



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

**ORZECZNICTWO SĄDU NAJWYŻSZEGO
A PRAKTYKA LIKWIDACJI SZKÓD
KOMUNIKACYJNYCH**

RAPORT RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

CZĘŚĆ II

Warszawa 2015

Spis treści

Wprowadzenie	3
Rozdział I. Szkoda całkowita.....	8
1. Orzecznictwo Sądu Najwyższego dotyczące szkody całkowitej.....	8
2. Praktyka likwidacji szkód całkowitych w ubiegłych latach	12
3. Praktyka likwidacji szkód całkowitych – stan obecny	15
3.1. Wycena wartości rynkowej pojazdu przed szkodą	17
3.2. Wycena wartości rynkowej pojazdu po szkodzie	21
3.3. Marża przy wycenie wartości pozostałości.....	31
3.4. Szkoda całkowita – odmienne kryteria w kalkulacjach kosztów naprawy	38
4. Podsumowanie	45
Rozdział II. Roboczogodziny prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych	47
1. Orzecznictwo Sądu Najwyższego dotyczące kosztów naprawy pojazdu.....	49
2. Stawki za roboczogodzinę stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku szkody całkowitej.....	52
3. Stawki za roboczogodzinę stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku szkody częściowej.....	55
4. Stawki za roboczogodzinę na polskim rynku usług motoryzacyjnych.....	65
5. Podsumowanie	75
Rozdział III. Odmowa zwrotu wydatków poniesionych przez poszkodowanego na zlecenie sporządzenia ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy.....	78
1. Stanowisko Sądu Najwyższego oraz doktryny dotyczące zwrotu kosztów usługi niezależnego rzeczoznawcy	79
2. Odmowa zwrotu kosztów usługi niezależnego rzeczoznawcy	82
3. Podsumowanie	99
Rozdział IV. Opieszałość w likwidacji szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	103
1. Praktyki zakładów ubezpieczeń dotyczące opieszałości w likwidacji szkód komunikacyjnych	109
2. Nieterminowość oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w likwidacji szkód komunikacyjnych	126
3. Kary pieniężne nakładane na zakłady ubezpieczeń w drodze decyzji Komisji Nadzoru Finansowego	139
4. Podsumowanie	147

Rozdział V. Opieszałość w likwidacji szkód z powodu biernego oczekiwania na zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie.....	150
1. Przykłady biernego oczekiwania zakładu ubezpieczeń na prawomocne zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie.....	160
2. Podsumowanie.....	190
Rozdział VI. Dostęp do informacji i dokumentów z akt szkody	192
1. Opieszałość w udostępnieniu akt szkody	200
2. Odmowa udostępnienia akt szkody z powodu ich zniszczenia lub zagubienia.....	218
3. Podsumowanie.....	219
Zakończenie	223
Załączniki	228

Wprowadzenie

W styczniu 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych opublikował raport pt. „Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych”, w którym szeroko zaprezentował problemy występujące w likwidacji szkód komunikacyjnych z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej: OC p.p.m.), w takich obszarach jak: najem pojazdu zastępczego, amortyzacja części, rodzaj części do naprawy uszkodzonych pojazdów (części oryginalne, nieoryginalne zamienniki) oraz utrata wartości handlowej pojazdu. Z uwagi na skalę występujących problemów w ww. raporcie nie udało się omówić innych, wyraźnie dostrzegalnych w praktyce likwidacji szkód nieprawidłowości. Chcąc ukazać w sposób kompleksowy pozostałe problemy Rzecznik w niniejszym raporcie pragnie zaprezentować inne istotne uchybienia przepisom prawa i linii judykatury diagnozowane podczas likwidacji szkód majątkowych z ubezpieczenia OC p.p.m. Są to istotne dla zapewnienia prawidłowości postępowań likwidacyjnych kwestie związane z kwalifikacją szkody jako całkowitej, wysokością przyjmowanych stawek za roboczogodziny prac naprawczych, opieszałości i niewywiązywania się z obowiązków informacyjnych (w tym utrudnień i odmów w dostępie do akt szkody), opieszałości z powodu uzależniania przyjęcia odpowiedzialności od zakończenia toczącego się postępowania karnego lub w sprawach wykroczeniowych oraz odmową zwrotu kosztów poniesionych na zlecenie sporządzenia ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy.

Warto zaznaczyć, iż w ostatnim czasie zdecydowanie przyspieszono działania nadzorcze mające na celu wyeliminowanie istniejących dotychczas nieprawidłowości – Komisja Nadzoru Finansowego wprowadziła „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych”, a także wprowadzono system bezpośredniej likwidacji szkód (BLS). Wydaje się więc, że zasadniczymi impulsami do tych inicjatyw stały się fundamentalne dla ubezpieczeń uchwały Sądu Najwyższego podjęte na skutek zapytań Rzecznika Ubezpieczonych, a następnie jego raport. Z tych względów Rzecznik wyraża nadzieję, że obecnie prezentowany raport będzie kolejnym, ważnym krokiem w sanacji praktyki likwidacyjnej. Należy podkreślić, iż głównym celem raportu jest kontynuacja działań na rzecz poprawy jakości postępowań likwidacyjnych, które również będą pozytywnie wpływały na budowę zaufania społecznego do instytucji ubezpieczenia.

W ocenie Rzecznika skargi wpływające do Biura Rzecznika Ubezpieczonych¹, ale także zapytania telefoniczne i e-mailowe, pokazują, że procedury likwidacji szkód w odniesieniu do szkody całkowitej, zaniżania stawek roboczogodzin, opieszałości i niedopełniania obowiązków informacyjnych, utrudnień w zakresie dostępu do akt szkodowych, opieszałości z powodu uzależniania przyjęcia odpowiedzialności od zakończenia toczącego się postępowania karnego lub w sprawach wykroczeniowych oraz odmową zwrotu kosztów poniesionych na zlecenie sporządzenia ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy nadal pozostawiają wiele do życzenia, w części przypadków dalece odbiegając od obowiązujących przepisów prawa i ich interpretacji dokonywanej przez Sąd Najwyższy oraz sądy powszechne. Nie chodzi tu o incydentalne przypadki błędnych stanowisk ubezpieczycieli w odniesieniu do indywidualnych spraw, lecz o powtarzalne metody postępowania. Sygnały te wskazują, iż stosowane wobec wszystkich poszkodowanych procedury są odległe od reguł powszechnie obowiązującego prawa. Stosowanie powielanych schematów w praktyce likwidacyjnej dotyka więc wszystkich poszkodowanych znajdujących się w analogicznej sytuacji i występujących z tożsamym roszczeniem. Stąd też wielokrotnie formułowane twierdzenia samorządu zakładów ubezpieczeń, że liczba skarg napływających do Rzecznika Ubezpieczonych maleje, a przy tym jest niewielka, od początku obarczone są błędem logicznym, gdyż to nie liczba skarg, a przyjęty i stosowany wobec wszystkich poszkodowanych jednolity mechanizm – opisany procedurą lub wyznaczany praktyką schematyczny model likwidacji – obrazuje szerszą skalę nieprawidłowości. Skargi, które otrzymuje Rzecznik pokazują sygnalnie płaszczyzny działalności zakładów ubezpieczeń, na których występują najczęstsze nieprawidłowości i które powinny ulegać zdecydowanym zmianom. W ocenie Rzecznika przedstawione nieprawidłowości powinny być szczegółowo analizowane, a następnie w ramach wewnętrznych procesów samokontroli wyeliminowane. Rolą Rzecznika jest informowanie o dostrzeganych nieprawidłowościach, a zadaniem zakładów ubezpieczeń jest ich eliminowanie. Natomiast rolą nadzoru jest bieżące sprawdzanie rzeczywistego stanu rzeczy, a w przypadku występowania nieprawidłowości stosowanie adekwatnej sankcji do skali naruszeń. Trzeba też podkreślić, że część spośród zakładów ubezpieczeń dostrzega problemy diagnozowane w postępowaniach skargowych, podejmując we własnym zakresie działania naprawcze, co zasługuje na uznanie i powinno stać się dla pozostałych ubezpieczycieli wzorem postępowania. Dostrzegalna jest również w ostatnim czasie

¹ Por. tabela 1 oraz wykres 1 zamieszczone w niniejszym raporcie.

aktywność na tym polu organu nadzoru, który dotkliwiej korzysta z sankcji, szczególnie wobec ubezpieczycieli, którzy po raz kolejny dopuszczają się analogicznych do poprzednio stwierdzonych uchybień.

Dla zobrazowania notowanej w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych liczby skarg w omawianych w niniejszym raporcie obszarach, poniżej zamieszczono tabele i wykresy ukazujące dane z prezentowanego zakresu tematycznego.

