c. i utrwaloną praktyką sądową w sprawie kwalifikacji stopnia uszkodzenia pojazdu jako szkody całkowitej. Szkoda całkowita na gruncie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zachodzi wówczas, gdy koszty naprawy są równe lub wyższe niż wartość rynkowa pojazdu z dnia szkody. Ubezpieczyciel nie może w drodze umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych albo jednostronnej praktyki ustalać odmiennie kryteria ustalania szkody całkowitej na gruncie wykonania umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W marcu br. Rzecznik Ubezpieczonych złożył zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów w tym zakresie przez jednego z ubezpieczycieli. Prezes UOKiK poinformował o podzieleniu stanowiska Rzecznika w omawianej sprawie i włączeniu jej do toczącego się już postępowania wyjaśniającego przeciwko jednemu z ubezpieczycieli.

c) Stosowanie potrąceń amortyzacyjnych i części alternatywnych

W lipcu br. Rzecznik Ubezpieczonych złożył do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów przez jednego z ubezpieczycieli podczas wykonywania umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Przedmiotowe wystąpienie dotyczyło dwóch zagadnień: automatycznego stosowania tzw. potrąceń amortyzacyjnych, jeżeli pojazd był użytkowany przez pewien czas oraz jednostronne ustalanie przez zakład ubezpieczeń wysokości odszkodowania za szkody komunikacyjne z tytułu ubezpieczenia OC w oparciu o ceny tzw. części alternatywnych w sytuacji, gdy uszkodzony – konsument nie wyraził na to zgody, a wymianie lub naprawie podlegają oryginalne części zamienne pochodzące od producenta. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych takie działanie zakładu ubezpieczeń budzi poważne wątpliwości i nie znajduje potwierdzenia w obowiązujących normach prawnych, regulujących zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę komunikacyjną z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jak w ugruntowanej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych na tle przepisu art. 361 i 362 k.c.

Aktualnie trwają prace nad kolejnymi zawiadomieniami dotyczącymi podejrzenia stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Część wniosków będzie kontynuacją już złożonych zawiadomień dotyczących wykonywania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – przeciwko innym ubezpieczycielom i przyjętym przez nich modeli postępowania przy refundacji kosztów najmu samochodu zastępczego, rozliczaniu szkody całkowitej, stosowaniu potrąceń amortyzacyjnych i cen części alternatywnych, które mogą pozostawać w opozycji do bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Trwają również analizy nad zasadnością wystąpienia do Prezesa UOKiK w sprawie ograniczania prawa konsumentów do odstąpienia od umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, która została zawarta na odległość, jak również w sprawie postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco, które mogą pozostawać w opozycji do treści art. 826 k.c.

Przedstawienie sądowi istotnego poglądu dla spraw

1. Podstawy prawne oraz charakterystyka nowej kompetencji

Z dniem 21 grudnia 2007 r. weszła w życie ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym¹, która w art. 19 znowelizowała art. 26 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych. Dotychczasowe kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych² zostały rozszerzone o dwie nowe prerogatywy: 1) uprawnienie do wytaczania powództw na rzecz konsumentów w sprawach dotyczących nieuczciwych praktyk rynkowych w działalności ubezpieczeniowej, jak również za zgodą powoda wzięcie udziału w toczącym się postępowaniu; 2) uprawnienie do przedstawiania sądowi w trybie art. 63 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego³ istotnego poglądu w sprawie. Rzecznik Ubezpieczonych z nieukrywanym zadowoleniem przyjął fakt rozszerzenia instytucjonalnych form reprezentacji podmiotów, o których mowa w art. 5 ustawy o RU, albowiem w ocenie Rzecznika jest to kolejny krok ustawodawcy, który zwiększa ochronę słusznych praw konsumentów w relacjach z przedsiębiorcami. Przedstawiany przez Rzecznika Ubezpieczonych istotny pogląd w sprawie na podstawie art. 63 k.p.c., może w części spraw stanowić naturalny a zarazem dalszy etap postępowania skargowego z tym, że już na płaszczyźnie procesowej.

Celem niniejszego artykułu będzie przedstawienie w zarysie instytucji istotnego poglądu w sprawie, zaprezentowanie danych statystycznych dotyczących realizacji tej kompetencji przez Rzecznika Ubezpieczonych, a także omówienie wybranych poglądów przedstawionych przez Rzecznika w latach 2009 – 2010.

Rzecznik Ubezpieczonych może przedstawić istotny pogląd dla sprawy w sporach sądowych pomiędzy podmiotami, których reprezentuje a zakładami ubezpieczeń lub powszechnymi towarzystwami emerytalnymi. Istotny pogląd dla sprawy Rzecznik Ubezpieczonych może przedstawić każdemu sądowi prowadzącemu sprawę tj. rejonowemu, okręgowemu, apelacyjnemu, a nawet Sądowi Najwyższemu, w każdym stadium postępowania – w postępowaniu pierwszo instancyjnym, apelacyjnym, kasacyjnym, a także w postępowaniu prowadzonym na skutek zagadnienia prawnego przedstawionego do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu (art. 390 k.p.c., art. 14 pkt 4 ustawy o Sądzie Najwyższym⁴).

Przedstawiony przez Rzecznika Ubezpieczonych pogląd w sprawie może stanowić dla sądu liczący się materiał opiniodawczy o charakterze pomocniczym. Wyrażony pogląd wprawdzie nie jest dla sądu wiążący, ale sąd powinien ustosunkować się do niego i dać temu wyraz w uzasadnieniu orzeczenia. Prawdłowo i profesjonalnie przygotowany pogląd w sprawie powinien być wykorzystywany szczególnie przez sądy niższej instancji, gdyż problematyka ubezpieczeń gospodarczych jako dynamicznie rozwijająca się dziedzina prawa cywilnego charakteryzuje się wysokim stopniem skomplikowania.

Rzecznik Ubezpieczonych jest uprawniony do przedstawienia istotnego poglądu w sprawie na wniosek strony postępowania, bądź na żądanie sądu. Należy jednak podkreślić, iż w przypadku wniosku strony postępowania przedstawienie przez Rzecznika Ubezpieczonych istotnego poglądu dla sprawy ma charakter fakultatywny. Ocenę o fakultatywności poglądu w takim przypadku potwierdza orzecznictwo sądowe np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1980 r.⁵, zgodnie z którym „przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy jest prawem organizacji, a nie obowiązkiem”. Rzecznik Ubezpieczonych może odmówić przedstawienia poglądu, jeżeli wniosek o jego przedstawienie będzie dotyczył spraw pozostających poza zakresem podmiotowym lub przedmiotowym działalności Rzecznika albo jeżeli pogląd byłby negatywny dla wnioskodawcy.

Pogląd przedstawiany jest w formie pisemnej, a w razie potrzeby także w drodze wyjaśnień złożonych przed sądem. Dodatkowe wyjaśnienia, w zależności od uznania sądu, mogą być udzielone przez Rzecznika w formie pisemnej lub ustnie do protokołu rozprawy.

W celu realizacji omawianej prerogatywy Rzecznik Ubezpieczonych przygotował wewnętrzne wytyczne oraz przeprowadził merytoryczne szkolenie w odniesieniu do osób, które realizują w ramach swoich czynności nową kompetencję. W trakcie prac nad wdrożeniem tej prerogatywy ustalono wzorzec informacji o możliwości przedstawienia przez Rzecznika poglądu istotnego w sprawie w ramach prowadzonych postępowań skargowych, a następnie nakreślono ramowy wzorzec (formę) takiego oświadczenia, które ma stanowić pomoc dla ekspertów



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

¹ Dz. U. nr 171, poz. 1206.

² Dz. U. nr 124, poz. 1153 z późn. zm.; dalej: ustawa o RU.

³ Dz. U. nr 43, poz. 296 z późn. zm.; dalej: k.p.c.

⁴ Dz. U. nr 240, poz. 2052 z późn. zm.

⁵ Sygn. akt I PR 62/80.

rozpatrujących skargi w indywidualnych sprawach, w konsekwencji których przedstawiany jest pogląd. Przedmiotowy wzorzec jest także wykorzystywany w pisemnych zapytaniach konsumentów o możliwości instytucjonalnej pomocy Rzecznika na etapie sądowego dochodzenia roszczeń z umów ubezpieczenia. W przypadku skarg w sprawach indywidualnych, gdzie istnieje duże prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego dla konsumenta rozstrzygnięcia w sprawie Rzecznik Ubezpieczonych wskazuje na możliwość przedstawiania sądowi profesjonalnego i bezpłatnego dla zainteresowanego konsumenta oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogląd. W praktyce – ekspert prowadzący postępowanie skargowe, oceniając je na koniec, decyduje czy w konkretnej indywidualnej sprawie są duże szanse na sukces w postępowaniu sądowym i informując o tym skarżącego deklaruje tego typu pomoc. Ekspert wskazuje, iż osoba skarżąca w celu otrzymania oświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych zawierającego istotny dla sprawy pogląd może postąpić w dwojaki sposób:

- W żądaniach pozwu należy, powołując się na art. 26 ust. 7 ustawy o RU w zw. z art. 63 k.p.c. zgłosić sądowi wniosek o wezwanie Rzecznika Ubezpieczonych do przedstawienia pisemnego poglądu istotnego dla sprawy. Prawdopodobnie sąd przychylając się do takiego wniosku wystąpi bezpośrednio do Rzecznika o przedstawienie ww. poglądu w sprawie. Z takim wnioskiem może skarżący wystąpić także w kolejnym piśmie procesowym lub zgłosić taki wniosek podczas rozprawy ustnie do protokołu.
- Wystąpić z wnioskiem bezpośrednio do Rzecznika Ubezpieczonych o przedstawienie poglądu w sprawie, gdy skierowano pozew do sądu wobec zakładu ubezpieczeń. Do wniosku kierowanego do Rzecznika należy dołączyć kopię pozwu i jeżeli jest to możliwe kopię odpowiedzi ubezpieczyciela na pozew. W tym przypadku Rzecznik przekaze przygotowany przez siebie pogląd na piśmie kierując go do sądu rozpatrującego sprawę oraz poinformuje o tym osobę występującą z wnioskiem.

Pogląd stanowi zredagowane w odpowiedniej procesowej formie stanowisko Rzecznika odnoszące się do stanu faktycznego w danej sprawie, a następnie zawierające ocenę merytoryczną (prawno – ubezpieczeniową) występującego na jego tle sporu. Tak jak każde pismo procesowe, zgodnie z normą art. 126 k.p.c., powinno zawierać kolejno:

- oznaczenie sądu, do którego jest skierowane, imię i nazwisko lub nazwę stron, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników – wskazanie sądu rozpatrującego sprawę, danych powoda (skarżącego, który skierował sprawę do sądu) oraz nazwę i siedzibę pozwanego ubezpieczyciela, przeciwko któremu toczy się postępowanie oraz ich przedstawicieli np. małżonka, radcy prawnego występującego w imieniu zakładu ubezpieczeń;
- oznaczenie rodzaju pisma – oświadczenie Rzecznika Ubezpieczonych zawierające istotny pogląd w sprawie;
- osnovę wniosku lub oświadczenia tj. wyrażenie stanowiska, ocenę zaistniałego sporu oraz będące w ich dyspozycji dowody na poparcie przytoczonych okoliczności. Należy wskazać, iż Rzecznik nie może przedstawiać dodatkowych dowodów, bowiem ich przedstawienie należy do powoda i pozwanego – stron postępowania;
- podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika – podpis Rzecznika Ubezpieczonych, bądź innej upoważnionej (umocowanej) przez niego osoby;
- wymienienie załączników – ewentualne pełnomocnictwo, dokumenty, na które Rzecznik w swoim oświadczeniu będzie się powoływał; załączone dokumenty powinny być kierowane albo w oryginale albo w kopiach poświadczanych za zgodność z oryginałem przez radcę prawnego;
- jeżeli to możliwe określenie wartości przedmiotu sporu – wskazanie dochodzonej przez powoda kwoty roszczenia.

2. Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy otrzymane w 2009 r. i I półroczu 2010 r.

Poniżej zostaną przedstawione dane statystyczne na temat otrzymanych przez Rzecznika Ubezpieczonych wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w 2009 r. i I półroczu 2010 r.

W 2009 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 16 wniosków o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy na podstawie art. 63 k.p.c. W odniesieniu do 9 spraw wnioski wpłynęły bezpośrednio od Powodów, a w 6 przypadkach został przekazany za pośrednictwem ich pełnomocników. W jednej sprawie o przedstawienie poglądu zwrócił się do Rzecznika bezpośrednio Sąd Rejonowy w Gnieźnie.

Otrzymane w 2009 r. wnioski o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy w 7 przypadkach były kontynuacją postępowań skargowych prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych. W 5 sprawach kończące postępowanie skargowe Rzecznik poinformował skarżących o możliwości przedstawienia oświadczenia zawierającego istotny dla sprawy pogląd. Dwa wnioski złożyły osoby, których sprawa była prowadzona przez Rzecznika Ubezpieczonych, lecz pismo kończące postępowanie skargowe nie zawierało takiej informacji. W tej grupie wniosków w 6 przypadkach Rzecznik przedstawił pogląd istotny dla sprawy, a tylko w jednym przypadku odmówił jego przedstawienia.

W minionym roku otrzymane przez Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o przedstawienie poglądu dotyczyły w 2 przypadkach ubezpieczeń na życie, a w pozostałych 14 – pozostałych ubezpieczeń majątkowych tj.:

- obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – 9 wniosków;
- ubezpieczenia mieszkania/domu – 3 wnioski;
- ubezpieczenia AC – 1 wniosek;
- ubezpieczenia maszyn rolniczych (casco kombajnów) – 1 wniosek.

Wspomniane dwa wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z toczącym się postępowaniem sądowym w odniesieniu do umów ubezpieczeń z działu I dotyczyły PAPTUnŻiR Amplico Life S.A. i STU na Życie Ergo Hestia S.A. Natomiast, w przypadku umów ubezpieczeń z działu II Rzecznik otrzymał 14 wniosków o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy. Wnioski te dotyczyły postępowań sądowych prowadzonych przeciwko:

- PZU S.A. – 4 wnioski;
- TUiR WARTA S.A. – 3 wnioski;
- PTU S.A. – 3 wnioski;
- TU INTERRISK S.A. Vienna Insurance Group – 2 wnioski;
- HDI Asekuracja TU S.A. – 1 wniosek;
- UNIQA TU S.A. – 1 wniosek.

W ubiegłym roku Rzecznik Ubezpieczonych, działając na podstawie art. 63 k.p.c., w odniesieniu do 9 wniosków przedstawił sądowi rozpatrującemu sprawę istotny pogląd wyrażony w oświadczeniu, w tym w jednej sprawie na wniosek Sądu Rejonowego w Gnieźnie. Do chwili obecnej Rzecznik otrzymał informację o 5 sprawach rozpatrzonych przez sąd pozytywnie, z uwzględnieniem oświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych zawierającego istotny dla sprawy pogląd. W dalszej części artykułu szczegółowo omówione zostaną wnioski, w których Rzecznik przedstawił sądowi oświadczenie zawierające istotny dla sprawy pogląd i otrzymał informację o zakończeniu sprawy wynikiem pozytywnym.

Rzecznik Ubezpieczonych odmówił przedstawienia poglądu w sprawie w odniesieniu do 7 wniosków otrzymanych w 2009 r. W tych sprawach z uwagi na fakt, iż zgłoszony wniosek nie był ściśle związany z dyspozycją art. 63 k.p.c., bowiem nie był przedstawiany na potrzeby toczącego się postępowania sądowego lub z uwagi na to, iż pogląd mógłby okazać się dla powodów niekorzystny, Rzecznik odmówił jego wyrażenia, przekazując jednocześnie stanowisko w danej sprawie.

W I półroczu 2010 r. Rzecznik otrzymał dwa wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy w związku z toczącym się postępowaniem sądowym. Pierwszy wniosek, który został przesłany bezpośrednio przez Powoda, dotyczył umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie EUROPA S.A. a PKO BP S.A. Drugi wniosek Rzecznik otrzymał bezpośrednio z Sądu Okręgowego w Gliwicach i dotyczył kompleksowego ubezpieczenia dla osób fizycznych „Bezpieczny Dom”, zawartego z PZU S.A. W obu przypadkach Rzecznik przedstawił sądowi oświadczenie zawierające istotny dla sprawy pogląd. Powyższe działania były kontynuacją prowadzonych postępowań skargowych, w których Rzecznik informował skarżących o możliwości przedstawienia poglądu istotnego dla sprawy.

3. Wnioski o przedstawienie poglądu istotnego dla sprawy zakończone pozytywnym wyrokiem sądu

Jak wskazano powyżej Rzecznik Ubezpieczonych w 5 sprawach otrzymał informację o rozpatrzeniu sprawy przez sąd pozytywnie z uwzględnieniem oświadczenia Rzecznika zawierającego istotny dla sprawy pogląd.

I. Pierwsze oświadczenie Rzecznika Ubezpieczonych zawierające istotny dla sprawy pogląd dotyczyło zalania budynku wodą w następstwie awarii rury wodociągowej. Powodowie posiadali umowę ubezpieczenia nieruchomości zawartą z Pozwanym Zakładem Ubezpieczeń. Z otrzymanej dokumentacji wynikało, iż pozwana Spółka odmówiła wypłaty odszkodowania uzasadniając swoje stanowisko brakiem odpowiedzialności w przedmiotach służących działalności gospodarczej.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych stanowisko Pozwanego Ubezpieczyciela jest nieuzasadnione. W przedstawionym oświadczeniu Rzecznik wskazał, że Powodowie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia, zwrócili się do profesjonalnego podmiotu, brokera ubezpieczeniowego i za jego pośrednictwem zawarli umowę ubezpieczenia nieruchomości na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia oferowanych przez Pozwaną Spółkę. Broker, zwracając się do Ubezpieczyciela przedstawił pełen opis ryzyka, wskazując jednoznacznie, że w ubezpieczanej nieruchomości prowadzona będzie działalność gospodarcza polegająca na wynajmie pokoi turystom. Pozwany Zakład Ubezpieczeń nie wnosił o przedstawienie dodatkowych informacji, ocenił ryzyko na podstawie danych zawartych we wniosku sporządzonym przez brokera i objął ochroną ubezpieczeniową przedmiotową nieruchomość. Powodowie opłacili podwójny wymiar składki z uwagi na podwyższone ryzyko związane z wynajmem pokoi, co wskazuje na to, iż Pozwana Spółka miała świadomość, że w nieruchomości będzie prowadzona działalność gospodarcza polegająca na wynajmie pokoi.

W przedmiotowej sprawie Rzecznik zwrócił uwagę, iż ogólne warunki ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia⁶.

Przyjęta przez Pozwaną Spółkę definicja „domu jednorodzinne”, zdaniem Rzecznika, nie ogranicza wprost odpowiedzialności Ubezpieczyciela tylko do budynków wykorzystywanych w celu zaspokojenia potrzeb

⁶ Art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 124, poz.1151 z późn. zm.) oraz art. 385 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.) – dalej: k.c.

mieszkaniowych z zamiarem stałego pobytu. Sformułowana w ten sposób definicja jest nieprecyzyjna i może być rozumiana i interpretowana w sposób niekorzystny dla Ubezpieczającego.

Przedstawiając oświadczenie zawierające istotny dla sprawy pogląd Rzecznik Ubezpieczonych wskazał, iż Pozwany Zakład Ubezpieczeń w rozpatrywanym stanie faktycznym, niesłusznie odmówił wypłaty odszkodowania, co stanowi nieuprawnione w świetle przepisów prawa, a także ugruntowanej linii orzecznictwa, działanie z Jego strony.

W otrzymanym przez Rzecznika wyroku Sąd Okręgowy w Koszalinie wskazał, iż zawarta umowa ubezpieczenia obejmowała ochroną ubezpieczeniową dom jednorodzinny z działalnością gospodarczą polegającą na wynajmie pokoi. W związku z tym Pozwany Ubezpieczyciel był zobowiązany do wypłaty odszkodowania na rzecz Powodów za powstałą szkodę zalaniową. Łączna kwota odszkodowania ustalona przez Sąd w oparciu o opinie biegłego z zakresu budownictwa wyniosła 82 512,82 zł. Po zwiększeniu o należny podatek VAT Sąd uznał za zasadne zasądzenie na rzecz Powodów odszkodowania w wysokości 88 288,72 zł. Sąd zasądził również odsetki za zwłokę w wypłacie odszkodowania.

II. Kolejny wniosek o przedstawienie sądowi poglądu istotnego dla sprawy dotyczył zdarzenia drogowego, w wyniku którego doszło do uszkodzenia pojazdu należącego do Powódki. Sprawcą kolizji okazał się kierowca pojazdu posiadającego w chwili zdarzenia ważną polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wykupioną w Pozwanym Zakładzie Ubezpieczeń.

Z przekazanych przez Powódkę informacji wynikało, iż szkoda została rozliczona jako częściowa, a zaproponowany przez Ubezpieczyciela sposób rozliczenia szkody w pojeździe, jak również wysokość odszkodowania, jakie Pozwany wypłacił tytułem pokrycia kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu zostały przez Nią zaakceptowane. Dodatkowo Powódka wniosła roszczenie o wypłatę odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej przedmiotowego pojazdu.

Pozwana Spółka odmówiła wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu stwierdzając, iż w zgłoszonym przypadku brak jest przesłanek natury technicznej przemawiających za tym, że naprawa pojazdu spowodowała obniżenie jego wartości. Pozwany wyraził pogląd, że ubytek wartości handlowej można określić dopiero w chwili zbycia pojazdu, a żądanie wypłacenia Powódce jakiegokolwiek kwoty tytułem naprawienia tzw. szkody handlowej jest przedwczesne. Dodatkowo Pozwany Zakład Ubezpieczeń odwołał się do technicznego aspektu sprawy stwierdzając, że zgodnie z przyjętymi przez środowiska rzeczoznawcze zasadami⁷, wyznaczenie ubytku wartości handlowej jest uzależnione od spełniania przez pojazd szeregu kryteriów, które w niniejszej sprawie nie wystąpiły.

Należy jednak wskazać, iż na zlecenie Powódki została sporządzona opinia techniczna przez biegłego rzeczoznawcę z zakresu techniki samochodowej, ruchu drogowego, maszyn i urządzeń. Przedmiotem opinii było ustalenie rynkowego ubytku wartości przedmiotowego pojazdu w wyniku kolizji, który biegły rzeczoznawca określił na kwotę 2 300,00 zł.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych roszczenie o ubytek wartości handlowej pojazdu mieści się w granicach normalnych następstw powodujących obowiązek gwarancyjny po stronie Pozwanego Zakładu Ubezpieczeń i co się z tym wiąże powinno zostać uwzględnione przez Ubezpieczyciela szczególnie w sytuacji, gdy zachodzą ku temu, tak jak w omawianej sprawie, odpowiednie przesłanki. W przedmiotowej sprawie podstawą składanych przez Powódkę żądań jest art. 361 k.c. w zw. z art. 363 k.c., zgodnie z którymi roszczenie o wypłatę kwoty z tytułu utraty wartości handlowej należy uznać za słuszne.

Po zakończeniu sprawy sądowej Powódka poinformowała Rzecznika Ubezpieczonych o zasądzeniu przez Sąd Rejonowy w Gnieźnie od Pozwanego Zakładu Ubezpieczeń kwoty 1 600,00 zł. wraz z odsetkami za zwłokę i kosztami postępowania.

III. Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił również pogląd w sprawie szkody likwidowanej z umowy ubezpieczenia autocasco. Z posiadanej dokumentacji wynikało, iż we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia AC nie było oświadczenia Ubezpieczającego o przebiegu szkodowości, zarówno w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jak i autocasco. Jednocześnie brak było wezwania Ubezpieczyciela o uzupełnienie wniosku poprzez podanie dodatkowych informacji. Pozwany Zakład Ubezpieczeń wypłacając Powodowi dwukrotnie odszkodowanie zarachował ww. świadczenia na poczet II raty składki należnej w listopadzie 2006 r., a następnie pismem z dnia 27 września 2006 r. Ubezpieczyciel wypowiedział umowę ubezpieczenia AC. W dniu 4 października 2006 r. doszło do kradzieży ubezpieczonego pojazdu, za który Pozwany Zakład Ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania powołując się na zatajenie przez Powoda danych mających wpływ na ocenę ryzyka i ustalenie wysokości składki.

W przedstawionym oświadczeniu zawierającym pogląd istotny dla sprawy Rzecznik poruszył 4 zagadnienia:

- 1) Dopuszczalność zastosowania sankcji przewidzianej w art. 815 § 3 k.c. – zdaniem Rzecznika odmowa wypłaty odszkodowania na tej podstawie nie może mieć miejsca. Wskazać należy, iż we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia brak jest oświadczenia Powoda o szkodowości lub jej braku. Z uwagi na to, że Ubezpieczający nie podał żadnych informacji nie można przyjąć, że zataił lub wprowadził w błąd Pozwaną Spółkę. Ubezpieczyciel powinien wezwać Ubezpieczającego do uzupełnienia wniosku, jednak w przedmiotowej sprawie nie skorzystał z przysługujących mu uprawnień.

⁷ Instrukcja Określania Rynkowego Ubytku Wartości Handlowej Pojazdów nr 1/2002 z dnia 17 stycznia 2002 r. – zatwierdzona do stosowania w Stowarzyszeniu Rzeczoznawców Techniki Samochodowej i Ruchu Drogowego.

- 2) Odmowa wypłaty na podstawie § 21 o.w.u. AC⁸ – w opinii Rzecznika postanowienie o.w.u. będące podstawą odmowy jest sprzeczne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, a zatem nieważne. Ustawodawca nie umożliwił Pozwanemu pomniejszenia odszkodowania z uwagi na podnoszone okoliczności, nie mające zresztą zastosowania w niniejszej sprawie. Prawodawca umożliwił jedynie odmowę, bądź pomniejszenie odszkodowanie w przypadku, gdy Ubezpieczający podał niezgodne z prawdą okoliczności, o które zapytywał Ubezpieczyciel we wniosku i miały one wpływ na zaistnienie szkody. Zdaniem Rzecznika Powód nie podał informacji, które wpływają jedynie na wysokość składki.
- 3) Skuteczność wypowiedzenia umowy – podstawą odmowy wypłaty odszkodowania nie może być powoływanie się przez Pozwaną Spółkę na fakt wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, bowiem umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem następnego miesiąca kalendarzowego i w dacie zdarzenia szkodowego polegającego na kradzieży pojazdu przedmiotowa umowa ubezpieczenia wiązała strony.
- 4) Zaliczenie wypłaconego odszkodowania na poczet przyszłej raty składki – zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych takie działanie nie powinno mieć miejsca, gdyż Pozwany Ubezpieczyciel wbrew postanowieniom umowy, kształtującym prawa i obowiązki stron jednostronnie potrącił swe świadczenia na poczet długu, którego wymagalność powstała w przyszłości. Należy wskazać, iż szkody, które zgłosił Poszkodowany nie wyczerpały sumy ubezpieczenia, nie zostały również zakwalifikowane jako tzw. szkoda całkowita, nie zaistniały więc przesłanki umożliwiające zaliczenie składki przez Pozwaną Zakład Ubezpieczeń na poczet niewymagalnego, w dacie spełnienia swego zobowiązania świadczenia.

Na podstawie posiadanej dokumentacji Rzecznik Ubezpieczonych wyraził pogląd w sprawie dotyczący podstaw prawnych zgłoszonych roszczeń tj. zagadnień, które w istotny sposób rzutują na prawa Ubezpieczającego.

Rzecznik został poinformowany przez Powoda, iż w ocenie Sądu Rejonowego w Poznaniu Powód wygrał sprawę w 70% tj. sąd zasądził od Pozwanego Ubezpieczyciela kwotę 31 033,15 zł. wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę.

IV. Następny pogląd Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił w sprawie o zapłatę odszkodowania za szkody poniesione w związku z wypadkiem komunikacyjnym, którego sprawcą był kierujący pojazdem ubezpieczonym w Pozwanej Spółce. Dochodzona pozwem kwota stanowi różnicę pomiędzy wysokością odszkodowania wypłaconą przez Pozwaną Zakład Ubezpieczeń a rzeczywistą wartością szkody. Ubezpieczyciel, likwidując szkodę w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody związane z ruchem tego pojazdu przyjął, iż naprawa pojazdu jest ekonomicznie nieopłacalna, kwalifikując szkodę jako tzw. szkodę całkowitą rozliczając ją metodą różnicową. Pozwany Zakład Ubezpieczeń przyjął wartość pojazdu na kwotę 19 300,00 zł, zaś wartość naprawy ustalili na kwotę 20 857,40 zł. Z powyższym wyliczeniem nie zgodził się Powód wskazując na szereg nieprawidłowości w kosztorysie sporządzonym przez Ubezpieczyciela (niewłaściwa, uboższa wersja pojazdu, bezpodstawne zawyżenie przebiegu pojazdu). W związku z powyższym, Powód wystąpił do niezależnego rzeczoznawcy samochodowego o sporządzenie wyceny. Licencjonowany rzeczoznawca dokonał ustalenia wartości pojazdu oraz sporządził szacunkowy koszt naprawy, z którego wynikało, że obie wartości znacznie odbiegają od kwot przyjętych przez Zakład Ubezpieczeń (wartość pojazdu ze stanu sprzed zdarzenia wynosi 26 500,00 zł, zaś koszt naprawy ustalono na kwotę 15 773,00 zł). Mimo przedłożenia przez Powoda wskazanej powyżej opinii Pozwana Spółka nie zmieniła stanowiska w sprawie, rozliczając szkodę metodą różnicową.

W przedstawionym oświadczeniu Rzecznik wskazał, iż prawo polskie statuuje zasadę pełnego odszkodowania, która oznacza obowiązek naprawienia przez ubezpieczyciela pełnej i pozostającej w związku przyczynowym ze zdarzeniem szkody poniesionej w majątku osoby poszkodowanej. Zgodnie z tym założeniem Pozwany Zakład Ubezpieczeń powinien ponieść koszty naprawy wszelkich, uzasadnionych wydatków w celu przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed szkody, nawet gdyby były to wydatki hipotetyczne, bowiem wybór sposobu naprawienia szkody przysługuje – co do zasady – Poszkodowanemu. Przywrócenie do takiego stanu polega na doprowadzeniu pojazdu do używalności i jakości w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych również orzecznictwo Sądu Najwyższego w kwestii tzw. szkody całkowitej jest jednolite i nie powinno rodzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych. W ramach likwidacji szkody z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za nadmierne należy uznawać te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości pojazdu sprzed powstania szkody. Brak jest natomiast 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.

W przedmiotowej sprawie – zdaniem Rzecznika – Pozwany Zakład Ubezpieczeń rozliczył szkodę w sposób niezgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, ugruntowaną linią orzecznictwa, ograniczając przysługujące Powodowi prawo wyboru sposobu naprawienia szkody wynikające z treści art. 363 § 1 k.c.

⁸ Art. 21 o.w.u. stanowi, że „jeżeli właściciel pojazdu lub osoba uprawniona do korzystania lub rozporządzania tym pojazdem nie wykonała obowiązków wynikających z przepisów § 18–20 Zakład Ubezpieczeń może odmówić odszkodowania w całości lub odpowiednio je zmniejszyć, o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub rozmiar szkody”.

Po zakończeniu prowadzonego postępowania sądowego Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał informację od Powoda o zawarciu pomiędzy stronami ugody na kwotę 15 630,00 zł tytułem wszystkich roszczeń zgłoszonych w pozwie wraz z odsetkami za zwłokę. Pozwany Zakład Ubezpieczeń zobowiązał się zwrócić Powodowi kwotę 542,00 zł. tytułem rozliczenia kosztów procesu. Powód wskazał dodatkowo, że zanim doszło do zawarcia ugody Sąd Rejonowy w Ławie powołał biegłego sądowego, który potwierdził, że w przedmiotowej sprawie nie wystąpiła szkoda całkowita pojazdu. Biegły wskazał również, że wartość samochodu przed szkodą, wartość kosztów naprawy i wartość zbywana pozostałości były bardzo zbliżone do wartości określonych wcześniej przez powołanego przez Powoda rzeczoznawcę, a które nie zostały uwzględnione przez Pozwaną Spółkę.

V. Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił również pogląd w sprawie likwidowanej w ubezpieczonej nieruchomości, w której nastąpiło włamanie i kradzież ubezpieczonego mienia. Pozwana Spółka odmówiła wypłaty odszkodowania uzasadniając swoje stanowisko brakiem odpowiedzialności z uwagi na to, że działanie, którego skutkiem była zgłoszona przez Powodów kradzież ruchomości nie pozostawiło śladów.