Tabela 1. Liczba skarg dotyczących szkody całkowitej, roboczogodzin, opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym, zwrotu kosztów rzeczoznawcy, odmowy i utrudnień wglądu w akta na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014

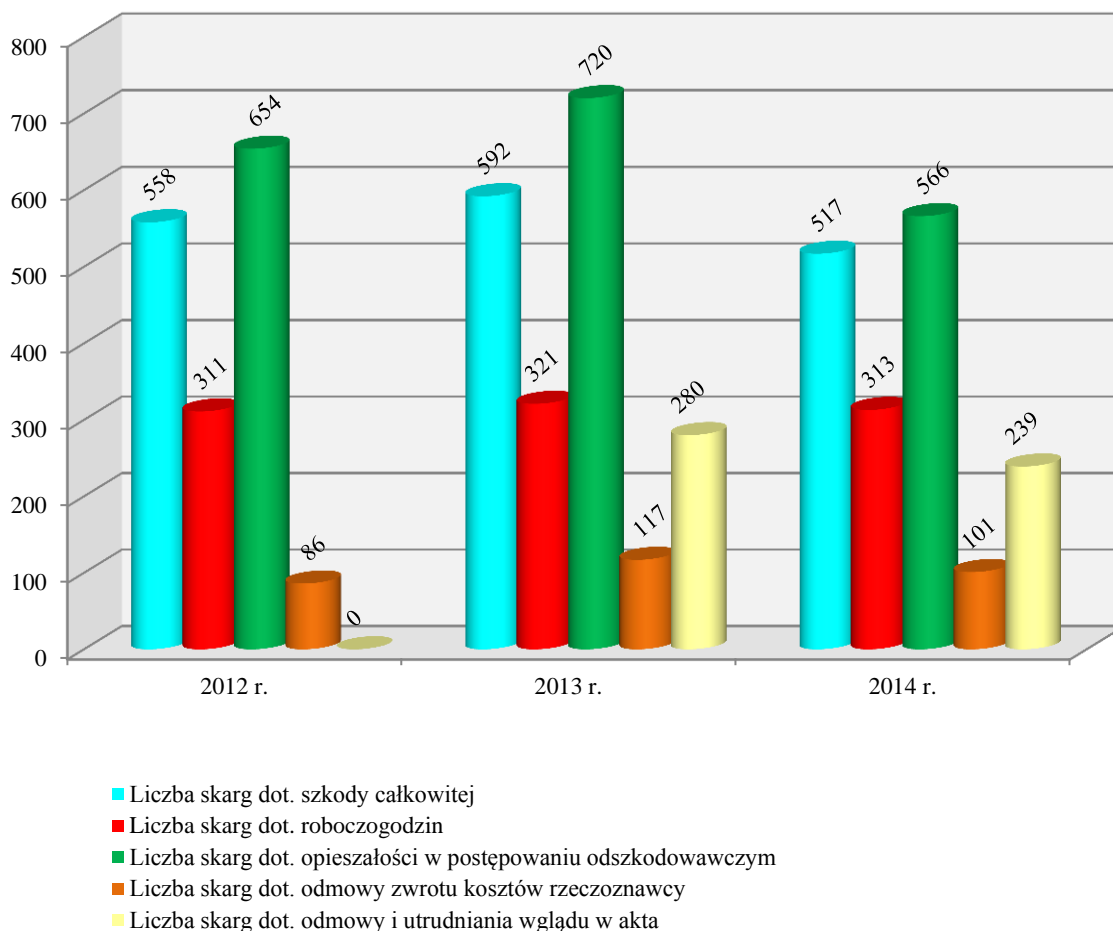
Rok	Liczba skarg dot. ubezpieczeń OC p.p.m.	Liczba skarg dot. szkody całkowitej	Liczba skarg dot. roboczogodzin	Liczba skarg dot. opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym	Liczba skarg dot. odmowy zwrotu kosztów rzeczoznawcy	Liczba skarg dot. odmowy i utrudnienia wglądu w akta
2012	4907	558	311	654	86	b.d. ^a
2013	6900	592	321	720	117	280 ^b
2014	6135	517	313	566	101	239 ^b

b.d. – brak danych

^a Do 31 grudnia 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych nie prowadził statystyk dotyczących odmowy wglądu w akta w odniesieniu do ubezpieczeń OC p.p.m.

^b Problem związany z udostępnianiem akt szkody był zarówno główną przyczyną skarg, jak i dodatkowym zarzutem wobec postępowań zakładów ubezpieczeń.

Wykres 1. Liczba skarg dotyczących szkody całkowitej, roboczogodzin, opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym, zwrotu kosztów rzeczoznawcy, odmowy i utrudnień wglądu w akta kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



Analizując powyższe dane i prowadzone przez zakłady ubezpieczeń postępowania likwidacyjne, Rzecznik może sformułować tezę, że nadal występuje sytuacja, w której praktyka likwidacji szkód podąża swoją niezależną drogą, wyznaczaną niestety z pominięciem prawa i wytycznych płynących z orzecznictwa sądowego.

Głównie z tych względów ubezpieczenie OC p.p.m. w ostatnich latach zamiast być gwarancją realnej, osadzonej w prawie cywilnym ochrony, przybrało zniekształconą formę, w której wypłacane świadczenia nie realizują fundamentalnej dla prawa odszkodowawczego zasady pełnego odszkodowania. Trzeba ponownie podkreślić, że to świadczenia wyznaczone porządkiem prawnym decydują o wysokości składki, a nie odwrotnie, tj. że świadczenia miałyby być pochodną zebranej składki. Diagnozowane

problemy dodatkowo pogłębiają nadal występujące zarówno w przeszłości, jak i obecnie fale tzw. „wojen cenowych”, skutkujące stratami zakładów ubezpieczeń.

Tym samym, znaczna skala problemów występujących w obowiązkowym ubezpieczeniu OC p.p.m., mnożenie wątpliwości interpretacyjnych, stosowanie karkołomnej wykładni przepisów prawa odszkodowawczego w celu redukcji wypłacanych świadczeń, a także absolutnie nieadekwatny (tutaj zaniżony) poziom składki do zwiększających się z biegiem lat wysokości świadczeń, stały się najpoważniejszymi przeszkodami w rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Czyniąc te wszystkie obserwacje śmiało można postawić kontrowersyjną dla niektórych tezę, że znaczna część szkód likwidowanych z ubezpieczenia OC p.p.m. nie jest w pełni zgodna z wymogami stawianymi przez prawo. Co więcej, praktyki redukcji świadczeń stały się tak powszechne, że poszkodowani – pomimo sprzeciwu wobec takich działań zakładów ubezpieczeń – uznają za naturalne i notoryjne zjawisko zaniżania odszkodowań ze szkód komunikacyjnych. Patologie te zachęciły adwokatów i radców prawnych do specjalizacji w prawie odszkodowawczym na szeroką skalę, a także stworzyły nowy potężny rynek podmiotów (tzw. kancelarii i doradców odszkodowawczych), które z olbrzymimi sukcesami, budując od kilku lat swój potencjał specjalizują się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych niemal wyłącznie od zakładów ubezpieczeń. Ostatnio zjawisko to potęguje się, bowiem podmioty te poszukując kolejnych intratnych źródeł zarobkowania, w drodze cesji coraz chętniej skupują roszczenia odszkodowawcze, zajmując się następnie dochodzeniem roszczeń ze szkód majątkowych. Skala i pole działalności kancelarii odszkodowawczych stale i dynamicznie się rozszerza obejmując ofertą odpłatnej pomocy poszkodowanym kolejne obszary, w których dochodzi do nieprawidłowości w działalności ubezpieczeniowej. Oferta wyspecjalizowanych prawników oraz kancelarii odszkodowawczych trafia na podatny grunt, bowiem poszkodowani, zdając sobie sprawę, że samodzielnie nie uzyskają tego co im się w świetle prawa należy (chcąc, co jest oczywiste, uzyskać jak najwięcej – powszechnie przy szkodach osobowych, a coraz częściej przy szkodach majątkowych), korzystają z usług wskazywanych podmiotów.

Te wszystkie zjawiska absolutnie nie budują zaufania do instytucji ubezpieczenia, powodują do niej niechęć i przeświadczenie, że system ochrony działa wadliwie, gdzie zamiast oczekiwanej ochrony pozostaje trudna droga długotrwałego dochodzenia roszczeń i coraz częściej z nieodzownym udziałem wyspecjalizowanego pełnomocnika.

Rozdział I. Szkoda całkowita

W trakcie likwidacji szkód komunikacyjnych w ramach ubezpieczenia OC p.p.m., problematyka szkody całkowitej od zawsze stanowiła przedmiot sporu pomiędzy poszkodowanymi a zakładami ubezpieczeń. Problem tzw. „szkody całkowitej” w sytuacji wypłaty odszkodowania w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. powstał w związku ze stosowaniem art. 363 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 – Kodeks cywilny², który wskazuje, że: *„Naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu”*. W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostało stanowisko Sądu Najwyższego odnośnie „szkody całkowitej”, najczęstszych problemów podnoszonych w skargach osób dochodzących roszczeń, praktyki likwidacji szkód i stwierdzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych nieprawidłowości, a także argumentacji prawnej i faktycznej przedstawianej przez ubezpieczycieli w postępowaniu likwidacyjnym.