Zdaniem Rzecznika, stanowisko Pozwanego Ubezpieczyciela jest nieuzasadnione. Pozwana Spółka odmówiła wypłaty odszkodowania opierając się wyłącznie na notatkach policyjnych i protokole szkody nie czekając na wynik dochodzenia wszczętego przez Komisariat Policji w Kielcach. Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił również uwagę, iż z postanowienia o wszczęciu dochodzenia nie wynika, aby w trakcie dokonanych oględzin stwierdzono, że drzwi balkonowe nie były prawidłowo zabezpieczone, albo że Powodowie wychodząc z domu zostawili uchylone okno, nie ma też jakiegokolwiek informacji na temat zabezpieczenia drzwi balkonowych, bądź braku takiego zabezpieczenia. W ocenie Rzecznika posiadana dokumentacja wskazuje jednak na pozostawienie śladów włamania i użycie siły.

Rzecznik Ubezpieczonych wskazał, że działalność ubezpieczeniowa ma charakter profesjonalny, dlatego w ramach prowadzonej działalności Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązane jest do dołożenia wszelkich starań w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym do zebrania dokumentacji umożliwiającej bezsporne ustalenie czy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie szkodowe. Należy również dodać, iż podstawowym obowiązkiem zakładów ubezpieczeń jest sformułowanie umowy ubezpieczenia w sposób jasny i zrozumiały dla Ubezpieczającego. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych interpretacja powyższych przepisów w przedmiotowej sprawie rodzi przypuszczenie, iż Pozwana Spółka wykorzystuje pozycję silniejszej strony zawartej umowy ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę powyższe, Rzecznik wskazał, iż Pozwany Zakład Ubezpieczeń w rozpatrywanym stanie faktycznym niesłusznie odmówił wypłaty odszkodowania.

Rzecznik Ubezpieczonych został poinformowany przez Powodów o pozytywnym rozpatrzeniu sprawy przez Sąd Rejonowy w Kielcach, który zasądził od Pozwanego Zakładu Ubezpieczeń na rzecz Powodów solidarnie kwotę 24 947,70 zł wraz z odsetkami za zwłokę oraz kwotę 1 241 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Przedstawione powyżej wyniki z realizacji przez Rzecznika Ubezpieczonych tej nowej kompetencji pozwalają na sformułowanie uzasadnionego wniosku, iż możliwość przedstawienia istotnego poglądu dla sprawy to nie tylko naturalna kontynuacja i dopełnienie uprzednio prowadzonych postępowań skargowych, ale również istotny element instytucjonalnej pomocy prawnej udzielanej konsumentom usług ubezpieczeniowych, którzy w toku postępowania sądowego są niewątpliwie „stroną słabszą”. Wyniki te wskazują także na wysoką skuteczność tej instytucji. Prognozować można, iż liczba wniosków o przedstawienie poglądu będzie systematycznie wzrastać. Profesjonalnie bowiem przygotowany pogląd jest nie tylko cennym dla sądu rozpatrującego sprawę materiałem pomocniczym przy rozstrzyganiu i uzasadnianiu przyjmowanego orzeczenia, ale również istotnym wsparciem dla konsumentów w sądowym dochodzeniu swoim roszczeń. Pośrednim skutkiem realizacji tej kompetencji jest to, że Rzecznik Ubezpieczonych, korzystając z nowej prerogatywy, zapewnia sobie szerszy dostęp do orzecznictwa sądów powszechnych w zakresie ubezpieczeń gospodarczych. Pozyskane informacje o zapadających orzeczeniach w sprawach, w których Rzecznik przedstawiał pogląd stanowią dodatkowy element prowadzonej przez Biuro kwerendy orzecznictwa pod kątem występujących w nim rozbieżności, co z kolei posłuży formułowaniu przez Rzecznika wniosków do Sądu Najwyższego na podstawie art. 60 § 1 w zw. z art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym.

Zmiana otwartego funduszu emerytalnego – o czym pamiętać



Mariusz Denisiuk
starszy specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

1. Uwagi ogólne

Konstrukcja systemu emerytalnego sprawia, że uczestnictwo w otwartym funduszu emerytalnym jest obowiązkowe dla osób urodzonych po 31 grudnia 1968 r., opłacających składki na ubezpieczenie emerytalne. Ubezpieczony ma jednak swobodę wyboru funduszu, do którego chce przystąpić. Podobnie, samodzielnie podejmuje decyzje o zmianie funduszu emerytalnego. Obowiązkowość uczestniczenia w funduszu sprawia, że ubezpieczony nie może natomiast w dowolnej chwili podjąć decyzji o wystąpieniu z samego systemu lub decyzji o przystąpieniu do niego. Skoro więc decyzja o wyborze funduszu jest w zasadzie jedyną, którą ubezpieczony może podjąć samodzielnie, trudność w realizacji takiego wyboru staje się szczególnie dotkliwa.

Zmiana otwartego funduszu emerytalnego może czasem rodzić trudności. Będzie to problem z dokonaniem transferu środków w ogóle, lub problem z dokonaniem transferu w najkrótszym możliwym czasie. Ze względu na skalę problemu, wydaje się właściwe zaprezentowanie najczęstszych trudności związanych ze zmianą funduszu oraz wskazanie sposobów ich uniknięcia lub przezwyciężenia.

Wśród najczęstszych problemów należy wymienić:

- kwestionowanie przez dotychczasowy fundusz emerytalny poprawności danych zawartych w zawiadomieniu o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym;
- opóźnienie w dokonaniu wypłaty transferowej;
- pobranie przez dotychczasowy fundusz emerytalny opłaty za zmianę funduszu przed upływem 24 miesięcy od dnia uzyskania członkostwa w funduszu dotychczasowym.

2. Regulacja prawna

Wypłaty transferowe między funduszami emerytalnymi dokonywane są za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych cztery razy w roku – w ostatnim dniu roboczym lutego, maja, sierpnia i listopada. Powyższy termin uregulowany został przez art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych¹. Ubezpieczony, zgodnie z art. 84 ustawy, zawierając umowę z nowym otwartym funduszem emerytalnym, zobowiązany jest do przesłania do dotychczasowego funduszu emerytalnego zawiadomienia o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym. Wzór zawiadomienia został ustalony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie trybu i terminu powiadamiania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przez otwarty fundusz emerytalny o zawarciu umowy z członkiem oraz dokonywania wypłaty transferowej². Wzór zawiadomienia zawiera dane niezbędne do odpowiedniej identyfikacji członka funduszu i dokonania transferu zgromadzonych przez niego środków.

Ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych wprowadziła zatem cztery sesje transferowe w roku – w lutym, maju, sierpniu i listopadzie. Techniczne kwestie związane z transferem środków uregulowane są w przywołanym już rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie trybu i terminu powiadamiania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przez otwarty fundusz emerytalny o zawarciu umowy z członkiem oraz dokonywania wypłaty transferowej. Aby środki zgromadzone na rachunku w dotychczasowym funduszu zostały przekazywane w najbliższym terminie dokonania wypłaty transferowej do nowego funduszu, z którym została zawarta umowa o członkostwo, członek funduszu zobowiązany jest przesłać dotychczasowemu funduszowi zawiadomienie o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym oraz, jeżeli jest do niej zobowiązany, uiścić opłatę za zmianę funduszu emerytalnego.

Wysyłając zawiadomienie należy ponadto pamiętać, iż będzie ono zrealizowane w trakcie najbliższej sesji transferowej, jeżeli umowa z nowym funduszem emerytalnym została zawarta najpóźniej 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym jest dokonywana wypłata transferowa. W przypadku, gdy zawarcie umowy o członkostwo z nowym funduszem nastąpi później niż w 25 dniu miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym jest dokonywana wypłata transferowa, wypłata transferowa nastąpi w następnym terminie transferowym. Na podstawie otrzymanych zawiadomień, fundusz emerytalny sporządza imienny wykaz członków zmieniających fundusz emerytalny. Wykaz ten tworzony jest w 11 dniu miesiąca, w którym przeprowadzana jest wypłata transferowa. Na wykaz naniesione są dane osób, które do tego dnia przekażą właściwe zawiadomienia. W 12 dniu miesiąca wykaz ten jest przekazywany do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wypłata transferowa jest dokonywana pod warunkiem uiszczenia przez członka otwartego funduszu z własnych środków opłaty na rzecz powszechnego towarzystwa emerytalnego, które zarządza danym otwartym funduszem, z tym że pobranie takiej opłaty może nastąpić tylko wówczas, gdy od ostatniego dnia miesiąca, w którym uzyskano członkostwo w funduszu do dnia najbliższej wypłaty transferowej do innego funduszu upływa mniej niż 24 miesiące. Taki obowiązek nakłada art. 119 ust. 2 ustawy. Uzyskanie członkostwa w funduszu następuje z chwilą zawarcia umowy z funduszem w dniu zawarcia pierwszej

¹ Dz. U. z 2010 r., nr 34, poz. 189.

² Dz. U. nr 86, poz. 804, z późn. zm.

umowy z otwartym funduszem emerytalnym jeżeli Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokona odpowiedniego wpisu lub zmian w Centralnym Rejestrze Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych. W przypadku zmiany funduszu uzyskanie członkostwa w nowym funduszu następuje z dniem dokonania zmian w Centralnym Rejestrze Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych. Stosowne przepisy zawiera art. 81 ust. 1 i 5 ustawy.

Kwotę opłaty ustala rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lutego 2004 r. w sprawie opłaty pobieranej przez powszechne towarzystwo emerytalne z tytułu wypłat transferowych³. Zgodnie z rozporządzeniem wysokość opłaty wynosi 160 zł, jeżeli od ostatniego dnia miesiąca, w którym uzyskano członkostwo w funduszu do dnia dokonania wypłaty transferowej z rachunku członka w funduszu do innego funduszu upłynęło nie więcej niż 12 miesięcy lub 80 zł, jeżeli od ostatniego dnia miesiąca, w którym uzyskano członkostwo w funduszu do dnia dokonania wypłaty transferowej z rachunku członka w funduszu do innego funduszu upłynęło więcej niż 12 miesięcy, ale mniej niż 24 miesiące. Fundusz wysyła informację w formie pisemnej członkowi funduszu przystępującemu do innego funduszu, niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni roboczych, po otrzymaniu zawiadomienia o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym, o wysokości opłaty oraz wskazuje rachunek pieniężny, na który ma być przekazana. Opłatę uważa się za uiszczoną przez członka funduszu, jeżeli wpłynie ona na rachunek pieniężny wskazany przez fundusz do 7 dnia miesiąca, w którym jest dokonywana wypłata transferowa.

3. Zmiana funduszu – o czym pamiętać

Decydując się na zmianę otwartego funduszu emerytalnego, przede wszystkim należy dokonać porównania wyników inwestycji funduszu dotychczasowego z tym, do którego chcemy przystąpić. Pod uwagę należy wziąć wyniki długookresowe, a zatem wyniki z ostatnich 12 i 36 miesięcy oraz od początku funkcjonowania funduszy emerytalnych. Godne przypomnienia jest, iż cena jednostki rozrachunkowej każdego funduszu wynosiła 10 zł. A zatem dzisiejsza cena odzwierciedla wzrost wartości jednostki, co jest efektem zysków wypracowanych przez fundusz. Drugim elementem, jest wysokość prowizji pobieranej przez fundusz emerytalny od wpłaconej na rachunek składki. Od 1 stycznia 2010 r. prowizja nie może przekroczyć 3,5% wpłaconej składki. Może jednak być niższa.

Jednym z najczęstszych powodów trudności z realizacją wypłaty transferowej jest źle wypełnione zawiadomienie. Będzie to więc podanie niepełnych danych osobowych, np. wpisanie jednego imienia, podczas gdy przystępując do funduszu emerytalnego wskazano dwa imiona. Błędem będzie także wpisanie zmienionego nazwiska, jeżeli nie zostało ono zaktualizowane w funduszu emerytalnym. Błąd ten dotyczy głównie kobiet, które w trakcie członkostwa w funduszu wstąpiły w związek małżeński i zmieniły nazwisko przyjmując nazwisko małżonka lub dodając nazwisko małżonka do swojego. Wszelkie zmiany danych osobowych wymagają aktualizacji w funduszu.

Należy podkreślić, iż zawiadomienie o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym jest w zasadzie jedynym dokumentem, na podstawie którego dokonywany jest transfer znacznych środków finansowych. W związku z powyższym zasadne jest stosowanie procedur zabezpieczających członków funduszu przed działaniami niezgodnymi z prawem. Dość powszechnie obserwowane jest bowiem zjawisko nieuprawnionego wchodzenia w posiadanie danych osobowych członków funduszu emerytalnego. Na ich podstawie dokonywane jest usiłowanie zrealizowania transferu środków zgromadzonych na rachunku w funduszu emerytalnym. W tej sytuacji dokument zawiadamiający o zmianie funduszu nie może budzić wątpliwości, a z drugiej strony, właściwe jest wprowadzenie mechanizmu, dającego pewną dozę pewności, iż autorem zawiadomienia jest właśnie upoważniona do tego osoba. Dlatego też, fundusz emerytalny, który zakwestionuje poprawność danych zawartych w zawiadomieniu o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym, będzie miał do tego prawo, jeżeli dane wskazane w zawiadomieniu będą niepełne lub odmienne od tych, w których posiadaniu jest fundusz emerytalny.

Drugim problemem bywa opóźnienie w dokonaniu wypłaty transferowej. Jak wynika z przytoczonych przepisów, opóźnienie takie może być spowodowane zbyt późnym przesłaniem zawiadomienia o zawarciu umowy o członkostwo z innym otwartym funduszem emerytalnym, albo wręcz odwrotnie, ze zbyt wczesnego przesłania takiego zawiadomienia. Z pierwszym przypadkiem będziemy mieli do czynienia, jeżeli zawiadomienie dotrze do funduszu emerytalnego po sporządzeniu imiennego wykazu członków zmieniających fundusz, co jak wspomniano następuje w 11 dniu miesiąca, w którym następuje transfer środków. Z drugim przypadkiem będziemy mieli do czynienia, jeżeli zawiadomienie dotrze do funduszu emerytalnego przed sporządzeniem imiennego wykazu członków zmieniających fundusz, ale umowa z nowym funduszem emerytalnym została zawarta po 25 dniu miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym następuje transfer środków. Powyższe przypadki opisują oczywiście opóźnienia, za które fundusz emerytalny nie ponosi odpowiedzialności.

Trzecim problemem jest pobranie przez dotychczasowy fundusz emerytalny opłaty za zmianę funduszu przed upływem 24 miesięcy od dnia uzyskania członkostwa w funduszu dotychczasowym. Problem ten najczęściej wiąże się z nieprawidłowym obliczaniem stażu członkowskiego w funduszu emerytalnym. O ile nie jest kłopotliwe obliczenie stażu członkowskiego w funduszu, do którego przystąpiono jako do pierwszego, to już kłopotliwe bywa obliczenie stażu w funduszu, do którego przystąpiono na zasadzie zmiany funduszu. Należy podkreślić, iż staż w nowym funduszu emerytalnym, liczony będzie od dnia dokonania wypłaty transferowej. A więc od dnia, w którym Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokona, na podstawie zgłoszeń funduszy emerytalnych, odpowiedniej zmiany w Centralnym Rejestrze Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych, a następnie dokona transferu środków z funduszu dotychczasowego na rachunek ubezpieczonego w nowym otwartym funduszu emerytalnym. Podkreślimy, iż terminem tym jest ostatni dzień roboczy miesiąca, w którym dokonywana jest wypłata transferowa.

³ Dz. U. nr 31, poz. 262.

Obowiązek ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych czasowo wycofanych z ruchu, a wysokość składki

Od dnia 1 stycznia 2005 r. zgodnie z art. 78a ustawy – Prawo o ruchu drogowym¹ wprowadzona została możliwość czasowego wycofania pojazdu z ruchu.

Czasowe wycofanie pojazdu z ruchu dotyczy wyłącznie określonych kategorii pojazdów tj.

- samochodów ciężarowych i przyczep o dopuszczalnej masie całkowitej od 3,5t;
- ciągników samochodowych;
- pojazdów specjalnych;
- autobusów.

Do wydania decyzji w tym zakresie uprawniony jest właściwy starosta na wniosek zainteresowanego podmiotu. Właściciel pojazdu czasowo wycofywanego z ruchu zobowiązany jest uiścić opłatę, złożyć w starostwie do depozytu dowód rejestracyjny pojazdu i tablice rejestracyjne, a także odpowiednio zabezpieczyć pojazd. Pojazd może być czasowo wycofany z ruchu na okres od 2 do 24 miesięcy. Okres ten może być przedłużony, jednak łączny okres wycofania pojazdu z ruchu nie może przekraczać 48 miesięcy, licząc od dnia wydania decyzji o jego czasowym wycofaniu z ruchu. Na tle wprowadzonej instytucji pojawiło się zagadnienie istnienia obowiązku ubezpieczenia OC pojazdów czasowo wycofanych z ruchu.

W ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych² obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC związany jest z rejestracją pojazdu. Dyspozycja art. 29 ust. 1 pkt. 1 ustawy, która będzie miała zastosowanie do kategorii pojazdów wymienionych w art. 78a prawa o ruchu drogowym wskazuje, iż posiadacz pojazdu mechanicznego obowiązany jest zawrzeć umowę ubezpieczenia OC najpóźniej w dniu rejestracji pojazdu, z wyjątkiem pojazdów historycznych. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia OC na podstawie art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych następuje m.in. wskutek wyrejestrowania pojazdu, którego przypadki reguluje art. 79 ust. 1 prawa o ruchu drogowym. Co istotne – wprowadzona instytucja czasowego wycofania pojazdu z ruchu nie jest tożsama z wyrejestrowaniem pojazdu. Zatem należy uznać, że posiadacz pojazdu wycofanego czasowo z ruchu ma obowiązek mieć zapewnioną ochronę w zakresie odpowiedzialności cywilnej również w okresie, gdy pojazd jest wycofany z ruchu.

Pewne wątpliwości mogą budzić niektóre obowiązki nałożone na właściciela pojazdu czasowo wycofanego z ruchu tj:

- złożenie do depozytu przy starostwie dowodu i tablic rejestracyjnych (ust. 3);
- zapewnienie wycofanemu czasowo z ruchu pojazdowi postępu poza drogą publiczną i strefą zamieszkania (ust. 5), oraz
- (przez odesłanie na podstawie art. 46 ust. 5) zabezpieczenie przed możliwością jego uruchomienia przez osobę niepowołaną oraz zachowania innych środków ostrożności niezbędnych do uniknięcia wypadku (ust. 5).

Trzeba jednakże podkreślić, iż nowela ustawy Prawo o ruchu drogowym zarówno w przepisie art. 78a jak i przepisach zmieniających nie wprowadza możliwości rozwiązania, zawieszenia czy zwolnienia z obowiązku posiadania ubezpieczenia OC w okresie czasowego wycofania. Przypadki rozwiązania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy reguluje wyżej wskazywany przepis art. 33 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzić należy, iż wprowadzona nowelą instytucja czasowego wycofania pojazdu z ruchu nie zmienia zasad funkcjonowania obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, a tym samym na właścicielu czy nabywcy wycofanego pojazdu ciąży obowiązek ubezpieczenia w zakresie OC.

Podobnie w przypadku pojazdów czasowo wycofanych z ruchu nie istnieje możliwość skorzystania z ubezpieczenia krótkoterminowego na zasadach określonych w art. 27 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, gdyż pojazdy określone w art. 78a prawa o ruchu drogowym nie spełniają przesłanek określonych w tym przepisie.

Ponadto, co jest istotne dla potencjalnych poszkodowanych oraz biorąc pod uwagę gwarancyjny charakter ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, dodatkowo należy potwierdzić konieczność posiadania ubezpieczenia przez posiadaczy pojazdów czasowo wycofanych z ruchu w oparciu o inne równie ważne, w naszej ocenie



Marcin Bielecki
referent prawny
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

¹ Dz. U. z 2005r., nr 108 poz. 908 j.t. z późn. zm. dalej: prawo o ruchu drogowym.

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

argumenty. Zgodnie z przepisem art. 34 ust 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych za szkodę w związku z ruchem pojazdu uważa się również szkodę powstałą przy wsiadaniu i wysiadaniu z pojazdu, bezpośrednio przy załadunku i rozładunku pojazdu oraz podczas zatrzymania, postoju lub garażowania. Uzupełnienie tego przepisu stanowią także poglądy doktryny prawa ubezpieczeniowego a także ugruntowana linia orzecznictwa³. Biorąc pod uwagę powyższe, a także doświadczenie zebrane w oparciu o różnorodne stany faktyczne, istnieje szereg zagrożeń zdarzeniami szkodowymi związanymi z postojem pojazdu wycofanego czasowo z ruchu. Można sobie m.in. wyobrazić sytuację, gdy w okresie czasowego wycofania pojazdu z ruchu jego silnik podczas postoju, celem zapewnienia jego sprawności jest uruchamiany w określonych odstępach czasowych przeważnie zalecanych przez producenta lub serwis. Ponadto, z uwagi na zachowanie odpowiedniej struktury i kształtu ogumienia pojazd podczas dłuższego okresu postoju jest przemieszczany, co przeciwdziała jego odkształcaniu. Zwykle wskazane powyżej zabiegi konserwacyjne odbywają się na zamkniętym terenie lub w garażu. Tym niemniej, w takich miejscach również dochodzi do wypadków ubezpieczeniowych, także poważnych w skutkach szkód osobowych (tzw. szkody garażowe). Podobnie do szkody może dojść po dokonaniu kradzieży pojazdu czasowo wycofanego z ruchu (szkody wyrządzone przez złodzieja). Oczywistym jest, iż o ile ryzyko wystąpienia szkody w przypadku tego typu postoju jest znacznie mniejsze niż przy normalnym użytkowaniu pojazdu, o tyle jak wyżej wskazano prawdopodobieństwo wystąpienia szkody istnieje.

Uwzględniając fakt, że ryzyko wyrządzenia szkody przy użyciu pojazdu czasowo wycofanego z ruchu jest znacznie mniejsze 12 lutego 2010 r. dokonana została nowelizacja m.in. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w ramach której do art. 8 dodano ust. 4–7. Nowelizacja ta weszła w życie w dniu 3 kwietnia 2010 r. Przewiduje ona, że jeżeli pojazd zostanie czasowo wycofany z ruchu, a ubezpieczający zwróci się ze stosownym wnioskiem do ubezpieczyciela składka za obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych musi zostać obniżona nie mniej niż o 95% za okres, gdy pojazd jest wycofany z ruchu. Niezwłocznie po zakończeniu czasowego wycofania pojazdu z ruchu posiadacz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie zakład ubezpieczeń.

Niestety, wydaje się, że omawiana instytucja budzi pewne praktyczne wątpliwości. Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych napływają sygnały, że od pewnego czasu (po ostatniej nowelizacji) jeden z zakładów ubezpieczeń przedstawia interpretację, zgodnie z którą zniżka (nie mniej niż 95% wysokości w należnej składce, za okres wycofania pojazdu z ruchu), przysługuje dopiero po upływie pełnego okresu, na który zawarta została umowa ubezpieczenia (tj. 12 miesięcy). W praktyce powoduje to konieczność zapłacenia składki w pełnej wysokości oczekując, że po upływie roku ubezpieczyciel zwróci większość składki.

W kontekście przedstawianej trudności, z którą spotykają się niektórzy ubezpieczający, których pojazdy zostały wycofane czasowo z ruchu chciałbym zauważyć, co następuje.

Zgodnie z art. 42a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych przepisy art. 41 i 42 stosuje się odpowiednio do zwrotu składki, w wysokości proporcjonalnej, obniżonej na okres czasowego wycofania pojazdu z ruchu na wniosek posiadacza pojazdu mechanicznego, o którym mowa w art. 8 ust. 4.

Przepisy art. 41 i 42 oraz 42a tejże ustawy nie regulują w sposób szczególny terminu do zwrotu składki, zarówno w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 1 ustawy (zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w związku z rozwiązaniem umowy przed upływem okresu, na który została zawarta), jak również w przypadku rekalkulacji dokonanej na wniosek ubezpieczającego w związku z czasowym wycofaniem pojazdu z ruchu.

Trudno zatem byłoby uznać, że możliwość pobrania składki, a po upływie 12 miesięcy zwrotu jej większej części wynika z przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Reasumując, posiadacz samochodów ciężarowych i przyczep o dopuszczalnej masie całkowitej od 3,5t, ciągników samochodowych, pojazdów specjalnych albo autobusów może zwrócić się do starosty o wycofanie pojazdu z ruchu na okres od 2 do 24 miesięcy (ewentualnie do 48 miesięcy). W takiej sytuacji ubezpieczający może zwrócić się do swojego ubezpieczyciela w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych o zmniejszenie składki. Zmniejszenie składki nie może być mniejsze niż 95% jej wysokości. Pojawiające się w praktyce obrotu wątpliwości z pewnością doczekają się ostatecznego rozstrzygnięcia.

³ Por. poglądy A. Wąsiewicza, (w:) A. Wąsiewicz (red.) oprac. M. Orlicki, M. Wąsiewicz, *Ubezpieczenia Komunikacyjne*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Poznań 2001.

Rozłożenie płatności składki ubezpieczeniowej na raty, a obowiązki wypływające z ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim



Bartłomiej Chmielowiec
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych



Aleksandra Olendzka - Surgiel
wolontariuszka
Fundacji Edukacji
Ubezpieczeniowej

W styczniu br. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło pismo konsumenta, w którym to piśmie podniesiony został problem związany z praktyką zakładów ubezpieczeń dotyczącą rozłożenia płatności składki za ubezpieczenie na raty, w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. W szczególności opierając się na hipotetycznym przykładzie skarżący konsument zarzucał, iż w przypadku rozłożenia płatności składki na raty (składka płatna jednorazowo – kwota 1 000,00 zł, płatna w dwóch ratach kwota łącznie do zapłacenia – 1 100,00 zł, przy czym pierwsza rata w wysokości 550,00 zł płatna przy zawieraniu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), koszt rozłożenia płatności składki na raty może wynosić kilkadziesiąt procent kredytowanej kwoty w skali roku i jest wielokrotnie wyższy od dopuszczalnego prawem poziomu oprocentowania.

W związku z podniesionymi przez konsumenta zarzutami, w celu zasięgnięcia opinii organu nadzoru w powyższej kwestii, Rzecznik Ubezpieczonych w marcu 2010 r., zwrócił się z prośbą do Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego o przeprowadzenie konsultacji oraz przedstawienie stanowiska KNF w problematyce poruszonej w piśmie konsumenta. W szczególności wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych przy uznaniu, iż umowa ubezpieczenia zawarta w ratalnym systemie płatności posiada cechy umowy o kredyt konsumencki, związane były z wypełnianiem przez zakłady ubezpieczeń norm prawnych zawartych w ustawie z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim¹, zamieszczonych w art. 4 ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, jak również możliwego naruszenia zakazu wynikającego z art. 18a ustawy o kredycie konsumenckim.

W odpowiedzi Urząd Komisji Nadzoru Finansowego² wskazał, iż umowa ubezpieczenia ze składką płatną w ratach będzie umową kreującą kredyt konsumencki, również wtedy, gdy przyjmie się tezę części doktryny, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną. Zatem w ocenie KNF wzajemny bądź nie wzajemny charakter umowy ubezpieczenia nie wpływa na możliwość uznania, iż w przypadku rozłożenia płatności składki na raty dochodzi do udzielenia kredytu konsumenckiego. Dalej w piśmie KNF podkreślała, iż każdy przypadek rozłożenia płatności składki na raty będzie miał charakter kredytu konsumenckiego, a zatem ubezpieczyciel będzie więc również zobowiązany realizować inne obowiązki wynikające z ustawy o kredycie konsumenckim, chyba że spełnione będą warunki wyłączenia stosowania przepisów ustawy, wskazane w art. 3 ustawy o kredycie konsumenckim (np. darmowy charakter kredytu).

W odniesieniu do zarzutów podniesionych przez skarżącego konsumenta oraz przedstawionego przykładu (składka płatna jednorazowo – 1 000,00 zł, płatna w dwóch ratach łącznie 1 100,00 zł, przy czym pierwsza rata w wysokości 550,00 zł płatna przy zawieraniu umowy ubezpieczenia – suma kredytu 550 zł), w ocenie KNF koszt rozłożenia płatności składki na raty powinien być rozpatrywany nie w kategoriach oprocentowania, lecz należy raczej zaliczyć go do kategorii innych kosztów związanych z kredytem. Zatem w przykładzie przywoływanym przez konsumenta, opłata za rozłożenie płatności składki na raty stanowi 18% sumy udzielonego kredytu, a zatem przekracza dozwolony próg kosztów, którymi może być obciążony konsument w związku z zawarciem umowy o kredyt konsumencki. Reasumując, w opinii KNF niedopuszczalne byłoby pobieranie dodatkowo 100,00 zł, z tytułu rozłożenia płatności składki na dwie równe raty, nie tyle ze względu na ograniczenia zapisane w art. 359 § 2¹ k.c. (koszt ten nie nosi znamion odsetek), a raczej z uwagi na ograniczenia zawarte w art. 7a ustawy o kredycie konsumenckim.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych należy podzielić pogląd przedstawiony przez organ nadzoru, iż bezpośrednią konsekwencją uznania umowy ubezpieczenia zawartej z konsumentem w ratalnym systemie płatności, za umowę o cechach umowy o kredyt konsumencki będzie obowiązek realizowania przez przedsiębiorcę (zakład ubezpieczeń) norm wynikających z ustawy o kredycie konsumenckim. W szczególności zatem powyższa ustawa wskazuje, iż umowa o kredyt konsumencki powinna zawierać następujące dane:

- 1) imię, nazwisko konsumenta i jego adres oraz imię, nazwisko (nazwę) i adres (siedzibę) kredytodawcy, a gdy kredytodawcą jest osoba prawna – także określenie organu, który zarejestrował działalność kredytodawcy, i numer w rejestrze, pod którym kredytodawca został wpisany;

¹ Dz. U. z 2001 r., nr 100, poz. 1081 z późn. zm.

² Pismo z dnia 7 maja 2010 r., znak: DOK/WPR/0733/3/5/10/PD.

- 2) **wysokość kredytu;**
- 3) zasady i terminy spłaty kredytu;
- 4) **roczną stopę oprocentowania oraz warunki jej zmiany;**
- 5) **opłaty i prowizje oraz inne koszty związane z udzieleniem kredytu,** w tym opłatę za rozpatrzenie wniosku kredytowego oraz przygotowanie i zawarcie umowy kredytowej, zwaną dalej „opłatą przygotowawczą”, będącą elementem całkowitego kosztu kredytu, oraz warunki ich zmiany;
- 6) **informację o całkowitym koszcie kredytu i rzeczywistej rocznej stopie oprocentowania, o których mowa w art. 7 ust. 1 i 2;**
- 7) sposób zabezpieczenia, jeżeli umowa je przewiduje, oraz opłaty należne kredytodawcy z tego tytułu;
- 8) **informację o pozostałych kosztach, do których zapłaty zobowiązany jest konsument w związku z zawartą umową;**
- 9) **informację o łącznej kwocie wszystkich kosztów, opłat i prowizji, do których zapłaty zobowiązany jest konsument;**
- 10) **informację o uprawnieniu i skutkach przedterminowej spłaty kredytu przez konsumenta;**
- 11) informację o terminie, sposobie i skutkach wykonania uprawnienia do odstąpienia od umowy przez konsumenta, o którym mowa w art. 11;
- 12) informację o skutkach uchybienia postanowieniom dotyczącym zasad i terminu spłaty kredytu;
- 13) informację o rocznej stopie oprocentowania zadłużenia przeterminowanego oraz warunki jej zmiany, a także informację o innych kosztach ponoszonych przez konsumenta w związku z niewykonaniem przez niego zobowiązań wynikających z umowy, w tym o kosztach upomnień lub wezwań do zapłaty, kosztach sądowych i postępowania egzekucyjnego.