1. Orzecznictwo Sądu Najwyższego dotyczące szkody całkowitej

Powszechnie obowiązujące prawo nie definiuje pojęcia „szkody całkowitej”. Termin ten wykształcił się w praktyce likwidacji szkód zarówno z ubezpieczenia OC p.p.m., jak i ubezpieczenia autocasco, a następnie został przyjęty przez orzecznictwo. Podstawowy podział szkód komunikacyjnych to podział na szkody całkowite i częściowe. Rozróżnienie to trafnie zobrazowano w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 lutego 1992 r.³, w którym wskazano, iż szkoda częściowa ma miejsce wówczas, gdy uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości pojazdu w dniu ustalenia przez zakład ubezpieczeń tego odszkodowania. Natomiast szkoda całkowita występuje wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyły wartość pojazdu w dniu likwidacji szkody.

² Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

³ I ACr 30/92.

Podstawą prawną kompensacji szkody całkowitej jest przepis art. 363 § 1 k.c. Stanowi on, iż zasadniczo naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Wyjątkiem od tej reguły jest sytuacja, w której przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty – wówczas roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu.

Biorąc powyższe pod uwagę, ze szkodą całkowitą mamy do czynienia wówczas, gdy pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy albo, gdy koszty naprawy określone w chwili ustalenia kwoty odszkodowania przekroczyły wartość rynkową pojazdu w dniu szkody. W sytuacji, gdy zaistniały przesłanki do określenia szkody całkowitej wówczas odszkodowanie wypłacane w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. ustalane jest tzw. metodą dyferencyjną (zwaną również różnicową). Polega ona na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie sprzed uszkodzenia – o wartość pozostałości powypadkowych (wrak pojazdu). W przypadku szkody całkowitej o przywróceniu stanu poprzedniego mówimy wówczas, gdy wypłacone odszkodowanie oraz wartość wraku lub cena uzyskana z jego sprzedaży jest równa wartości rynkowej pojazdu sprzed szkody. Wtedy zostaje przywrócony stan praw majątkowych poszkodowanego zakłócony zdarzeniem, na skutek którego doszło do wyrządzenia szkody.

Na przestrzeni ostatnich lat pojawiały się spory oraz rozbieżności interpretacyjne dotyczące określenia wysokości kosztów naprawy pojazdu, które w rozumieniu art. 363 § 1 k.c. można uznać za nadmierne dla zobowiązanego, a tym samym pozwalałaby na oszacowanie przez zakłady ubezpieczeń szkody jako całkowitej. Obecnie orzecznictwo sądów w tej kwestii, przynajmniej w zakresie orzeczeń Sądu Najwyższego jest jednolite i nie powinno rodzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych, iż w ramach likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m. za nadmierne należy uznawać te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości rynkowej pojazdu sprzed powstania szkody. Można wskazać przynajmniej kilka orzeczeń Sądu Najwyższego, które potwierdzają powyższe stanowisko. I tak, w wyroku z dnia 1 września 1970 r.⁴, Sąd Najwyższy wskazał, iż *„Jeżeli właściciel uszkodzonego samochodu żąda przywrócenia stanu poprzedniego w postaci wyremontowania samochodu, sprawca szkody nie może mu narzucić innej formy*

⁴ II CR 371/70.

odszkodowania, polegającej w szczególności na tym, żeby poszkodowany zlikwidował uszkodzony samochód i poprzestał na odszkodowaniu w postaci różnicy między wartością samochodu przed wypadkiem a ceną uzyskaną z licytacji. Tylko wtedy, gdyby remont samochodu okazał się niemożliwy albo gdyby pociągał za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ograniczałoby się do drugiej formy odszkodowania”. Z kolei w wyroku z dnia 13 grudnia 1988 r.⁵, Sąd Najwyższy po raz pierwszy wskazał na wartość rynkową pojazdu przed szkodą, jako granicę wyboru sposobu naprawienia szkody, wskazując że: „Wprawdzie poszkodowany uprawniony jest w zasadzie do wyboru sposobu naprawienia swojej szkody, gdyby się jednak okazało, że dokonanie naprawy pociągnęłoby za sobą dla zakładu ubezpieczeń nadmierne koszty – w szczególności **przekraczające wartość całego samochodu** według cen wolnorynkowych, to w razie stwierdzenia nieopłacalnej naprawy **można by** uznać, że jego roszczenie ogranicza się do świadczenia w pieniądzu aktualnej wartości samochodu według stanu przed wypadkiem, pomniejszonej o jego aktualną wartość”. Następnie, w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2002 r.⁶, Sąd uznał, iż: „wystąpienie tzw. szkody całkowitej uzależnione jest od określonego poziomu kosztów naprawy. Niejednokrotnie naprawa pojazdu jest wówczas nie tylko możliwa, ale stanowić może najwłaściwszy sposób naprawienia szkody”. Jednocześnie w wyroku z dnia 20 lutego 2002 r.⁷, Sąd Najwyższy wskazał, że: „**Jeżeli koszt naprawy samochodu jest wyższy od jego wartości przed uszkodzeniem, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do kwoty odpowiadającej różnicy wartości samochodu sprzed i po wypadku**”.

Mając na względzie ostateczne rozstrzygnięcie pojawiających się w praktyce rozbieżności, Rzecznik Ubezpieczonych w dniu 6 lipca 2005 r. zwrócił się do Sądu Najwyższego z pytaniem prawnym o następującej treści: „Czy na podstawie przepisu art. 363 § 1 kodeksu cywilnego za nadmierne trudności lub koszty przywrócenia stanu poprzedniego można uznać koszt naprawy uszkodzonego pojazdu, który nie jest równy lub nie przekracza 100% jego wartości sprzed szkody”⁸. W uzasadnieniu postanowienia z dnia 12 stycznia 2006 r.⁹, Sąd Najwyższy wskazał, iż „W obowiązkowym ubezpieczeniu

⁵ I CR 280/88.

⁶ V CKN 682/00.

⁷ V CKN 903/00.

⁸ Por. *Wniosek Rzecznika do Sądu Najwyższego z dnia 6 lipca 2005 r.*, dostępny na http://www.rzu.gov.pl/files/213_61_Wnioski_skierowane_przez_Rzecznika_Ubezpieczonych_do_Sadu_Najwyzszego.pdf.

⁹ III CZP 76/05, postanowienie wraz z uzasadnieniem dostępne na http://www.rzu.gov.pl/files/213_62_Wnioski_skierowane_przez_Rzecznika_Ubezpieczonych_do_Sadu_Najwyzszego.pdf.

komunikacyjnym OC ma zastosowanie zasada pełnego odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c., a ubezpieczyciel z tytułu odpowiedzialności gwarancyjnej wypłaca poszkodowanemu świadczenie pieniężne w granicach odpowiedzialności sprawczej posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego (art. 822 § 1 k.c.). Suma pieniężna wypłacona przez zakład ubezpieczeń nie może być jednak wyższa od poniesionej szkody (art. 824¹ § 1 k.c.) i przede wszystkim na tym tle zachodzi potrzeba oceny, czy koszt restytucji jest dla zobowiązanego nadmierny (art. 363 § 1 zdanie drugie k.c.). **Przyjmuje się, że nieopłacalność naprawy, będąca przesłanką wystąpienia tzw. szkody całkowitej, ma miejsce wówczas, gdy jej koszt przekracza wartość pojazdu sprzed wypadku. Stan majątku poszkodowanego, niezakłócony zdarzeniem ubezpieczeniowym, wyznacza bowiem rozmiar należnego odszkodowania**". Ponadto w dalszej części uzasadnienia Sąd Najwyższy jednoznacznie wskazał, iż w kwestii tzw. szkody całkowitej występuje jednolite stanowisko judykatury: **„Za utrwalony należy zatem uznać pogląd, że koszt naprawy uszkodzonego w wypadku komunikacyjnym pojazdu, nieprzewyższający jego wartości sprzed wypadku, nie jest nadmierny w rozumieniu art. 363 § 1 k.c.**” W uzasadnieniu swojego stanowiska Sąd Najwyższy odwoływał się do powstałego w przedmiotowej kwestii bogatego dorobku jednolitej i ugruntowanej judykatury¹⁰.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, na skutek zapadających orzeczeń Sądu Najwyższego, w tym w szczególności postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2006 r., wydanego na skutek wniosku Rzecznika Ubezpieczonych oraz opracowań doktryny – problematyka szkody całkowitej w ramach ubezpieczenia OC sprawcy szkody została dostatecznie wyjaśniona i rozstrzygnięta i nie powinna budzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych. W opinii Rzecznika, utrwalony zatem jest pogląd, iż w ramach likwidacji szkody z tytułu ubezpieczenia OC p.p.m. za nadmierne – czyli kwalifikujące daną szkodę jako tzw. szkodę całkowitą – należy uznawać te koszty naprawy, które przekraczają 100% wartości rynkowej pojazdu sprzed powstania szkody.