Ponadto zgodnie z treścią art. 7a ustawy o kredycie konsumenckim łączna kwota wszystkich opłat, prowizji oraz innych kosztów związanych z zawarciem umowy o kredyt konsumencki, z wyłączeniem udokumentowanych lub wynikających z innych przepisów prawa kosztów, związanych z ustanowieniem, zmianą lub wygaśnięciem zabezpieczeń i ubezpieczeń, **nie może przekroczyć 5% kwoty udzielonego kredytu konsumenckiego**, zaś zgodnie z treścią art. 18a ustawy o kredycie konsumenckim, penalizowana jest sytuacja pobierania od konsumenta korzyści majątkowej przewyższającej wysokość odsetek maksymalnych, która nie może w stosunku rocznym przekraczać czterokrotności wysokości stopy kredytu lombardowego Narodowego Banku Polskiego – art. 359 § 2¹ k.c.

Rzecznik Ubezpieczonych po otrzymaniu stanowiska KNF dokonał analizy wzorców umownych, dokumentów i formularzy stosowanych przez zakłady ubezpieczeń przy zawieraniu umów ubezpieczenia, które wpływają do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w trybie art. 27 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzecznika Ubezpieczonych³, jak również posiadanej dokumentacji skargowej, pod kątem wyżej omawianej problematyki, tzn. wysokości dodatkowych kosztów jakie zobowiązany jest ponieść ubezpieczający konsument w ramach zawartej umowy ubezpieczenia, w sytuacji rozłożenia płatności składki ubezpieczeniowej na raty. Przeprowadzona analiza wzorców umownych (głównie ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco), taryf składek, dokumentów i formularzy wniosków oraz polis, jak również składanych przez zakłady ubezpieczeń ofert na swoich stronach internetowych pozwala w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych na przyjęcie następujących wniosków:

1. Dokonując rozłożenia płatności składki na raty, zakłady ubezpieczeń w większości analizowanych przypadków podwyższają składkę podstawową od 5 do 15% (co określane jest w umowie ubezpieczenia „zwyżką składki”), obliczając ją metodą iloczynową, przy czym w zależności od zakładu ubezpieczeń tzw. zwyżka składki z tytułu rozłożenia płatności na raty, ma miejsce przy dwóch, czterech lub więcej ratach.
2. W dokumentach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (wniosku, polisie, wnioskopolisie) brak jest danych, jakie ustawa o kredycie zobowiązuje przedsiębiorców do umieszczania w umowie o kredycie konsumenckim, np.: danych dotyczących wysokości udzielonego kredytu przy czym niezależnie od tego czy płatność składki rozłożona jest na 2 albo 4 raty, płatność pierwszej raty składki przypada najczęściej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, rocznej stopie oprocentowania i warunkach jej zmiany, informacji o całkowitym koszcie kredytu i rzeczywistej rocznej stopie oprocentowania, informacji o pozostałych kosztach, do których zapłaty zobowiązany jest konsument w związku z zawartą umową, informacji o łącznej kwocie wszystkich kosztów, opłat i prowizji, do których zapłaty zobowiązany jest konsument, informacji o uprawnieniu i skutkach przedterminowej spłaty kredytu przez konsumenta.

Dla przykładu, zgodnie z treścią § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (autocasco), którymi posługuje się jeden z zakładów ubezpieczeń wynika, iż przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się zniżkę za jednorazowe opłacenie składki lub zwyżkę za rozłożenie składki na raty. W jaki sposób ustalana jest wysokość płatności składki ratalnej określa załącznik do polisy komunikacyjnej, z którego wynika, iż przy rozłożeniu płatności składki na 4 raty, wysokość każdej z rat ulega zwiększeniu o mnożnik 1,07 co w praktyce oznaczałoby, iż np. przy płatności składki w wysokości 1 000,00 zł, rozłożonej na 4 równe raty (250,00 zł) łączna kwota przypadająca

³ Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1153 z późn. zm.

do zapłacenia wynosiłaby 1 070,00 zł, zatem wysokość odsetek z tytułu udzielonego kredytu – jeżeli utożsamiać koszt rozłożenia płatności składki z odsetkami, czy też łączna wysokość opłat, prowizji oraz innych kosztów wynosiłaby 70 zł. W zapisach umieszczonych we wzorze wnioskopólisy komunikacyjnej, poza informacją dotyczącą terminów płatności rozłożonej składki na raty oraz wysokości rat, brak jest informacji, które w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych powinny być zawarte przy uznaniu umowy ubezpieczenia zawartej z konsumentem w ratałnym systemie płatności, za umowę o cechach umowy o kredyt konsumencki. W szczególności zatem, brak jest danych dotyczących wysokości udzielonego kredytu, rocznej stopie oprocentowania, wysokości opłat i prowizji oraz innych kosztów związanych z udzieleniem kredytu, informacji o całkowitym koszcie kredytu (wszystkie koszty wraz z odsetkami i innymi opłatami i prowizjami, które konsument jest zobowiązany zapłacić za kredyt) i rzeczywistej rocznej stopie oprocentowania.

Stosownie do treści § 10 ust. 2 o.w.u. autocasco innego ubezpieczyciela, wysokość składki ustalana jest m.in. przy uwzględnieniu formy płatności składki, zaś stosownie do § 10 ust. 13 tychże o.w.u., jeżeli umowa zawierana jest na okres roczny, na wniosek ubezpieczającego płatność składki może zostać rozłożona na raty, przy czym terminy płatności i wysokość rat określone są w polisie. Z analizy treści wzorca wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pojazdu oraz wzorca polisy stosownego przez ten zakład ubezpieczeń należy wywnioskować, iż w przypadku płatności składki kwartalnie, wysokość dodatkowych koniecznych do poniesienia kosztów wynosi 15% wysokości obliczonej składki, zaś poza informacją dotyczącą terminów płatności rozłożonej składki na raty oraz wysokości rat, brak jest informacji np. dotyczących wysokości udzielonego kredytu, rocznej stopie oprocentowania, wysokości opłat i prowizji oraz innych kosztów związanych z udzieleniem kredytu, czy też informacji o całkowitym koszcie kredytu (wszystkie koszty wraz z odsetkami i innymi opłatami i prowizjami, które konsument jest zobowiązany zapłacić za kredyt).

Zgodnie z § 9 taryfy składek za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz zgodnie z § 8 taryfy składek za ubezpieczenie autocasco jednego z większych zakładów ubezpieczeń, w przypadku rozłożenia płatności składki na 4 równe raty, zwyżka składki wynosi 5%. Zarówno we wzorze wniosku o zawarcie umowy, jak również wzorze polisy zawarte są wyłącznie informacje dotyczące daty płatności poszczególnych rat składek oraz ich wysokość, brak jest natomiast danych, o których mowa w art. 4 ustawy o kredycie konsumenckim.

Ponadto w przypadku zawierania przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia na odległość na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny⁴, sposób w jaki kształtuje się wysokość składki w zależności od wyboru ubezpieczającego (składka płatna jednorazowo, składka płatna ratałnie) można zaobserwować przeglądając oferty zakładów ubezpieczeń zawarte na portalach internetowych, ubezpieczycieli zawierających umowy ubezpieczenia w tzw. formie direct. Dla przykładu, po wejściu na oficjalną stronę internetową jednego z zakładów ubezpieczeń oraz uzupełnieniu hipotetycznych danych koniecznych do obliczenia wysokości składki za ubezpieczenie komunikacyjne, oferta ubezpieczyciela odnośnie wysokości należnej składki jest znacząco różna w zależności czy zostanie wybrany wariant płatności składki jednorazowej (kwota należna do zapłacenia – 2 064,01 zł), płatności w dwóch ratach (2 raty x 1 132,17 zł co daje łączną kwotę 2 264,34 zł), czy też wariant płatności składki za ubezpieczenie w 4 ratach (4 raty x 576,12 zł – suma 2 304,38 zł). Reasumując zatem, w sytuacji kiedy konsument dokona wyboru płatności składki w 2 ratach i zawrze umowę ubezpieczenia w ratałnym systemie płatności, zakład ubezpieczeń dodatkowo będzie pobierał kwotę ponad 200,00 zł. Jeżeli uznać zatem, iż umowa ubezpieczenia ze składką płatną w ratach będzie umową kreującą kredyt konsumencki, powstaje wątpliwość Rzecznika Ubezpieczonych czy opisana powyżej praktyka zakładu ubezpieczeń, jeżeli doszłoby do zawarcia umowy ubezpieczenia, nie narusza norm prawnych zawartych w art. 7a (łączna kwota wszystkich opłat, prowizji oraz innych kosztów związanych z zawarciem umowy o kredyt konsumencki **nie może przekroczyć 5% kwoty udzielonego kredytu konsumenckiego**) lub też art. 18a ustawy o kredycie konsumenckim (**zakaz pobierania od konsumenta korzyści majątkowej przewyższającej wysokość odsetek maksymalnych**, która nie może w stosunku rocznym przekraczać czterokrotności wysokości stopy kredytu lombardowego Narodowego Banku Polskiego).

Rzecznik Ubezpieczonych nie neguje oczywiście samej możliwości rozłożenia płatności składki za ubezpieczenie na raty i pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat nazywanych w o.w.u. oraz taryfach składek zakładów ubezpieczeń „zwyżką składki za rozłożenie płatności na raty”. Wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych na podstawie przedstawionych wyżej przykładów związane są z wysokością pobieranych opłat w przypadku rozłożenia płatności składki na raty oraz ewentualnego wypełniania przez zakłady ubezpieczeń obowiązków nałożonych ustawą o kredycie konsumenckim przy uznaniu, iż umowa ubezpieczenia ze składką płatną w ratach będzie umową kreującą kredyt konsumencki, jednocześnie powodującą konieczność realizacji norm zawartych w ww. ustawie.

W związku z zaistniałymi wątpliwościami, Rzecznik Ubezpieczonych, działając na podstawie art. 26 ust. 6 pkt 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych poinformował Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o działaniu zakładów ubezpieczeń w zakresie rozłożenia płatności składki ubezpieczeniowej na raty i wątpliwościach związanych z normami wynikających z ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim, zwracając się jednocześnie z prośbą o analizę przedstawionego problemu oraz wyrażenie opinii w odniesieniu do przedstawionego powyżej zagadnienia.

⁴ Dz. U. z 2000 r., nr 22, poz. 271 z późn. zm.

Ubezpieczenie budynków rolniczych

– uwagi ogólne

Ubezpieczenia związane z produkcją rolną należą do grupy ubezpieczeń, które znacznie rzadziej są przedmiotem bardziej szczegółowych opracowań. Wynika to zapewne z faktu, iż w porównaniu z innymi ubezpieczeniami gospodarczymi ubezpieczenia te, ze względu na swą specyfikę, zawierane są przez mniej liczną rzeszę ubezpieczających. Obowiązkowymi ubezpieczeniami związanymi z posiadaniem gospodarstwa rolnego są trzy ubezpieczenia: ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego, ubezpieczenie OC rolników oraz ubezpieczenie upraw rolnych i zwierząt gospodarskich. Dwa pierwsze ubezpieczenia regulowane są przepisami zawartymi w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹, zaś regulacje dotyczące ubezpieczenia upraw zawarte są w ustawie z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich².

Z uwagi na występujące w ostatnim czasie powodzie, ubezpieczenia te nabierają szczególnego znaczenia, przede wszystkim zaś ubezpieczenie budynków. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych w art. 60 nakłada na rolnika obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia budynku rolniczego z chwilą pokrycia tego budynku dachem. Podobnie jak ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie budynków zawiera się na okres 12 miesięcy, a w przypadku niepowiadomienia zakładu ubezpieczeń o chęci rozwiązania tej umowy najpóźniej na jeden dzień przed upływem tego okresu, z mocy prawa następuje zawarcie kolejnej umowy, na kolejnych 12 miesięcy. Również i w tym ubezpieczeniu nie dochodzi jednak do wznowienia umowy w przypadku, gdy nie została opłacona w całości określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy. Zaznaczyć przy tym trzeba, iż ustawodawca wskazał podmioty, które są zobowiązane do przeprowadzania kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia budynków rolniczych: jest to wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika. W ustawie wskazany został także podmiot, który wprawdzie nie ma obowiązku przeprowadzania kontroli, jednak jest uprawniony do podjęcia czynności kontrolnych – podmiotem tym jest starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika. Opłatą, którą rolnik musi wnieść w przypadku nieposiadania polisy jest kwota 100 euro ustalana przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski według tabeli kursów nr 1 obowiązującego w roku kontroli.

Ubezpieczenie budynków rolniczych przewiduje wypłatę odszkodowania w przypadku szkód, które powstaną w wyniku ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego. W przypadku zniszczenia budynku ustawodawca przewidział dwa sposoby ustalania odszkodowania: stosownie do art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w każdym przypadku niepodejmowania naprawy, odbudowy lub remontu, odszkodowanie ustalane jest na podstawie cenników stosowanych przez zakład ubezpieczeń. Jeśli zaś rolnik podejmie decyzję o odbudowie lub remoncie, zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 2 ustawy, odszkodowanie ustalane jest na podstawie kosztorysu sporządzonego przez podmiot dokonujący remontu, przy czym wymogiem jest, by kosztorys ten był sporządzony zgodnie z obowiązującymi w budownictwie zasadami kalkulacji i ustalania cen robót budowlanych i uwzględnił dotychczasowe wymiary, konstrukcję, materiały i wyposażenie. Nadto, w przypadku podejmowania odbudowy, jeżeli suma ubezpieczenia została ustalona według wartości rzeczywistej, uwzględnia się również faktyczne zużycie budynku od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do dnia powstania szkody.

W ostatnim czasie ujawniły się wątpliwości, co do sposobu ustalania wysokości odszkodowania w przypadku niepodejmowania naprawy w kontekście stosowania wskaźników zużycia budynków, tj. pomniejszania o ten wskaźnik ustalonego odszkodowania. Jak zostało wspomniane, w przypadku zaniechania odbudowy lub remontu – niezależnie od przyczyny – odszkodowanie ustala zakład ubezpieczeń na podstawie cenników. Powszechną praktyką zakładów ubezpieczeń jest pomniejszanie w takich przypadkach odszkodowania o wskaźnik zużycia budynku identyczny ze wskaźnikiem przyjętym przy ubezpieczaniu tego budynku. Oznacza to, iż jeśli w dniu ubezpieczenia budynku w wartości rzeczywistej – a więc wartości nowej pomniejszonej o wskaźnik zużycia np. w wysokości 30% – o taki sam wskaźnik zostanie pomniejszone odszkodowanie. Działanie to budzi duże wątpliwości, gdyż przepis art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zgodnie z którym w przypadku niepodejmowania naprawy lub odbudowy zakład ubezpieczeń ustala odszkodowanie na podstawie cenników, nie zawiera wskazania o konieczności zastosowania pomniejszenia wynikającego z zużycia budynku. Przepis ten sformułowany jest jasno i precyzyjnie i nie budzi żadnych



Ewa Kiziewicz
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

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

² Dz. U. z 2005 r., nr 150, poz. 1249 z późn. zm.

wątpliwości ani co do jego brzmienia, ani co do jego znaczenia. Tak samo jasno sformułowany jest przepis art. 68 ust. 1 pkt 2, zgodnie z którym pomniejszenie takie ustawodawca przewidział wyłącznie w przypadku podejmowania naprawy lub odbudowy budynku ubezpieczonego w wartości rzeczywistej i o wskaźnik zużycia tego budynku wyłącznie od momentu objęcia go ubezpieczeniem do momentu powstania szkody. Zakłady ubezpieczeń zaś nie tylko stosują wyższy wskaźnik zużycia budynku, bo od posadowienia budynku, ale także zarówno przy podejmowaniu naprawy lub odbudowy, jak i zaniechania tych czynności – pomimo, że ustawodawca przewidział stosowanie pomniejszenia jedynie w tym pierwszym przypadku.

Warto również zauważyć, iż brak podstaw do stosowania pomniejszeń wynikających z zużycia budynku przy ustalaniu wysokości szkody w przypadku niepodejmowania odbudowy wynika nie tylko z brzmienia regulującego tę kwestię przepisu art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy. Wynika on także z faktu, iż cenniki, do których stosowania ustawodawca zobowiązał zakłady ubezpieczeń, są cennikami, które zawierają wyłącznie ceny materiałów i usług budowlanych, nie zawierają zaś jakichkolwiek wskaźników zużycia budynków. W konsekwencji, również i z tego względu, stosowanie przez ubezpieczycieli pomniejszeń wynikających z zużycia budynku wydaje się być nieuzasadnione. Wykorzystywany przez zakłady ubezpieczeń najpopularniejszy cennik Sekocenbud jest – tak jak i inne cenniki – cennikiem zawierającym wyłącznie ceny RMS (robocizna – materiały – sprzęt) i podobnie jak inne tego typu cenniki, nie zawiera wskaźników zużycia budynku; wynika to zresztą z charakteru i przeznaczenia tych systemów kosztorysowania.

Zdarza się, iż jako argument uzasadniający prawo uwzględniania zużycia budynku także w przypadku niepodejmowania naprawy ubezpieczyciele wskazują art. 68 ust. 4 ustawy, zgodnie z którym zakład ubezpieczeń nie uwzględnia stopnia zużycia budynku przy szkodach drobnych, których wartość nie przekracza równowartości w złotych 100 euro. Wydaje się jednak, iż – wbrew twierdzeniu ubezpieczycieli – przepis ten nie przesądza o możliwości stosowania wskaźnika zużycia budynku zarówno w przypadku podejmowania odbudowy, jak i jej niepodejmowania – wskazuje on jedynie na to, że przy szkodach drobnych zużycia budynku się nie uwzględnia. Z przyczyn oczywistych przepis ten będzie więc miał zastosowanie wyłącznie do tych przypadków, w których zużycie budynku co do zasady może być uwzględniane, a więc wyłącznie wówczas, gdy rolnik odbudowuje lub naprawia budynek.

Inną i nie mniej ważną kwestią jest źródło, z którego zakłady ubezpieczeń czerpią dane liczbowe dotyczące zużycia budynku. Zgodnie bowiem z art. 70 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, normy zużycia budynków rolniczych określa zakład ubezpieczeń stosownie do przepisów prawa budowlanego. Z informacji uzyskanych w sektorze budownictwa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego, wynika, iż nie istnieją Polskie Normy, które zawierałyby wskaźniki zużycia budynków. Wskaźników takich nie zawiera również ani ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane³, ani też żaden obowiązujący akt wykonawczy do tej ustawy. Z brzmienia powołanego przepisu wynika również, iż nie jest uprawnione stosowanie wskaźników zużycia budynków z jakichkolwiek innych źródeł, niż związanych z prawem budowlanym, ani też tworzenie tych wskaźników na innej podstawie, np. w oparciu o przepisy o rachunkowości.

Wydaje się, iż zagadnienia związane z ustalaniem wysokości odszkodowania w przypadku zniszczenia budynków rolniczych nie zostały w stopniu wystarczającym uregulowane w ustawie, co prowadzi do niepotrzebnych sporów, a przede wszystkim jest przyczyną braku możliwości dokonania przez rolnika rzeczywistej naprawy lub odbudowy budynku. Dlatego też, wydaje się konieczne rozpoczęcie prac, które w przyszłości pozwoliłyby wyeliminować tego typu problemy.

³ Tekst jedn. Dz. U. z 2006 r., nr 156, poz. 1118 z późn. zm.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniach kredytów

Ubezpieczenia kredytu są połączeniem dwóch bardzo skomplikowanych usług finansowych – usługi bankowej oraz usługi ubezpieczeniowej. Coraz częściej zawarcie umowy kredytu wiąże się z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Banki traktują bowiem umowę ubezpieczenia jako formę zabezpieczenia spłaty kredytu – w niektórych sytuacjach jest to zabezpieczenie dodatkowe, w innych – jedyne. Klient banku, zamiast wskazywać żyranta czy poręczyciela, może posłużyć się umową ubezpieczenia. Ubezpieczenia kredytu występują obok innych zabezpieczeń np. w umowach kredytu hipotecznego, gdzie oprócz zabezpieczenia w postaci hipoteki, bank wymaga zawarcia umowy ubezpieczenia na życie kredytobiorcy. Taka forma zabezpieczenia jest często bardzo kosztowna, a w niektórych przypadkach może okazać się nieskuteczna. Klienci banków bardzo często nie potrafią odróżnić poszczególnych umów ubezpieczenia, uważają, że skoro kredyt jest ubezpieczony oznacza to, że w każdym przypadku, gdy nie możemy spłacić kredytu zrobi to za nas ubezpieczyciel. Dodatkowo, w wielu przypadkach to błędne przekonanie jest potwierdzane przez pracowników banków, którzy w momencie zawierania umowy kredytu tak właśnie opisują dołączony do niej produkt ubezpieczeniowy. Tak jednak, jak różne są usługi bankowe (kredyt hipoteczny, kredyt konsolidacyjny, kredyt na zakup pojazdu) tak różne są produkty ubezpieczeniowe. Aby dobrze zrozumieć co oferuje nam ubezpieczyciel za określoną w umowie kwotę (składkę) koniecznie musimy zapoznać się z warunkami ubezpieczenia. Warunki te – w postaci kilkustronicowego wzorca umownego – powinny zostać klientowi doręczone przez pracownika banku. W tym dokumencie muszą być wymienione sytuacje, które będą skutkowały wypłatą pieniędzy przez zakład ubezpieczeń (zazwyczaj spłatą kredytu) oraz sytuacje, w których zakład ubezpieczeń odmówi wypłaty. Niektóre umowy ubezpieczenia dają możliwość spłaty tylko kilku kolejnych rat, a nie całości kredytu. Trzeba więc to koniecznie sprawdzić, aby wiedzieć jakie sytuacje uprawniają kredytobiorcę lub jego najbliższych do żądania wypłaty świadczenia od ubezpieczyciela i na co tak naprawdę możemy liczyć. Warto też pamiętać, że ubezpieczenie kredytu jest wymagane przez bank, nie jest to jednak obowiązek nałożony na klienta jakimkolwiek przepisem ustawy. Jeżeli więc klient nie jest przekonany, że ubezpieczenie jest dla niego odpowiednie, może wybrać produkt bankowy bez ubezpieczenia lub skorzystać z oferty innego banku, ewentualnie zawrzeć inną umowę ubezpieczenia. Dla wielu klientów ubezpieczenie w banku będzie jednak bardzo korzystne właśnie z tego względu, iż nie będą zmuszeni przedstawiać innych form zabezpieczenia spłaty kredytu.

Najczęściej bank wymaga od klienta przystąpienia do ubezpieczenia grupowego zawartego przez bank na rzecz kredytobiorców. Bywają też sytuacje, w których bank wymaga od klienta przedstawienia polisy ubezpieczeniowej o określonych warunkach. W praktyce najczęściej spotykane ubezpieczenia kredytu to:

- **ubezpieczenie na wypadek śmierci (ubezpieczenie na życie)** – ubezpieczenie grupowe, do którego przystępują kredytobiorcy zarówno przy kredytach hipotecznych, jak i konsumpcyjnych. W tego typu produktach spłata pozostałej części kredytu (czasem również z odsetkami) przez ubezpieczyciela następuje w przypadku zgonu kredytobiorcy, przy czym do wypłaty świadczenia niezbędny jest pisemny wniosek banku lub rodziny kredytobiorcy oraz przedstawienie odpowiednich dokumentów, w tym m.in. aktu zgonu. Ubezpieczenie to może także obejmować stałą sumę ubezpieczenia wypłacaną po śmierci kredytobiorcy w odpowiedniej części bankowi oraz rodzinie, ale najczęściej, w związku z faktem, iż jest to zabezpieczenie spłaty kredytu, suma ubezpieczenia jest zmienna i zmniejsza się z czasem, ponieważ kwota kredytu pozostałego do spłaty również co miesiąc jest niższa;
- **ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa** – ubezpieczenie grupowe, dotyczy kredytów hipotecznych i konsumpcyjnych. W tego typu produktach spłata pozostałej części kredytu przez ubezpieczyciela następuje w sytuacji, gdy kredytobiorca dozna trwałego uszkodzenia ciała np. wskutek nieszczęśliwego wypadku, co uniemożliwia mu wykonywanie pracy. Spłata kredytu następuje na wniosek kredytobiorcy, a aby ubezpieczyciel przekazał pieniądze na spłatę kredytu kredytobiorca musi przedstawić odpowiednie dokumenty potwierdzające trwałe inwalidztwo, fakt zaistnienia wypadku, który spowodował trwałe inwalidztwo, a czasem również zaświadczenie z ZUS lub KRUS;
- **ubezpieczenie na wypadek utraty pracy** – ubezpieczenie grupowe, występujące przy kredytach hipotecznych i konsumpcyjnych. W tym ubezpieczeniu spłata kredytu (najczęściej kilku kolejnych rat – 6 lub 12) następuje w sytuacji utraty pracy bez winy kredytobiorcy, a ochrona zwykle dotyczy osób zatrudnionych na umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony, choć zdarzają się również ubezpieczenia, które chronią osoby prowadzące działalność gospodarczą. Spłata kolejnych rat kredytu następuje na wniosek kredytobiorcy, musi on przedstawić odpowiednie dokumenty jako dowód utraty pracy bez swojej winy (np. świadectwo pracy);



Małgorzata Więcko
główny specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

- **ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy** – ubezpieczenie grupowe, występuje przy kredytach hipotecznych i konsumpcyjnych, a jego warunki są zbliżone do ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa. Spłata kredytu następuje w sytuacji, gdy kredytobiorca wskutek nieszczęśliwego wypadku, ale czasem dodatkowo choroby utracił możliwość wykonywania pracy, do spłaty kredytu niezbędny jest wniosek kredytobiorcy oraz dokumenty potwierdzające niezdolność do pracy, czasem również zaświadczenie z ZUS lub KRUS;
- **ubezpieczenie pomostowe** – ubezpieczenie zawierane przez bank i na jego rzecz, występuje tylko przy kredytach hipotecznych. Ubezpieczenie to zapewnia ochronę do momentu uzyskania przez bank wpisu hipoteki do księgi wieczystej nieruchomości – zwrot kredytu następuje w przypadku jego niespłacenia przez kredytobiorcę w okresie między zawarciem umowy kredytu a wpisem hipoteki w księdze wieczystej. Ubezpieczenie to zapewnia bankowi zwrot kwoty kredytu, ale nie zwalnia z obowiązku spłaty kredytu samego kredytobiorcy;
- **ubezpieczenie niskiego/brakującego wkładu własnego** – dotyczy kredytów hipotecznych i jest stosowane, gdy kredytobiorca nie wnosi wcale lub wnosi bardzo niewielki wkład własny. Ubezpieczenie takie zapewnia spłatę na rzecz banku tylko tej części kredytu odpowiadającej różnicy pomiędzy wymaganym przez bank wkładem własnym, a wkładem wniesionym przez klienta;
- **ubezpieczenie nieruchomości** – występuje przy kredytach hipotecznych, bowiem banki często wymagają zawarcia umowy ubezpieczenia nieruchomości od ognia i innych zdarzeń losowych. Ubezpieczenie to może zostać zawarte za pośrednictwem banku z ubezpieczycielem, z którym bank współpracuje, coraz częściej jest również możliwość przedstawienia bankowi polisy ubezpieczeniowej zawartej samodzielnie przez kredytobiorcę z wybranym zakładem ubezpieczeń – ubezpieczenie takie musi jednak spełniać wymagania banku. Jest to najczęściej ubezpieczenie indywidualne. Zapewnia wypłatę odszkodowania za szkody, które powstały na nieruchomości wskutek np. pożaru, powodzi czy huraganu. Często jednak świadczenie pieniężne jest wypłacane bezpośrednio bankowi i zostaje zaliczone na poczet spłaty kredytu, a więc faktycznie sam kredytobiorca nie otrzymuje pieniędzy na remont nieruchomości.

Aby zwrócić uwagę czytelników na daleko idące różnice, jakie mogą występować w zakresie ochrony wynikającej z umów ubezpieczenia, poniżej przedstawiam kilka przykładowych definicji terminu „trwałe inwalidztwo” oraz „utrata pracy” – każda definicja pochodzi z innej umowy ubezpieczenia.

Trwałe inwalidztwo – przykłady definicji występujących w produktach ubezpieczeniowych.

1. Trwałe inwalidztwo – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwałe uszkodzenie ciała ubezpieczonego, polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządami wymienionymi w Tabeli.
2. Całkowite i trwałe inwalidztwo – inwalidztwo, które uniemożliwia ubezpieczonemu podejmowanie jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. W przypadku, gdy ubezpieczony jest osobą niepracującą w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, całkowite i trwałe inwalidztwo jest rozumiane wyłącznie jako:
 - a) całkowita strata dwóch kończyn, lub
 - b) całkowita strata wzroku w obu oczach, lub
 - c) całkowity i nieodwracalny paraliż, lub
 - d) niepoczytalność ubezpieczonego – przez niepoczytalność ubezpieczonego rozumie się nieodwracalne zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące niezdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji,
3. Całkowite trwałe inwalidztwo – uszkodzenie ciała ubezpieczonego, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, skutkujące trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe.

Jeżeli warunki ubezpieczenia odwołują się do „Tabeli” powinna ona być doręczona kredytobiorcy razem z warunkami ubezpieczenia.

Porównując powyższe definicje można ocenić, że najszerszą definicją jest definicja nr 3, a więc obejmuje ona największy zakres zdarzeń – jest najkorzystniejsza dla kredytobiorcy. Warto też zwrócić uwagę, iż spłata kredytu w przypadku trwałego inwalidztwa nastąpi wyłącznie wtedy, gdy kredytobiorca ulegnie poważnemu, wręcz tragicznemu wypadkowi, wskutek którego jego stan fizyczny i psychiczny będzie bardzo ciężki. Ubezpieczyciel nie spłaci kredytu w sytuacji np. złamania dwóch rąk nawet jeżeli skutkuje ona niezdolnością do pracy na okres kilku miesięcy, ale jest odwracalna.

Utrata pracy – przykłady definicji występujących w produktach ubezpieczeniowych.

1. Utrata pracy – zdarzenie polegające na utracie zatrudnienia przez ubezpieczonego wskutek rozwiązania stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony lub na czas określony, a także ogłoszenie upadłości lub wyrejestrowanie działalności gospodarczej, w wyniku którego ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa;

2. Utrata pracy to:

- a) w przypadku osób fizycznych – utrata przez ubezpieczonego stałego źródła dochodu oraz uzyskanie statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych na skutek rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę za wypowiedzeniem w rozumieniu art. 32 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy¹ lub rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia, nie z winy pracownika (art. 53 Kodeksu pracy);
- b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – rozumiana jako ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy lub odmowa jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego i uzyskanie przez kredytobiorcę statusu bezrobotnego, z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

3. Utrata pracy to:

- a) w przypadku osób fizycznych pozostających w stosunku pracy albo stosunku służbowym: rozwiązanie stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego albo rozwiązanie stosunku służbowego z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego i uzyskanie wskutek tego przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych, z zastrzeżeniem poszczególnych postanowień o.w.u. dotyczących wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa;
- b) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w przedsiębiorstwie prowadzonym przez osobę bliską lub w spółce osobowej, w której osoba bliska jest współnikiem lub w spółce kapitałowej, w której on sam lub osoby bliskie posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego lub on sam, lub osoby bliskie są członkami zarządu:
 - ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa pracodawcy lub odmowa jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego i uzyskanie przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych, lub
 - zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez pracodawcę i wyrejestrowanie przedsiębiorstwa z właściwego rejestru i uzyskanie przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych z zastrzeżeniem poszczególnych postanowień o.w.u. dotyczących wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa;
- c) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą: zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej i jej wyrejestrowanie z odpowiedniej ewidencji i uzyskanie wskutek tego przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych z zastrzeżeniem poszczególnych postanowień o.w.u. dotyczących wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Utrata pracy – wygaśnięcie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony na skutek rozwiązania tej umowy za wypowiedzeniem przez pracodawcę nie wcześniej niż w 90 dniu po dacie rozpoczęcia ubezpieczenia.

Tu również widać znaczne różnice przyjęte w umowach ubezpieczenia. W pierwszych trzech definicjach spłata kredytu jest uwarunkowana uzyskaniem statusu osoby bezrobotnej, czwarta definicja, choć nie odnosi się do tej kwestii wprowadza z kolei tzw. okres karencji – jeżeli utrata pracy nastąpi w ciągu pierwszych 90 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel odmówi spłaty kredytu. Analizując definicję nr 4 należy też zauważyć, iż dotyczy ona tylko osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Jeżeli więc kredytobiorca pracuje na umowę zlecenie lub prowadzi działalność gospodarczą, a jego umowa ubezpieczenia zawiera definicję utraty pracy tożsamą z punktem 4 w przypadku utraty zatrudnienia kredyt nie zostanie spłacony.