¹⁰ Orzeczenia SN z dnia 1 września 1970 r. (II CR 371/70); z dnia 3 lutego 1971 r. (II CR 450/70); z dnia 20 kwietnia 1971 r. (II CR 475/70); z dnia 20 lutego 1981 r. (I CR 17/81); z dnia 13 grudnia 1988 r. (I CR 280/88); z dnia 29 stycznia 2002 r. (V CKN 682/00); z dnia 20 lutego 2002 r. (V CKN 903/00) oraz z dnia 11 czerwca 2003 r. (V CKN 308/01).

2. Praktyka likwidacji szkód całkowitych w ubiegłych latach

W trakcie analizy postępowań skargowych, prowadzonych tuż po opublikowaniu uzasadnienia postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2006 r., Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował, że jednym z głównych zarzutów skarżących, **była likwidacja szkody komunikacyjnej jako całkowitej, w sytuacji kiedy koszty naprawy przekroczyły 70% wartości pojazdu z dnia szkody, ale jednocześnie nie przekroczyły 100% tejże wartości.** Przy czym, w głównej mierze zastrzeżenia te dotyczyły dwóch zakładów ubezpieczeń: PZU S.A. oraz TUiR Warta S.A. Argumentacja ubezpieczycieli opierała się wówczas na rozwiązaniach zawartych w o.w.u. autocasco oraz twierdzeniach, iż w takiej sytuacji zwrot kosztów naprawy powodowałby nadmiernie nieuzasadnione wydatki po stronie zakładu ubezpieczeń.

Praktyka zakładów ubezpieczeń sprowadzała się do tego, iż po ustaleniu, że maksymalne koszty naprawy uszkodzonego pojazdu wynoszą np. ok. 70-80% wartości pojazdu sprzed szkody, następowało rozliczenie szkody analogiczną metodą jak w przypadku szkody całkowitej, tzn. poszkodowanemu wypłacana była różnica pomiędzy wartością pojazdu sprzed i po szkodzie. Zakład ubezpieczeń w uzasadnieniu swojego stanowiska nie posługiwał się pojęciem „szkoda całkowita”, lecz używał sformułowania „ustalenie bezspornej kwoty odszkodowania”. Jednakże w praktyce sposób postępowania ubezpieczycieli powodował taki sam skutek, jak w przypadku wystąpienia rzeczywistej szkody całkowitej. Wysokość odszkodowania ustalana była przez zakłady ubezpieczeń, jako różnica wartości pojazdu sprzed i po wypadku – pomimo tego, iż maksymalne koszty naprawy w autoryzowanej stacji obsługi wyliczone przez ubezpieczyciela, oscylowały w granicach 80%, czy też 70% wartości pojazdu sprzed szkody. Jako uzasadnienie swojego stanowiska przedstawianemu poszkodowanemu oraz Rzecznikowi Ubezpieczonych, zakłady ubezpieczeń wskazywały, iż w sytuacji kiedy poszkodowany otrzymałby odszkodowanie za koszt naprawy pojazdu np. w wysokości 70%, a nie naprawiając pojazdu sprzedałby go w stanie uszkodzonym, np. za 54% wartości pojazdu sprzed szkody, to uzyskałby w sumie odszkodowanie w wysokości 124% wartości pojazdu. Tym samym, zdaniem ubezpieczycieli nastąpiłoby bezpodstawne wzbogacenie poszkodowanego, gdyż odszkodowanie z tytułu kosztów naprawy oraz kwoty uzyskanej ze sprzedaży przewyższałoby wartość pojazdu sprzed powstania szkody¹¹. Ubezpieczyciele

¹¹ Tak PZU S.A. w pismach: z dnia 16 listopada 2009 r. (znak: BLS-4680/2009); z dnia 11 maja 2009 r. (znak: ZSiZ-441-1093-K/09); z dnia 12 października 2009 r. skierowanym do KNF (znak: LS-20-053-

wprawdzie dopuszczali możliwość dopłaty kwoty odszkodowania, ale uzależniali to od faktu spełnienia łącznie następujących warunków: 1) dokonania faktycznej naprawy pojazdu przez poszkodowanego, 2) udokumentowania faktu jej dokonania stosownymi fakturami lub rachunkami oraz 3) przedstawienia naprawionego pojazdu do oględzin.

Dodatkowo, w argumentacji przekazywanej przez TUiR Warta S.A. pojawiały się twierdzenia, że ustalona wysokość kosztów naprawy pojazdu, nieprzekraczająca wartości pojazdu z dnia szkody – jest wyłącznie kwotą szacunkową, która podczas demontażu poszczególnych elementów i ujawnieniu dodatkowych uszkodzeń może wzrosnąć, podwyższając ustalone szacunkowe koszty naprawy. Wobec powyższego, w ocenie zakładu ubezpieczeń takie domniemanie, nie poparte jakimkolwiek dowodem (TUIR Warta S.A. nie przedstawiało dowodów na poparcie tezy, iż przewidywane koszty naprawy przekraczają wartość pojazdu poszkodowanych według stanu sprzed szkody) uzasadniało dokonanie rozliczenia szkody metodą różnicową (dyferencyjną), analogicznie jak w przypadku rzeczywistej szkody całkowitej¹². Dodatkowo, TUiR Warta S.A. przerzucało na poszkodowanego obowiązek spoczywający na zakładzie ubezpieczeń przeprowadzenia z należytą starannością postępowania likwidacyjnego, bowiem uzasadniało odmowę dopłaty kwoty odszkodowania, brakiem dowodów jakie miałby przedstawić poszkodowany na okoliczność, iż poniósłby on wyższe koszty niż wypłacone odszkodowanie.

W ocenie Rzecznika przedstawione wyżej praktyki, w sposób rażąco naruszały obowiązujące przepisy, w tym wykładnię prawa dokonaną przez Sąd Najwyższy zaprezentowaną w rozdziale I pkt 1 niniejszego raportu. Ponadto, sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego było uzależnianie wypłaty odszkodowania w wysokości określonej w kosztorysie naprawy od spełnienia warunku dokonania naprawy pojazdu oraz udokumentowaniu tej naprawy fakturą. Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z treścią art. 363 § 1 k.c. to wyłącznie do poszkodowanego należy wybór sposobu naprawienia szkody, który może domagać się jej naprawienia poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Skoro odszkodowanie następuje poprzez zapłatę określonej kwoty pieniężnej, to sposób w jaki poszkodowany zadysponuje otrzymanymi środkami pieniężnymi zależy tylko i wyłącznie od jego woli. Poszkodowany otrzymane odszkodowanie przeznaczyć może

4268/2009); z dnia 30 listopada 2009 r. (znak: LS-20-053-4268/2009). Przykładowe skargi: RU/WSI/G/175/NK/07; RU/WSI/G/35/PBA/07; RU/WSI/G/1693/NK/06; RU/WSI/G/911/AA/07; RU/WSI/G/658/NK/07; RU/WSI/G/649/NK/07; RU/WSI/G/346/RR/07; RU/WSI/G/281/PBA/07; RU/WSI/G/18/PBA/MAR/07; RU/WSJ/G/7121/09.

¹² Tak przykładowo w skargach: RU/WSI/G/5702/KC/09; RU/WSI/G/7299/NK/09; RU/WSI/G/4120/WW/10; RU/WSI/G/4681/BK/10; RU/WSI/G/2417/KC/10; RU/WSI/G/4281/BK/10.

zarówno na naprawę uszkodzonego pojazdu, jak również na zakup innego pojazdu, czy też przeznaczyć na dowolny, inny cel. Uprawnienie zatem do wyboru sposobu naprawienia szkody, należy tylko i wyłącznie do poszkodowanego. Uprawnienie to obejmuje również możliwość podjęcia decyzji o niewykonaniu naprawy. W tym zakresie również funkcjonuje ugruntowane i jednolite stanowisko Sądu Najwyższego, że naprawa uszkodzonego pojazdu nie jest warunkiem wypłaty odszkodowania¹³.

Ponadto przyjęcie, że argumentacja ubezpieczycieli była właściwa (zestawienie kosztów napraw nie przekraczających 100% wartości pojazdu przed powstaniem szkody z ewentualną wartością pojazdu po szkodzie), w ocenie Rzecznika prowadziłyby do wniosku, iż każda szkoda, niezależnie od wysokości kosztów naprawy powinna być rozliczana analogicznie jak przy szkodzie całkowitej – metodą różnicową, jako metodą ekonomicznie korzystniejszą dla zakładów ubezpieczeń. Stosując więc taką logikę rozumowania, każda szkoda powinna być rozliczana poprzez porównanie: kosztów naprawy z wartością pojazdu w stanie uszkodzonym.