Oczywiście aby dokładnie poznać zakres ubezpieczenia kredytu nie wystarczy samo przeczytanie definicji, które zazwyczaj znajdują się na początku dokumentu zwanego warunkami ubezpieczenia. Bardzo ważne są również tzw. wyłączenia odpowiedzialności, czyli katalog sytuacji, w których zakład ubezpieczeń odmówi spłaty kredytu. Powyższe definicje są tylko przykładem, dlatego niezbędne jest przeczytanie konkretnych warunków ubezpieczenia odnoszących się do umowy kredytu, którą zamierzamy zawrzeć.

Bardzo ważną kwestią przy podejmowaniu decyzji o tym, czy nasz kredyt warto ubezpieczyć jest również stan zdrowia kredytobiorcy. Jeżeli kredytobiorca przed zawarciem umowy kredytu przechodził poważniejsze choroby np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe czy choroby przewlekłe, jest inwalidą, rencistą lub osobą niepełnosprawną

¹ Tekst jedn. Dz. U. z 1998 r., nr 21, poz. 94.

należy bardzo dokładnie wypytać pracownika banku o to, jaki wpływ ma stan zdrowia na umowę ubezpieczenia oraz możliwość spłaty kredytu przez ubezpieczyciela. Niestety większość umów ubezpieczenia zawiera wyłączenia odpowiedzialności w stosunku do osób, które chorowały przed zawarciem umowy. Oznacza to, że jest duże prawdopodobieństwo, że nawet pomimo zawarcia takiej umowy ubezpieczyciel nie spłaci kredytu. Nie należy się sugerować reklamami przedsiębiorców, którzy twierdzą, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie badają stanu zdrowia, często bowiem oznacza to wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem przebytych wcześniej chorób. Pamiętać należy, że ubezpieczyciel – zgodnie z obowiązującymi przepisami – ma prawo występować do placówek medycznych, w których leczył się kredytobiorca o udostępnienie dokumentacji medycznej, a więc ubezpieczyciel łatwo sprawdzi, czy wcześniejsza choroba miała wpływ na wypadek ubezpieczeniowy.

Zawierając umowę kredytu, która jest zabezpieczona ubezpieczeniem na życie warto powiedzieć o tym najbliższej rodzinie. Ubezpieczenie na życie gwarantuje spłatę kredytu w przypadku śmierci kredytobiorcy. Jeżeli jednak rodzina kredytobiorcy nie wie, że kredyt był ubezpieczony nie skorzysta ze spłaty kredytu przez ubezpieczyciela. Do wypłaty świadczeń niezbędne jest bowiem złożenie odpowiednich dokumentów (zazwyczaj aktu zgonu). Rodzina musi więc posiadać dane ubezpieczyciela, do którego dokumenty należy złożyć. Często w procedurze zgłoszenia roszczenia do ubezpieczyciela pomaga bank.

Warto także przypomnieć, iż w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu kredytobiorca najczęściej ma prawo ubiegania się o zwrot części składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres, jeżeli składka ta została pobrana jednorazowo za cały okres umowy kredytu przy podpisywaniu umowy. Zgodnie bowiem z art. 813 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny² składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zapis art. 813 k.c. mówiący w sposób wyraźny o zwrocie składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia wszedł w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. Nie oznacza to jednak, iż przed tą datą ubezpieczający pozbawieni byli prawa do zwrotu części niewykorzystanej składki. Nie można uznać, że przed wejściem w życie nowelizacji przepisu art. 813 k.c. zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w ogóle nie przysługiwał, a więc również kredytobiorcy, którzy zawarli umowy kredytu przed sierpniem 2007 r. mogą ubiegać się o zwrot części składki za niewykorzystany okres. Trzeba jednak pamiętać, iż roszczenie o zwrot składki przedawnia się z upływem 3 lat. Jeżeli składka ubezpieczeniowa była rozliczana w systemie miesięcznym i dokonano wcześniejszej spłaty kredytu, bank również powinien dokonać odpowiedniego rozliczenia.

Jeżeli ubezpieczyciel odmawia spłaty kredytu można skierować skargę do Rzecznika Ubezpieczonych. Rzecznik może zbadać sprawę, wystąpić do ubezpieczyciela z prośbą o udzielenie wyjaśnień lub ewentualnie wskazać czy w konkretnej sprawie doszło do naruszenia przepisów. Interwencja Rzecznika Ubezpieczonych może doprowadzić do polubownego zakończenia sporu bez konieczności ponoszenia jakichkolwiek opłat przez strony.

² Dz. U. z 1964 r., nr 16, poz. 93z późn. zm.; dalej: k.c.

Najem pojazdu zastępczego w przypadku umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w świetle orzecznictwa sądów powszechnych



Urszula Borowiecka
referent prawny
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Poniższy tekst ma na celu przedstawienie problematyki związanej ze zwrotem kosztów najmu pojazdu zastępczego w przypadku szkody likwidowanej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w świetle aktualnej linii orzecznictwa sądowego – „Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest (...) pochodną odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody, bowiem zgodnie z art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony”¹. Wątek teoretyczny niniejszego opracowania stanowić będzie jedynie tło do aktualnie wypracowanej linii orzeczniczej sądów powszechnych w omawianym zakresie, na którą zwróciłam szczególną uwagę, gdyż, jak powszechnie wiadomo, to właśnie ona stanowi podstawę do interpretacji obowiązujących przepisów, co w konsekwencji ułatwia poszkodowanym dochodzenie roszczeń w omawianym zakresie.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż podstawę do wypłaty świadczenia z tytułu najmu pojazdu zastępczego stanowi art. 361 k.c., na mocy którego zobowiązany do wypłaty odszkodowania ma obowiązek naprawić straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzone, z zaznaczeniem, że powyższe musi nastąpić w ramach normalnego związku przyczynowego.

Inaczej mówiąc, uszczerbek majątkowy może mieć postać straty rzeczywistej (*damnum emergens*), która powoduje zmniejszenie majątku poszkodowanego oraz postać utraty korzyści jakie mógłby osiągnąć (*lucrum cessans*), czyli utraty ewentualnych spodziewanych dochodów, których osiągnięcie zostało uniemożliwione na skutek zaistniałej szkody.

W przypadku najmu pojazdu zastępczego jako stratę rzeczywistą potraktować należy kwotę, jaką płaci się za wynajem, natomiast utraconymi korzyściami może być np. dochód taksówkarza z racji prowadzonej działalności gospodarczej – odpłatnego przewozu osób.

Jak wspomniano powyżej, problematyka ta znajduje odzwierciedlenie w orzecznictwie sądów powszechnych, które niejednokrotnie zajmowały stanowisko w przedmiotowej sprawie. Ze względu na złożoność materiału i wieloaspektowość przedstawianego problemu opracowanie podzielono na następujące części, które w dalszej części zostały rozwinięte:

1. Zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego osobie fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą i osobie fizycznej nieprowadzącej takiej działalności.
2. Istnienie związku przyczynowego.
3. Różnice pomiędzy technologicznym a rzeczywistym czasem naprawy pojazdu.
4. Refundacja kosztów wynajmu pojazdu zastępczego w przypadku szkody całkowitej.

1. Zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego osobie fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą i osobie fizycznej nieprowadzącej takiej działalności

W praktyce często zdarza się, iż ubezpieczyciele uzależniają wypłatę odszkodowania z tytułu najmu pojazdu zastępczego od tego, czy poszkodowany prowadzi działalność gospodarczą czy też nie. Biorąc pod uwagę kompensacyjny charakter umów ubezpieczenia w ogóle i obowiązek zwrotu wszelkich poniesionych w związku ze szkodą kosztów osobie ubezpieczonej, różnicowanie w powyższy sposób podmiotów niejako uprawnionych do zwrotu kosztów z tytułu najmu pojazdu jest – w opinii Rzecznika Ubezpieczonych – bezzasadne, gdyż w świetle art. 361 k.c. wynajem pojazdu zastępczego stanowi normalny związek przyczynowy z powstałą szkodą bądź wypadkiem. Co więcej, w przypadku zwrotu kosztów wynajmu pojazdu osoba starająca się o ich zwrot nie musi informować ubezpieczyciela, czy wynajęty pojazd wykorzystywany był do celów gospodarczych, czy też prywatnych. Istotnym jest sam fakt wynajęcia takiego pojazdu. Powyższe potwierdza w uzasadnieniu do wyroku Sąd Okręgowy w Warszawie², zdaniem którego „Przyznać należy rację apelującemu, iż powód w żaden sposób nie udowodnił (...) prowadzenia działalności

¹ Wyrok Sądu Rejonowego w Gorzowie Wlkp. z dnia 4 lutego 2009 r. (sygn. akt I C439/08).

² Wyrok z dnia 24 czerwca 2009 r. (sygn. akt V Ca1125/09).

gospodarczej (...). Pomimo jednakże tej konstatacji roszczenie powoda odnośnie zwrotu kosztów pojazdu zastępczego należało uznać za częściowo uzasadnione, lecz w oparciu o inne względy. (...) w przypadku uszkodzenia pojazdu jego właściciel ponosi negatywne skutki w postaci niemożności korzystania z samochodu. Skutki te powinny być zniwelowane w taki sposób, aby wyrządzona szkoda była jak najmniej odczuwalna dla poszkodowanego. (...) pozbawienie poszkodowanego możliwości korzystania z jego samochodu w okresie, kiedy samochód ten podlegał naprawie i konieczność poniesienia wydatków w związku z wypożyczeniem pojazdu zastępczego należy do pojęcia szkody, do pokrycia której obowiązany jest ubezpieczyciel. **Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, do jakich celów służył poszkodowanemu uszkodzony pojazd (tj. gospodarczych czy prywatnych) (...).** Nie jest też konieczne udowodnienie, że samochód jest potrzebny w życiu codziennym, bowiem posiadanie auta nie jest obecnie luksusem, a rzeczą typową. Szkoda powoda wyraża się więc w pozbawieniu go możliwości korzystania z samochodu – w trakcie naprawy”. Pomimo więc, że w toku powyższej sprawy powodowie nie wykazali, iż prowadzą działalność gospodarczą, pozostało to bez znaczenia dla stanowiska Sądu, który uznał ich roszczenia w omawianym zakresie za zasadne. Biorąc pod uwagę powyższe, kwestia odmowy zwrotu kosztów z tytułu wynajmu pojazdu zastępczego, zarówno osobom prowadzącym działalność gospodarczą, jak i nie prowadzącym takiej działalności, nie powinna budzić żadnych wątpliwości, z bardzo prostych względów, mianowicie takich, że wykreowany przez ubezpieczycieli podział w tym kontekście dla sądów nie istnieje.

W uzasadnieniu do wyroku Sądu pierwszej instancji w tej samej sprawie można przeczytać natomiast, że **„Bez znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy pozostaje fakt, iż powodowie nie wykazali, by samochód służył im do użytku służbowego.** Powodowie nie mają obowiązku „uzasadniania” potrzeby korzystania z pojazdu, który był im niezbędny i z którego korzystali do dnia wystąpienia szkody. Nałożenie na nich tego typu obowiązku prowadziłoby do sytuacji, że osoba poszkodowana jest zobowiązana niejako tłumaczyć w ogóle zasadność posiadania pojazdu (...) Przejęcie koncepcji zaproponowanej przez pozwanego oznaczałoby bezprawne zróżnicowanie sytuacji prawnej osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej i osoby prowadzącej taką działalność, na korzyść tej ostatniej”³.

W podobnym tonie wypowiedział się także Sąd Rejonowy w Częstochowie, który jednoznacznie stwierdził, iż **„Okolicznością obecnie powszechną jest korzystanie z samochodów wykorzystywanych dla celów rodzinnych jako środka przemieszczania się, i nie jest to fakt nadzwyczajny. Jest to fakt normalny i powszechny. Nie ma też żadnych powodów, by różnicować sytuacje osób prowadzących działalność od osób, które takiej działalności nie prowadzą.** Szkoda w rozumieniu cytowanego przepisu powstaje w obu sytuacjach. Ich rozmiar może być inny, ale to nie jest istotne dla samej zasady”⁴.

W kontekście powyższego uwagę należy skupić również na kwestii konstytucyjnej zasady równości obywateli wobec prawa, gdyż traktowanie odmiennie osób prowadzących działalność gospodarczą oraz nieprowadzących takiej działalności stanowi dyskryminację i może zostać uznane za niezgodne z powyższą zasadą.

2. Istnienie związku przyczynowego

Jak wspomiano powyżej, podstawę dochodzenia zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego stanowi art. 361 k.c., na mocy którego najem pojazdu zastępczego potraktować można jako oczywiste następstwo zaistniałego zdarzenia. Logicznym jest bowiem, że skoro pojazd poszkodowanego znalazł się na skutek szkody bądź wypadku w zakładzie naprawczym, to poszkodowany pozbawiony jest możliwości posługiwania się uszkodzonym pojazdem, w związku z czym normalnym następstwem będzie tutaj wypożyczenie innego samochodu. Powyższa opinia znajduje potwierdzenie w uzasadnieniu do wyroku Sądu Rejonowego w Częstochowie, który zaznacza, że **„Najem samochodu zastępczego, z uwagi na fakt braku możliwości korzystania z samochodu, który został uszkodzony w wyniku kolizji, której skutki odszkodowawcze ponosi pozwana, pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem”⁵.** Powyższe potwierdza Sąd Okręgowy w Warszawie – **„Faktem jest, że w przypadku uszkodzenia pojazdu jego właściciel ponosi negatywne skutki w postaci niemożności korzystania z samochodu. Skutki te powinny być zniwelowane w taki sposób, aby wyrządzona szkoda była jak najmniej odczuwalna dla poszkodowanego”⁶.** Wynajem pojazdu zastępczego ma zatem zapewnić osobie poszkodowanej taki komfort funkcjonowania w codziennym życiu, jak przed zaistnieniem zdarzenia szkodowego, natomiast obowiązkiem ubezpieczyciela jest zwrot kosztów z tego tytułu w imię zasady pełnej kompensaty szkody, która wynika wprost z art. 363 § 1 k.c. Zasada powyższa prowadzi również do wniosku, że zwrot kosztów poniesionych z tytułu wynajmu pojazdu zastępczego powinien obejmować koszty wynajmu za cały okres, w którym pojazd nie nadawał się do użytku.

³ Wyrok Sądu Rejonowego w Warszawie dla Warszawy Śródmieścia z dnia 21 października 2009 r. (sygn. akt I C – upr 144/09/09).

⁴ Wyrok Sądu Rejonowego w Częstochowie z dnia 28 października 2009 r. (sygn. akt I C 453/09).

⁵ *Ibidem*.

⁶ Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 24 czerwca 2009 r. (sygn. akt V Ca 1125/09).

3. Różnice pomiędzy technologicznym a rzeczywistym czasem naprawy pojazdu

Z praktyki wynika, że zakłady ubezpieczeń, owszem, zwracają koszty w części przypadków wynajmu pojazdu zastępczego, jednak w ich opinii zwrot takich kosztów należy się poszkodowanemu jedynie za czas, w którym samochód *stricte* podlegał naprawie. Odmiennego zdania w tej kwestii są sądy powszechne, które podkreślają, że czas, w którym poszkodowany nie może korzystać ze swojego pojazdu, uszkodzonego na skutek zaistniałego zdarzenia, to rzeczywisty czas naprawy – „Nie może budzić wątpliwości stwierdzenie, że poszkodowany jest pozbawiony możliwości korzystania z uszkodzonego pojazdu nie tylko przez technologiczny czas jego naprawy, nawet jeśli odpowiada on czasowi rzeczywistemu. Rzadko bowiem czas ten pokrywa się z okresem, jaki upływa od zdarzenia powodującego szkodę do zakończenia naprawy pojazdu. Pomiędzy samą szkodą, a oddaniem samochodu do warsztatu naprawczego, może upłynąć pewien czas, przez który również poszkodowany może mieć czas do wynajęcia pojazdu zastępczego na koszt osoby wyrządzającej szkodę”⁷. W zakres tego pojęcia nie wchodzi bynajmniej tylko czas naprawy pojazdu (technologiczny czas naprawy), ale również okres, w którym pojazd stoi na parkingu przy zakładzie naprawczym w oczekiwaniu na oględziny czy w oczekiwaniu na brakujące części zamienne – „Sąd uznał także za uzasadnione zadanie zapłaty kwoty 320 zł tytułem zwrotu kosztów wynajmu pojazdu za dodatkowe 4 dni, nieuwzględnione przez ubezpieczyciela. Należy wskazać, iż powód udokumentował fakt zawarcia umowy użyczenia samochodu i okresy na jakie została ona zawarta, a także wysokość kosztów wynajmu i ich poniesienia. Pozwany, co do zasady, tych okoliczności, jak również samej zasadności wynajmu pojazdu zastępczego nie kwestionował, wypłacając odszkodowanie za 16 dni wynajmu. Pozwany wskazywał, iż 16 dni wynosił technologiczny czas naprawy pojazdu i dlatego też tylko w takim zakresie wypłacił odszkodowanie. **Naprawa pojazdu powoda w warsztacie trwała ok. miesiąca i powód wskazywał, iż okres ten był uzasadniony koniecznością pozyskiwania części zamiennych – jak najlepszych i za jak najlepsze pieniądze. Należy wskazać, iż w świetle zasad doświadczenia życiowego okresu tego nie można uznać za nadmierny**”⁸.