Zdiagnozowane nieprawidłowości w działalności wskazanych zakładów ubezpieczeń skutkowały tym, iż Rzecznik w dniu 15 maja 2007 r.¹⁴ zawiadomił Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniu PZU S.A. w zakresie rozliczania szkody całkowitej z tytułu umowy ubezpieczenia OC p.p.m.

Z kolei w dniu 25 marca 2010 r.¹⁵, Rzecznik złożył wniosek do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o podejrzeniu stosowania przez PZU S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów polegających na naruszeniu bezwzględnie obowiązującego przepisu art. 361 i 363 k.c. przy wykonaniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., poprzez przyjmowanie stałych modeli postępowania

¹³ Por. uchwały SN: z dnia 15 listopada 2001 r. (III CZP 68/01) i z dnia 17 maja 2007 r. (III CZP 150/06) oraz wyroki SN: z dnia 20 lutego 2002 r. (V CK 908/00); z dnia 11 czerwca 2001 r. (V CKN 226/00) i z dnia 7 sierpnia 2003 r. (IV CKN 387/01). Dla przykładu, jak wskazał SN w uchwale z dnia 15 listopada 2001 r. (III CZP 68/01): „Obowiązek naprawienia szkody przez wypłatę odpowiedniej sumy pieniężnej powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego, czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle zamierza ją naprawić, odszkodowanie bowiem ma wyrównać uszczerbek majątkowy powstały w wyniku zdarzenia wyrządzającego szkodę, istniejący od chwili wyrządzenia szkody do czasu, gdy zobowiązany wypłaci poszkodowanemu sumę pieniężną odpowiadającą szkodzie ustalonej w sposób przewidziany prawem. Przy takim rozumieniu szkody i obowiązku odszkodowawczego nie ma znaczenia, jakim kosztem poszkodowany faktycznie dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle to uczynił albo zamierza uczynić. Dlatego dla określenia wysokości należnego poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń odszkodowania za szkodę wynikającą z uszkodzenia pojazdu w wypadku komunikacyjnym nie ma znaczenia fakt, że poszkodowany nie wykonał jeszcze naprawy pojazdu, na co zwrócił już uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 czerwca 1988 r., I CR 151/88”.

¹⁴ Znak: RU/198/MAR/07.

¹⁵ Znak: RU/71/BCH/10.

i uzależnianie wypłaty pełnej sumy odszkodowania od dokonania faktycznej naprawy pojazdu, udokumentowania faktu jej dokonania oraz przedstawienia pojazdu do oględzin przez poszkodowanego w sytuacji, gdy analiza kosztów naprawy pojazdu wskazuje, iż przewidywalny koszt naprawy nie przekracza wartości pojazdu sprzed powstania szkody. W tym samym roku, tj. 28 października 2010 r.¹⁶, Rzecznik złożył zawiadomienie do Prezesa UOKiK o podejrzeniu stosowania przez TUiR Warta S.A. analogicznej praktyki.

Obecnie analiza skarg osób poszkodowanych pozwala stwierdzić, że praktyki jak te powyżej opisane nie występują już w procesie likwidacji szkód komunikacyjnych. Wyjątkowo do Biura Rzecznika wpływają skargi, na podstawie których można zdiagnozować, że zakład ubezpieczeń zakwalifikował daną szkodę jako szkodę całkowitą, pomimo tego że hipotetyczne lub faktyczne koszty naprawy pojazdu nie przekroczyły wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody¹⁷.

W ocenie Rzecznika można zatem postawić tezę, że problem związany z kwestionowaniem przez zakłady ubezpieczeń orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie progu opłacalności naprawy pojazdu (100% wartości pojazdu przed szkodą) praktycznie już nie występuje.

3. Praktyka likwidacji szkód całkowitych – stan obecny

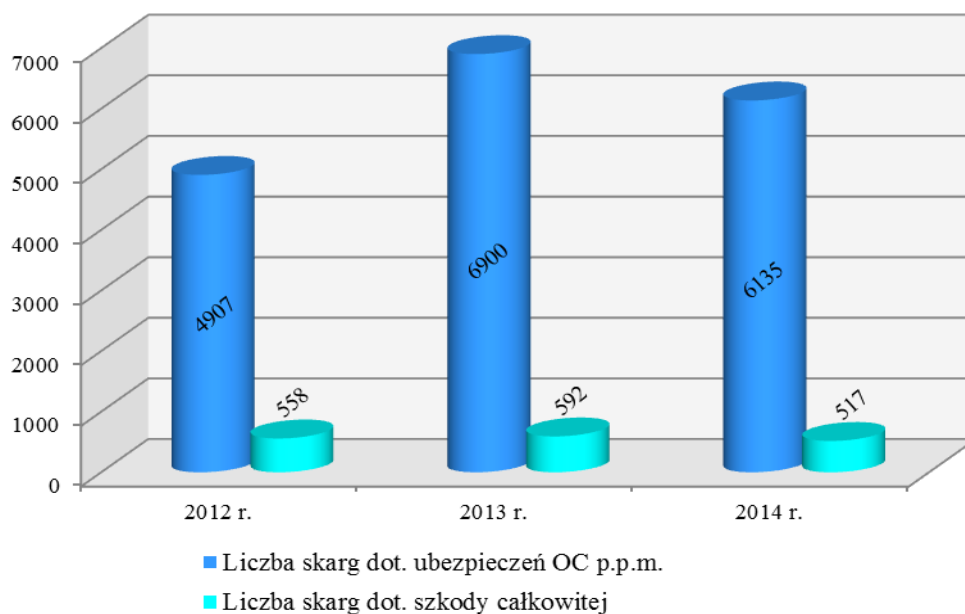
Jeżeli chodzi o statystyczne ujęcie skarg dotyczących zastrzeżeń w zakresie likwidacji szkody całkowitej, to w 2012 r. na łączną liczbę 4907 skarg z zakresu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., 558 skarg dotyczyło problematyki szkody całkowitej. W 2013 r. skarg dotyczących problematyki szkody całkowitej było 592 (na łączną liczbę skarg 6900 z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m.), zaś w 2014 r. odpowiednio 517 skarg, w stosunku do 6135 wszystkich skarg z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m.

Można zatem zaobserwować utrzymującą się na tym samym poziomie liczbę skarg dotyczących szkody całkowitej, wahającą się w przedziale od 8 do 11% ogółu liczby skarg dotyczących problematyki dochodzenia roszczeń w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. Poniżej zamieszczono wykres obrazujący wskazane wyżej dane statystyczne.

¹⁶ Znak: RU/296/BCH/10.

¹⁷ Tak PZU S.A. w skardze RU/WSI/G/5524/MI/13, gdzie pierwotnie została ustalona szkoda całkowita, pomimo tego że hipotetyczne koszty naprawy pojazdu ustalone przez zakład ubezpieczeń w programie Eurotaxglass's (5383,63 zł) nie przekroczyły wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody (5800,00 zł). Podobnie Unią TU S.A. w skardze RU/WSI/G/2504/MI/13.

Wykres 2. Liczba skarg z zakresu szkody całkowitej na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



W 2014 r. skargi dotyczyły przede wszystkim następujących ubezpieczycieli: TUiR Allianz Polska S.A., Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct), Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce (Proama), STU Ergo Hestia S.A., Generali TU S.A., InterRisk TU S.A. VIG, MTU S.A.¹⁸, PZU S.A., TUiR Warta S.A., TUW TUW¹⁹. Najczęściej zaś skargi osób poszkodowanych obejmowały następującą problematykę:

- wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą;
- wyceny wartości rynkowej pozostałości (wraku) pojazdu;
- dokonywania pomniejszenia kwoty odszkodowania o hipotetyczną marżę (zysk), jaką mają uzyskać podmioty, które w drodze aukcji internetowej złożyły ofertę zakupu pozostałości (wraku) pojazdu uszkodzonego;
- zawyżania kosztów naprawy pojazdu i stosowania w kosztorysie odmiennych kryteriów, niż ma to miejsce przy szkodzie częściowej w celu zakwalifikowania szkody jako szkody całkowitej.

¹⁸ Obecnie STU Ergo Hestia S.A.

¹⁹ Nazwy zakładów ubezpieczeń zostały zaprezentowane w kolejności alfabetycznej.

3.1. Wycena wartości rynkowej pojazdu przed szkodą

Jednym z najczęstszych zarzutów osób skarżących jest zaniżenie przez zakłady ubezpieczeń wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody. W szczególności zarzuty dotyczą przyjmowania błędnych wersji modelu pojazdu, nieuwzględniania w wycenach wyposażenia dodatkowego, jego dobrego stanu technicznego, modyfikacji technicznych zwiększających wartość pojazdu, stosowania niezasadnych korekt zmniejszających wartość rynkową tego pojazdu, czy też w końcu nieuwzględniania cen ofert sprzedaży pojazdów, jakie funkcjonują na rynku oraz wycen sporządzonych przez niezależnych rzeczoznawców samochodowych²⁰.

W powszechnie obowiązujących przepisach prawa brak jest norm prawnych, czy też wytycznych, które regulowałyby albo wskazywałyby, w jaki sposób należy dokonać wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą. W praktyce, zarówno przy wycenie wartości pojazdów w trakcie prowadzonych postępowań likwidacyjnych, czy też postępowań cywilnych, najczęściej korzysta się z dwóch profesjonalnych narzędzi do wyceny pojazdów samochodowych: Eurotax oraz InfoEkspert, które zawierają aktualne wartości rynkowe używanych pojazdów, precyzyjny opis typu i modelu, zawierający podstawowe parametry techniczne oraz enumeratywne wyliczenie zastosowanych korekt. Jak wskazał w swoim orzecznictwie Sąd Najwyższy – *„Przy określaniu miernika wartości rzeczy nieuzasadnione jest przeciwstawianie cen, które mogą być uzyskane przy jej zbywaniu i nabywaniu. Oczywiście, jednostkowe ceny takich samych samochodów mogą się różnić, jednakże podstawą ustalenia wartości rzeczy będącej przedmiotem powszechnego obrotu nigdy nie jest jednostkowa cena, która może wynikać z zupełnie przypadkowych okoliczności. Podstawą ustalenia wartości powinna być średnia cen. Anachronizmem wydaje się przyjmowanie różnych sposobów określania wartości takich samych rzeczy, w zależności od tego, czy są przeznaczone do normalnego używania i korzystania przez właściciela, czy też są przeznaczone do zbycia. W warunkach gospodarki rynkowej każda rzecz mająca wartość majątkową może być w każdym czasie przeznaczona na sprzedaż. Zbycie rzeczy jest takim samym uprawnieniem właściciela jak korzystanie z niej, wobec czego traci także znaczenie odróżnianie wartości użytkowej rzeczy od jej wartości handlowej. Miernikiem wartości majątkowej rzeczy jest pieniądz,*

²⁰ Problematyce zwrotu kosztów za opinie sporządzane przez niezależnych rzeczoznawców samochodowych na zlecenie poszkodowanego poświęcony został rozdział III niniejszego raportu.

*a jej weryfikatorem rynek. Rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku*²¹.

Niezależnie od tego czy ubezpieczyciel korzysta z pomocy specjalistycznych narzędzi (programów) do wyceny wartości rynkowej pojazdu, istotne jest, aby dokonując wyceny wartości pojazdu w sposób prawidłowy ustalił wartość rynkową pojazdu w dniu szkody. Miernikiem wartości majątkowej rzeczy jest pieniądz, a jej weryfikatorem rynek. Rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku. Niezależnie zatem od tego jakie systemy i metody stosuje zakład ubezpieczeń (np. InfoEkspert, Eurotax, obserwacje cen analogicznych pojazdów oferowanych do sprzedaży na giełdach i aukcjach, opinie rzeczoznawców samochodowych), wysokość odszkodowania powinna być ustalona w takiej wysokości, aby w pełni kompensowała poniesioną przez poszkodowanego szkodę. Różnego rodzaju korekty jako elementy wyceny szkody stosowane przez zakład ubezpieczeń w trakcie wyceny wartości pojazdu w ramach takich narzędzi jak: InfoEkspert, Eurotax, są oczywiście dopuszczalne, pod warunkiem jednak, iż w wyniku zastosowanych przez zakład ubezpieczeń wyliczeń i zastosowanych korekt, wartość rynkowa pojazdu poszkodowanego przed szkodą zostanie określona w prawidłowej wysokości, tzn. nie zostanie zawyżona bądź też zaniżona.

Wycena sporządzona przez ubezpieczyciela nie ogranicza prawa poszkodowanego do jej zakwestionowania w sytuacji, gdy w jego ocenie np. zaniżono wartość rynkową pojazdu przed powstaniem szkody. Wycena zakładu ubezpieczeń nie jest zatem niepodważalna, jednakże aby ją zakwestionować należałoby przedstawić dowody potwierdzające zasadność zastrzeżeń wobec wyceny ubezpieczyciela, bądź też dowody potwierdzające, iż wartość rynkowa pojazdu przed szkodą była w rzeczywistości wyższa, niż określił to w postępowaniu likwidacyjnym zakład ubezpieczeń (np.: wskazanie na błędy popełnione przez likwidatora w wycenie; wskazanie na ceny analogicznych pojazdów zawartych w dostępnych ofertach sprzedaży; przedstawienie opinii niezależnego rzeczoznawcy samochodowego²² itp.). Przy czym, katalog środków dowodowych jest katalogiem otwartym i od poszkodowanego zależy, jakie dowody przedstawi celem dowiedzenia, iż w rzeczywistości wartość rynkowa pojazdu przed powstaniem szkody była wyższa niż oszacował to zakład ubezpieczeń.

²¹ Wyrok SN z dnia 12 października 2001 r. (III CZP 57/01).

²² W tym miejscu należy wskazać, że stosownie do orzeczenia SN z dnia 18 maja 2004 r. (III CZP 24/04): „Odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów może – stosownie do okoliczności sprawy – obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego”.

Analiza skarg osób poszkodowanych wskazuje, że w części spraw wartość pojazdu poszkodowanego przed powstaniem szkody została pierwotnie zaniżona, a dopiero po wniesieniu odwołania, zakład ubezpieczeń dokonał ponownego przeliczenia tej wartości, skutkującego podwyższeniem wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody i w konsekwencji dopłatą odszkodowania.

Dla przykładu, w jednej ze spraw będących przedmiotem oceny, STU Ergo Hestia S.A. ustaliło wartość pojazdu poszkodowanego przed szkodą na kwotę 13 400 zł, w kolejnej wycenie na kwotę 14 000 zł, by ostatecznie, po odwołaniu i skardze do Rzecznika, wartość tę ustalić na kwotę 14 800 zł i dokonać dopłaty odszkodowania w wysokości 2600 zł²³. Podobnie w innej szkodzie, STU Ergo Hestia S.A., pierwotnie oszacowało wartość pojazdu przed szkodą na kwotę 21 800 zł, zaś po wniesionym odwołaniu, wartość ta została ustalona na kwotę 24 600 zł i w konsekwencji nastąpiła dopłata odszkodowania w wysokości 3600 zł²⁴. Tytułem innego przykładu, Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Ubezpieczenia) pierwotnie ustaliło wartość rynkową pojazdu poszkodowanego przed szkodą na kwotę 33 000 zł. Następnie, po wniesieniu odwołania przez pełnomocnika poszkodowanego, nastąpiła weryfikacja wyceny wartości rynkowej pojazdu przed szkodą do kwoty 31 300 zł i w konsekwencji ubezpieczyciel wezwał poszkodowanego do zwrotu kwoty 1700 zł. Po wniesieniu skargi do Rzecznika, Liberty Ubezpieczenia ponownie przeliczyło wartość rynkową pojazdu przed powstaniem szkody i ostatecznie ustaliło ją na kwotę 34 300 zł, dopłacając odszkodowanie w wysokości 1300 zł.²⁵ W innej przykładowej sprawie, Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct) w pierwotnej wycenie wartości pojazdu przed powstaniem szkody określił na kwotę 5300 zł, by następnie w wyniku wniesionego odwołania podnieść wartość rynkową pojazdu poszkodowanego do kwoty 7500 zł²⁶.

²³ W przedmiotowej skardze (RU/WSI/G/7810/MI/13) zmianie uległa także wycena wartości pozostałości pojazdu poszkodowanego z kwoty 4100 zł (pierwotnie zastosowany współczynnik ekspercki zbywalności pojazdu 1,4 tylko do wyceny wartości wraku powodujący zawyżenie wartości pozostałości) do kwoty 2900 zł (współczynnik ekspercki 1,0 – w analogicznej wysokości, jak w przypadku wyceny wartości pojazdu przed szkodą).

²⁴ Skarga RU/WSI/G/2730/MI/14. Analogicznie, jak w przypadku szkody opisanej powyższej w przypisie, również w tym przypadku zmianie uległa wycena wartości wraku pojazdu. Pierwotnie do wyceny wartości wraku zastosowano współczynnik ekspercki zbywalności 1,3 – co spowodowało, że wartość wraku wyceniono na kwotę 8600 zł, zaś po uwzględnieniu współczynnika eksperckiego w wysokości 1,0 (w takiej samej wysokości jak w wycenie pojazdu w stanie nieuszkodzonym), wartość rynkowa pozostałości została określona na kwotę 7500 zł.

²⁵ Skarga RU/WSI/G/4501/MI/14.