Może się też zdarzyć, że ubezpieczyciel odmówi zwrotu części omawianych kosztów, bo na okres wynajmu samochodu przypadną dni wolne od pracy. Przykładowo – Sąd Okręgowy w Szczecinie orzekł w sprawie, w której powód wnosił o zasądzenie zwrotu kosztów wynajmu pojazdu na jego rzecz za okres od 3 do 23 stycznia. Dotychczas zwrócono mu koszty wynajmu za dziesięć dni. Z opinii powołanego biegłego wynikało, że uzasadniony technologicznie czas naprawy wynosił cztery dni robocze. Pod uwagę biegły wziął również czas wykonania dodatkowych oględzin przez ubezpieczyciela, zamówienia części oraz oczekiwania na ich dostarczenie. Zarówno biegły, jak i pozwany zakład ubezpieczeń nie wzięli jednak pod uwagę, że na czas wynajmu pojazdu zastępczego przypadają również sześć dni wolnych od pracy – okres naprawy wyniósł więc w rzeczywistości 14 dni roboczych. W przedmiotowej sprawie Sąd zasądził, biorąc pod uwagę zasadę pełnej kompensaty szkody, iż zwrot kosztów za wynajem pojazdu powinien obejmować rzeczywisty okres naprawy pojazdu, a więc dni od 3 do 23 stycznia. W opinii sądu „**Zasada pełnego odszkodowania nakazuje bowiem przyjęć za zasadne naprawienie powodowi przez pozwanego całości szkody, jaką poniósł wskutek tego, iż był zmuszony korzystać z pojazdu zastępczego przez cały czas trwania naprawy pojazdu**”⁹. W tym samym orzeczeniu sąd stwierdził, że „Gdyby (...) nie doszło do uszkodzenia pojazdu powoda, a zakres uszkodzeń – jak to przyznawał pozwany – był rozległy – to niewątpliwie strona powodowa nie poniosłaby kosztów wypożyczenia samochodu zastępczego, albowiem pojazd był sprawny, mógłby z niego korzystać w celach działalności zarobkowej i nie musiałby zastępować go pojazdem wynajmowanym. Kwota, jaką powód uiścił tytułem wynajmu tego samochodu, jest więc szkodą, jaka została spowodowana w jego majątku wskutek zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego (...). **W adekwatnym związku przyczynowym z zaistniałym zdarzeniem pozostawał wynajem pojazdu zastępczego przez cały czas faktycznego trwania naprawy uszkodzonego wskutek kolizji pojazdu tj. przez okres 20 dni, w którym to czasie powód był rzeczywiście pozbawiony możliwości korzystania ze swego samochodu**”¹⁰.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy stwierdzić, że w przypadku, gdy ubezpieczyciel uchyli się od zwrotu kosztów najmu pojazdu za rzeczywisty czas naprawy, uznając jedynie koszty za okres technologicznego czasu naprawy, popada w zwałkę w stosunku do osoby poszkodowanej, a na mocy art. 481 § 1 k.c. winien wypłacić należne świadczenie wraz z odsetkami. Z powołanego przepisu wynika bowiem, że wierzycielowi zawsze należą się odsetki, gdy dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego i to niezależnie od tego, czy poniósł szkodę. Zgodnie natomiast z art. 481 § 2 k.c. jeżeli wysokość odsetek nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe. Obecnie, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie określenia wysokości odsetek ustawowych¹¹ wynoszą one 13% w skali roku. Należy również wspomnieć, iż na mocy art. 481 § 3 k.c., w razie zwłoki dłużnika, wierzyciel może żądać naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

⁷ Wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 8 kwietnia 2009 r. (sygn. akt I C 449/08).

⁸ Wyrok Sądu Rejonowego w Gorzowie Wlkp. z dnia 4 lutego 2009 r. (sygn. akt I C 439/08).

⁹ Wyrok Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 8 lipca 2009 r. (sygn. akt II Ca 445/09).

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Dz. U. z 2008 r., nr 220, poz. 1434.

Na uwagę zasługuje jednak fakt, że poszkodowany, zgodnie z art. 6 k.c., winien udowodnić zasadność wnioskowania o zwrot kosztów wynajmu pojazdu zastępczego za cały okres jego wynajmu, przedstawiając odpowiednio dokumenty, tj: historię naprawy pojazdu, faktury, bądź rachunki za wynajem, a także umowę najmu.

4. Refundacja kosztów wynajmu pojazdu zastępczego w przypadku szkody całkowitej

Ostatnią z poruszonych kwestii będzie kwestia zwrotu kosztów pojazdu zastępczego w przypadku wystąpienia szkody całkowitej w pojeździe, które to koszty obowiązany jest zwrócić poszkodowanemu ubezpieczyciel.

W tym miejscu należy wspomnieć, iż szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu w dniu likwidacji szkody. W przypadku wystąpienia szkody częściowej zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do pokrycia kosztów dokonanej naprawy, w przypadku zaś wystąpienia szkody całkowitej odszkodowanie ustala się przy wykorzystaniu tzw. metody dyferencyjnej. Metoda ta polega na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie przed uszkodzeniem – o wartość pojazdu (wrak, pozostałości) w stanie uszkodzonym tj. po wypadku.

W myśl orzeczenia Sądu Rejonowego w Olsztynie, do momentu, gdy szkoda nie zostanie zlikwidowana, poszkodowany ma prawo do wynajęcia pojazdu zastępczego. W przypadku wystąpienia szkody całkowitej zwrot kosztów wynajmu należy się za cały okres do momentu wypłaty odszkodowania, nie zaś do momentu stwierdzenia, że naprawa jest ekonomicznie nieuzasadniona. Sąd podnosi, że „Skoro, jak wynika z przeprowadzonego postępowania dowodowego, powodowi faktycznie potrzebny był samochód zastępczy do wykonywania działalności gospodarczej, to należałoby przyjąć, że **potrzeba ta występowała od czasu uzyskania środków na zakup nowego auta**, czyli do dnia wypłacenia powodowi odszkodowania”¹². Analogicznie należy przyjąć, o czym była mowa powyżej, iż w przypadku osoby nieprowadzącej działalności gospodarczej, w przypadku zaistnienia szkody całkowitej, również przysługuje zwrot kosztów wynajmu pojazdu do momentu wypłaty odszkodowania z tytułu szkody całkowitej.

Reasumując, kwestia zwrotu kosztów z tytułu najmu pojazdu zastępczego w przypadku umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, wnioskując z liczby orzeczeń, jakie wpływają do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, stanowi dla wielu poszkodowanych problem, gdyż zakłady ubezpieczeń częściowo uchylają się od odpowiedzialności z tego tytułu. Mam nadzieję, że powyższy tekst usprawni dochodzenie należnych odszkodowań i choć w minimalnym stopniu przyczyni się do tego, by spraw z omawianego zakresu było mniej.

Na koniec pragnę poinformować, iż treść, zarówno wykorzystanych w powyższym artykule orzeczeń, jak i wyroków dotyczących innych spraw z zakresu prawa ubezpieczeniowego, można znaleźć na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych pod adresem www.rzu.gov.pl w zakładce „serwis prawny”.

¹² Wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 10 marca 2010 r. (sygn. akt XC 597/09).

Instytucje rynku ubezpieczeniowego: Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

W niniejszym opracowaniu postaramy się w sposób przystępny przedstawić rys historyczny, rolę, zadania oraz cele instytucji rynku ubezpieczeniowego jaką jest Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. 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.

1. Rys historyczny

Dokumentem, który leży u podstaw funkcjonującego od 1951 r. Systemu Zielonej Karty oraz Rady Biur zrzeszających Biura Narodowe reprezentujące poszczególne rynki ubezpieczeniowe, jest wciąż aktualna, tzw. Rekomendacja Genewska nr 5 z 1949 r. przyjęta przez Podkomitet Transportu Drogowego Komitetu Transportu Lądowego Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ¹. Rekomendacja kierowana do rządów, nakładała obowiązek oficjalnego uznania przez rządy krajów członkowskich utworzonych przez posiadających licencje ubezpieczycieli, organizacji działających jako narodowe biuro ubezpieczycieli. Rekomendacja stanowiła że „w każdym kraju ubezpieczyciele utworzą centralną organizację, zwaną dalej Biurem, uznaną przez rząd tego kraju”. Aneks nr 2 z listopada 2000 r. do Rekomendacji nr 5, podaje następujący opis Biura: „W każdym kraju rząd oficjalnie uznaje organizację utworzoną przez licencjonowanych ubezpieczycieli jako narodowe biuro ubezpieczycieli. Członkami Biura tego kraju mogą być wyłącznie ubezpieczyciele upoważnieni do prowadzenia działalności w zakresie obowiązkowego komunikacyjnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i przez nie upoważnieni do wydawania certyfikatów (Zielona Karta). Wszyscy ubezpieczyciele są zobowiązani do członkostwa w Biurze i partycypowania w jego finansowaniu tak, aby Biuro było zdolne do wypełniania swoich zobowiązań finansowych”.

Z Rekomendacji nr 5 wynikało, że warunkiem członkostwa w Systemie jest wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz utworzenie Biura Narodowego.

W Polsce przepisy o obowiązkowych ubezpieczeniach komunikacyjnych zostały uchwalone już w 1952 r., lecz nie doczekały się przepisów wykonawczych i nigdy nie weszły w życie. Dopiero ustawa o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych z 1958 r. wraz z jej aktami wykonawczymi (rozporządzenie Rady Ministrów z 1961 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej z ruchu pojazdów mechanicznych) wprowadziła system obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych, co umożliwiło podjęcie starań o członkostwo w Systemie Zielonej Karty.

W okresie monopolu państwa w zakresie ubezpieczeń, Polskę w Systemie Zielonej Karty reprezentował Państwowy Zakład Ubezpieczeń (lata 1958 – 1960). Następnie, po podziale rynku między PZU – ubezpieczenia krajowe, a Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. – ubezpieczenia zagraniczne – to WARTA była reprezentantem Polski w Systemie Zielonej Karty (lata 1960 – 1990).

W wyniku kolejnych zmian reprezentowanie Polski w Systemie należało do Polskiego Biura Zielonej Karty (lata 1990–1996) i Polskiego Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych (od dnia 10 maja 1996 r.). Znowelizowana ustawa o działalności ubezpieczeniowej nadała PBUK osobowość prawną i stwierdziła, że przejmuje ono wszystkie funkcje, prawa i obowiązki Polskiego Biura Zielonej Karty.

Od dnia 1 stycznia 2004 r. zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych² obowiązującą nazwą Biura jest Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

2. Organizacja, zasady funkcjonowania, zadania Biura

Zgodnie z przepisami ww. aktu prawnego, Biuro jest instytucją wykonującą zadania określone w ustawie. Biuro ma osobowość prawną a siedzibą Biura jest miasto stołeczne Warszawa. Organami Biura są: Walne Zgromadzenie Członków, Rada Biura oraz Zarząd Biura. Walne Zgromadzenie Członków uchwała statut Biura, który następnie jest zatwierdzany w drodze decyzji przez Ministra właściwego do spraw instytucji finansowych, po zasięgnięciu opinii organu nadzoru.

¹ Uzasadnienie do projektu ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych. Druk nr 543 z dnia 4 czerwca 2002 r.

² Dz. U. z 2003 r., nr 124, poz. 1152 z późn. zm.



Piotr Budzianowski
specjalista
w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Rada Biura, której członkowie wybierani są na okres czterech lat, sprawuje bezpośredni nadzór nad Biurem. Do zadań Rady należy m.in.:

- nadzór nad gospodarką finansową;
- opiniowanie sprawozdań Zarządu;
- zatwierdzanie regulaminów, oraz
- inne zadania, które nie zostały zastrzeżone dla Walnego Zgromadzenia.

Zarząd jest organem wykonawczym Biura i realizuje dyspozycje Walnego Zgromadzenia oraz Rady.

Koszty działalności Biura pokrywane są ze składek członków Biura.

Przynależność do Biura jest obowiązkowa i następuje:

- dla zakładów ubezpieczeń wykonujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność ubezpieczeniową w grupie obejmującej ubezpieczenia obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, z dniem uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności;
- dla zakładów ubezpieczeń z państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem właściwego organu państwa, w którym mają siedzibę, z dniem złożenia deklaracji członkowskiej.

Przedmiotem działalności Biura jest:

- wystawianie dokumentów ubezpieczeniowych ważnych w innych państwach;
- zawieranie z zagranicznymi biurami narodowymi umów o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych;
- organizowanie likwidacji szkód lub bezpośrednia likwidacja szkód spowodowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych za granicą posiadających ważne dokumenty ubezpieczeniowe wystawione przez zagraniczne biura narodowe;
- organizowanie likwidacji szkód lub bezpośrednia likwidacja szkód spowodowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych w państwach będących sygnatariuszami Jednolitego Porozumienia – Regulaminu Wewnętrznego;
- określanie zasad i trybu dystrybucji dokumentów ubezpieczeń granicznych, a w szczególności ustalanie wzorów tych dokumentów oraz ich ewidencjonowanie.

Ponadto Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych pełni rolę:

- organu odszkodowawczego;
- ośrodka informacji;
- centrum redystrybucji informacji o wypadkach z ofiarami w ludziach.

Niestety ograniczenia redakcyjne uniemożliwiają nam w tak krótkim opracowaniu na omówienie szczegółowo wszystkich zadań realizowanych przez Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, którego prawidłowe funkcjonowanie jest niezwykle istotne dla całego rynku ubezpieczeniowego w Polsce i Europie.

Pragniemy również zwrócić Państwa uwagę, że Prezes Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Mariusz Wichtowski, został wybrany na stanowisko prezydenta Rady Biur Systemu Zielonej Karty. Kadencja będzie trwać 5 lat. Po raz pierwszy osoba z tej części Europy została wybrana na najwyższe stanowisko w Radzie Biur.

W przypadku gdyby chcieli Państwo uzyskać dodatkowe, szczegółowe informacje na temat Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zapraszamy do kontaktu w pierwszej kolejności z Biurem:

Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

ul. Świętokrzyska 14

00 - 050 Warszawa

Centrala: +48 (22) 551 51 00

Fax: +48 (22) 551 51 99

e-mail: pbuk@pbuk.pl

www.pbuk.pl

lub korzystania z telefonicznych dyżurów ekspertów w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych
pod nr tel. 22 333 73 28

od Pn. do Pt. w godzinach 9.00 – 19.00 lub poradnictwa mailowego.

W kolejnym numerze Monitora Ubezpieczeniowego znajdą Państwo publikację na temat Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Szanowni Czytelnicy

Informujemy, iż w listopadzie br. ukaże się **Wydanie Specjalne „Monitora Ubezpieczeniowego”** poświęcone 15 – letniej działalności Rzecznika Ubezpieczonych.

Wydanie to związane jest z konferencją organizowaną przez Rzecznika Ubezpieczonych i Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej poświęconą 15 – letniej działalności Rzecznika Ubezpieczonych oraz kancelariom i doradcom odszkodowawczym.

Konferencja odbędzie się 16 listopada 2010 r. w Warszawskim Domu Technika NOT.

Redakcja

Redaktor naczelna: Halina Olendzka

Rada redakcyjna: Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

Rada programowa: Członkowie Rady Ubezpieczonych

Sekretarz redakcji: Martyna Gondek



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

Wydawca:
Rzecznik Ubezpieczonych
Al. Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa

Warszawa 2010

ISSN 1505-9782

Nakład 1400 egz.
Druk: Wydawnictwo TiO