²⁶ Skarga RU/WSI/G/3573/MI/13.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, wskazane wyżej przykłady jednoznacznie potwierdzają, że zakłady ubezpieczeń pierwotnie naruszyły art. 361 § 2 k.c., czyli zasadę pełnego odszkodowania, zgodnie z którą poszkodowany winien otrzymać kwotę w pełni rekompensującą jego straty. Dopiero wniesione odwołania, niejednokrotnie poprzedzone wyceną sporządzoną przez niezależnego rzeczoznawcę samochodowego, czy interwencje Rzecznika pozwoliły na zmianę zajętogo stanowiska i dopłatę kwoty odszkodowania. Trudno zatem uznać, że były to działania niezamierzone.

Analiza skarg osób poszkodowanych przeprowadzona przez Rzecznika Ubezpieczonych pozwala także postawić tezę, że w zdecydowanej większości przypadków, zakłady ubezpieczeń podtrzymywały dotychczasowe stanowisko w sprawie wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody, także wówczas kiedy poszkodowani na dowód nierzetelności ubezpieczyciela przedstawiali wyceny sporządzone przez niezależnych rzeczoznawców samochodowych lub też inne dowody wskazujące, że wartość pojazdu skarżącego przed powstaniem szkody była wyższa niż określił to ubezpieczyciel. W konsekwencji, przedmiotowe spory mogły zostać rozstrzygnięte wyłącznie na etapie postępowania sądowego.

W związku z tym, że wycena wartości pojazdu przed powstaniem szkody związana jest z ustaleniami faktycznymi i niejednokrotnie wymagającymi wiadomości specjalnych w zakresie umiejętności obsługi programów komputerowych, pozwalających wycenić wartość rynkową pojazdu przed powstaniem szkody, w ocenie Rzecznika, **zasadny jest wniosek, aby wzorem rozwiązań przyjętych w wielu innych państwach Unii Europejskiej, powrócić do pomysłów mających na celu szersze zobiektywizowanie procesów likwidacyjnych, poprzez wprowadzenie do nich niezależnych rzeczoznawców samochodowych**, którzy w sposób profesjonalny i obiektywny dokonywaliby wyceny wartości powstałej szkody. W odniesieniu do postępowań likwidacyjnych z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m., Rzecznik proponował rozwiązania legislacyjne zakładające wprowadzenie do polskiego systemu prawa rozwiązań, które przyznawałaby poszkodowanemu możliwość skorzystania z usług niezależnego eksperta – rzeczoznawcy samochodowego oraz obowiązek pokrywania przez zakłady ubezpieczeń kosztów „weryfikacyjnych opinii”, jeżeli ich wykonanie było celowe, potrzebne lub istotne dla ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, okoliczności wypadku lub rozmiaru szkody²⁷. W opinii Rzecznika, przyjęcie proponowanych rozwiązań pozwoliłoby m.in.

²⁷ Por. propozycję legislacyjną Rzecznika Ubezpieczonych dotyczącą zmiany ustawy – Prawo o ruchu drogowym oraz zmiany ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu

istotnie ograniczyć powstawanie sporów dotyczących określenia wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, już w trakcie likwidacji szkody komunikacyjnej.

3.2. Wycena wartości rynkowej pojazdu po szkodzie

Podobnie jak w przypadku wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody, analiza skarg osób poszkodowanych wskazuje, że jednym z głównych problemów w przypadku likwidacji szkody całkowitej jest wycena wartości rynkowej pozostałości (wraku) pojazdu. W szczególności skarżący podnoszą, że ubezpieczyciele zawyżają wartość rynkową pozostałości pojazdu, nie udzielają pomocy w zbyciu wraku, czy też nie odkupują wraków po ustalonej przez siebie wartości. Ponadto pojawiają się zarzuty dotyczące powszechnego zaniżania kwoty odszkodowania poprzez pomniejszenie należnego świadczenia o hipotetyczną marżę (zysk), jaką mają uzyskać podmioty, które w drodze aukcji internetowej złożyły ofertę zakupu pozostałości pojazdu poszkodowanego²⁸.

Analogicznie, jak w przypadku wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody, wartość pozostałości (wraku) pojazdu powinna odpowiadać jego wartości rynkowej, jeśli rzeczywiście wrak posiada określoną wartość majątkową. Zakład ubezpieczeń określając wysokość odszkodowania w trakcie kwalifikacji szkody całkowitej, jest zatem zobowiązany ustalić wartość rynkową pojazdu zarówno przed powstaniem szkody, jak i po szkodzie. W praktyce stosowane są dwa sposoby ustalenia wartości rynkowej pozostałości: na **podstawie wyceny sporządzanej w programie komputerowym** oraz **poprzez umieszczenie oferty sprzedaży wraku na platformie internetowej („aukcji”)**.

Pierwszy sposób, który – jak pokazują przykłady skarg – jest niejednokrotnie zawodny. Wartość rynkowa wraku pojazdu ustalana jest przez ubezpieczyciela samodzielnie na podstawie symulacji w programach eksperckich, poprzez wybór jednej z trzech metod wyliczenia wartości pojazdu w stanie uszkodzonym (metodzie kosztu naprawy, metodzie odzysku części, metodzie stopnia uszkodzenia). Ta ostatnia metoda jest metodą podstawową, przy czym program ekspercki wyznacza wartość pojazdu w stanie uszkodzonym wszystkimi dostępnymi w danej chwili metodami i do dalszych obliczeń

Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, dostępna na http://www.rzu.gov.pl/sprawy_biezace/Rzecznik_Ubezpieczonych_przedstawil_propozycje_legislacyjne_dot_yczace_zmiany_ustawy_Prawo_o_ruchu_drogowym_oraz_zmiany_u_1931.

²⁸ Praktyki dotyczące marży zostały opisane w pkt 3.3 niniejszego rozdziału.

wybiera metodę dającą najwyższą wartość. Przy ustalaniu wartości pozostałości pojazdu metodą stopnia uszkodzenia, podstawą do szacowania wartości pojazdu uszkodzonego jest określenie stopnia uszkodzenia pojazdu oraz realnej wartości jego nieuszkodzonej części. Źródłowym elementem określania stopnia uszkodzenia jest podział kompletnego samochodu na główne jego zespoły i określenie procentowego udziału głównych zespołów w wartości pojazdu. Udziały poszczególnych zespołów w wartości pojazdu są uzależnione od rozwiązań konstrukcyjnych pojazdu, poszczególnych jego zespołów oraz od wersji wyposażeniowej pojazdu. W programie komputerowym wybór modelu i rocznika pojazdu oraz określenie jego kompletności umożliwia zbudowanie tabeli procentowych udziałów zespołów, optymalnie odpowiadającej danemu pojazdowi. Wartość głównych zespołów, po uwzględnieniu korekt (współczynników) wynikających ze stopnia uszkodzenia całego pojazdu, poziomu zbywalności pojazdu oraz uszkodzeń ukrytych, określa jaka jest wartość uszkodzonego pojazdu²⁹.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, sposób ustalenia wartości rynkowej pozostałości jedną z 3 metod eksperckich³⁰ jest sposobem niejednokrotnie zawodnym, bowiem wyłącznie hipotetycznie określa wartość rynkową pozostałości nie badając, w jakiej rzeczywistej wysokości byłaby możliwa sprzedaż wraku pojazdu na rynku. Ponadto istnieje możliwość ingerencji w dane programu (np. współczynnik zbywalności) wykorzystywany przy ustalaniu wartości rynkowej pozostałości pojazdu, co dodatkowo stwarza ryzyko podejmowania prób nieuzasadnionej ingerencji w celu zawyżenia wartości rynkowej wraku pojazdu.

Sposobem pozwalającym w sposób realny określić wartość rynkową pozostałości pojazdu jest zamieszczenie oferty sprzedaży wraku pojazdu na portalu „aukcyjnym”. Przy czym, oferta ta jest zanonimizowana, bowiem nie są ujawniane wrażliwe dane osobowe właściciela pojazdu (poszkodowanego), jak również dane pozwalające na identyfikację uszkodzonego pojazdu (nr rejestracyjny). Przebieg składania ofert i procedury odbioru pojazdu są zarządzane i monitorowane przez firmę administrującą platformą aukcyjną. Oferta stanowi gwarancję zakupu pojazdu w stanie i kompletności niezmienionej od dnia oględzin po określonej cenie bez konieczności ponoszenia jakichkolwiek kosztów dodatkowych z tytułu holowania, postoju itp. W opinii Rzecznika, wycena wartości uszkodzonego pojazdu otrzymana w wyniku akcji jest najbardziej obiektywną (rynkową) metodą wyceny. Ponadto pozwala na uniknięcie sytuacji, w której poszkodowany nie jest

²⁹ R. Kulczycki, *Wartość po szkodzie*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” lipiec/sierpień 2007, s. 34-35.

³⁰ Metoda kosztu naprawy, metoda odzysku części, metoda stopnia uszkodzenia.

w stanie sprzedać pojazdu uszkodzonego w kwocie wskazanej w wycenie ubezpieczyciela. Jednocześnie poszkodowany sam decyduje czy chce zbyć pojazd. Wówczas we wskazanym terminie może, aczkolwiek nie ma takiego obowiązku, skontaktować się z podanym oferentem.

Niewątpliwie zatem drugi sposób ustalenia wartości rynkowej pojazdu jest bardziej obiektywny a dodatkowo, pomaga znaleźć poszkodowanemu oferenta zainteresowanego zakupem pozostałości (wraku) pojazdu. Należy mieć bowiem na uwadze, że po zakończonym postępowaniu likwidacyjnym pozostałości pojazdu mechanicznego nadal pozostają własnością poszkodowanego. Stosownie do treści art. 3 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej³¹, czynnościami ubezpieczeniowymi są również: przejmowanie i zbywanie przedmiotów lub praw nabytych przez zakład ubezpieczeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej. W związku z powyższym, przepis uprawnia zakład ubezpieczeń do przejęcia uszkodzonego pojazdu mechanicznego, jednakże nie nakłada na niego tego obowiązku. Dlatego też, w świetle powyższego przepisu, poszkodowany może zwrócić się do zakładu ubezpieczeń o współdziałanie w zakresie sprzedaży wraku. Zakład ubezpieczeń może złożyć ofertę o przejęciu przedmiotu, jednakże nie ma takiego obowiązku. Poszkodowany może również zbyć pojazd samodzielnie.

W praktyce, najczęstsze zarzuty osób poszkodowanych, jakie pojawiają się w skargach kierowanych do Rzecznika związane są z zawyżeniem wartości wraku pojazdu i tym samym z problemami związanymi ze zbyciem pozostałości pojazdu po cenie, która została ustalona przez ubezpieczyciela samodzielnie, na podstawie symulacji w programach eksperckich, w trakcie prowadzonego postępowania likwidacyjnego. Ponadto poszkodowani wskazują, że zakład ubezpieczeń nie udzielił im pomocy w zbyciu pozostałości, jak również nie wskazał podmiotu, który byłby zainteresowany nabyciem wraku za wartość ustaloną przez ubezpieczyciela na podstawie programu komputerowego. W ocenie Rzecznika, jak pokazują przykłady, niejednokrotnie w takich sytuacjach dochodzi do nieprawidłowości polegających na zawyżeniu wartości rynkowej pozostałości pojazdu, a w konsekwencji do zaniżenia kwoty należnego odszkodowania wypłacanego metodą różnicową i naruszeniu art. 361 § 2 k.c. (zasady pełnej kompensacji szkody). Jak słusznie bowiem wskazał Sąd Najwyższy w przytoczonym wyżej wyroku z dnia 12 października 2001 r.³², miernikiem wartości

³¹ Tekst jedn. Dz. U. z 2013, poz. 950.

³² III CZP 57/01.

majątkowej rzeczy jest pieniądz, a jej weryfikatorem rynek. Rzecz zawsze ma taką wartość majątkową, jaką może osiągnąć na rynku. Jeśli zatem, określona pozostałość pojazdu, pomimo podejmowanych prób sprzedaży nie może zostać zbyta za kwotę ustaloną przez ubezpieczyciela, jedyny logiczny i racjonalny wniosek to taki, że kwota ta została ustalona w sposób nieprawidłowy (została zawyżona). Miernikiem wartości rzeczy jest bowiem cena faktycznie uzyskana ze sprzedaży.

Jako przykład nieprawidłowości w zakresie ustalenia wartości rynkowej pozostałości można wskazać sprawę³³, w której Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce (Proama) ustaliła wartość rynkową pozostałości pojazdu poszkodowanego na kwotę 4300 zł. Poszkodowany bezskutecznie zwracał się do ubezpieczyciela o pomoc w zagospodarowaniu wraku lub też wskazanie oferenta, który za kwotę ustaloną przez Proama, dokona zakupu wraku. Najwyższą ofertę jaką otrzymał poszkodowany i za którą sprzedał wrak, to kwota 2000 zł. Pomimo przedstawienia umowy sprzedaży wraku za 2000 zł i zwrócenia się do ubezpieczyciela o dopłatę kwoty odszkodowania, Proama podtrzymała dotychczasowe stanowisko wskazując, iż: *„[...] wartość pozostałości, a tym samym wysokość szkody całkowitej została określona zgodnie z algorytmem systemu CARWERT/EUROTAX, w oparciu o rozmiar uszkodzenia pojazdu (listę elementów zakwalifikowanych do wymiany lub naprawy) oraz o przewidywane koszty naprawy pojazdu. W takim stanie rzeczy nie widzę uzasadnienia, aby wysokość szkody uznać za nieprawidłową, w tym niezgodnie z zasadami sporządzania dokumentacji technicznej i niezgodnie ze stanem faktycznym”*³⁴. Pomimo zatem braku możliwości sprzedaży wraku pojazdu za kwotę określoną przez ubezpieczyciela i wykazania, że w rzeczywistości wartość rynkowa pozostałości była niższa (umowa sprzedaży, brak wskazania przez ubezpieczyciela potencjalnego nabywcy zainteresowanego zakupem wraku, brak pomocy w zbyciu pozostałości), poszkodowany nie otrzymał należnej dopłaty odszkodowania.

W innej analizowanej skardze³⁵, przedmiotem sporu była wycena wartości rynkowej wraku pojazdu, którą Generali TU S.A. określiło na kwotę 6700 zł. Poszkodowany, realizując postulat współdziałania określony w art. 354 k.c., w swoim piśmie skierowanym do ubezpieczyciela, poinformował o niemożliwości zbycia wraku za ustaloną wyżej kwotę, zwracając się jednocześnie z prośbą o przekazanie danych oferenta, który nabyłby wrak za kwotę 6700 zł oraz wskazując, że zwłoka w zbyciu pojazdu

³³ Skarga RU/WSI/G/2468/MI/13.

³⁴ Pismo Proama z dnia 23 maja 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych, podobnie w piśmie z dnia 28 maja 2013 r.

³⁵ Skarga RU/WSI/G/2041/MI/13.

skutkuje powstaniem dalszych kosztów związanych z opłatami za parkowanie uszkodzonego pojazdu. W odpowiedzi, Generali TU S.A. wskazało, że: „Zgodnie z art. 6 k.c. na poszkodowanym ciąży udowodnienie, iż nie mógł on zbyć pojazdu w określonej kwocie wynikającej z wyliczenia szkody sporządzonego przez Generali”³⁶. Ostatecznie poszkodowany sprzedał pozostałość pojazdu za kwotę znacznie niższą (2800 zł), niż wynikało to z wyceny wartości rynkowej wraku dokonanej przez Generali TU S.A. Pomimo przedstawienia stosownych dowodów, ubezpieczyciel podtrzymał dotychczasowe stanowisko wskazując, m.in., że: „Rozbieżność pomiędzy wartością pojazdu w stanie uszkodzonym, wyliczoną przez Generali TU.S.A. (6700 zł), a ceną umowną widniejącą na przedłożonej przez Poszkodowanego umowę kupna – sprzedaży (2800 zł), jest na tyle znaczna, że cena umowna nie może stanowić podstawy do wyliczenia wysokości szkody”³⁷.

W ocenie Rzecznika, ww. sprawie, Generali TU S.A. próbowało przerzucić ciężar dowodu ustalenia rzeczywistej wartości rynkowej pozostałości pojazdu na poszkodowanego, pomimo tego że w żaden sposób nie wykazało, że hipotetyczna wartość pojazdu ustalona w programie komputerowym jest wartością rynkową, nie zaś zupełnie hipotetycznym wyliczeniem i gdy poszkodowany przedstawiał argumenty za tym, że obiektywnie niemożliwa jest sprzedaż wraku za tak ustaloną wartość. Pomimo tego, że Generali TU S.A. posiadało narzędzia i środki do ustalenia rzeczywistej wartości rynkowej wraku pojazdu i w innych analogicznych sprawach niejednokrotnie korzystało z portali aukcyjnych, w celu ustalenia tej wartości, sporządzając wycenę wartości pozostałości w programie komputerowym, uznało tę wycenę za dowód niepodważalny, podczas gdy tak sporządzana wycena jest niejednokrotnie zawodna i nie zawsze oddaje rzeczywistą wartość rynkową wraku pojazdu, tj. wartość za jaką realnie można zbyć wrak na rynku.

To jak zawodna jest wycena wartości rynkowej pozostałości pojazdu sporządzona w programach komputerowych pokazuje przykład skargi³⁸, w której pierwotnie Link4 TU S.A. wyceniło wartość rynkową pozostałości pojazdu na kwotę 6800 zł. Poszkodowany podjął liczne czynności zmierzające do sprzedaży wraku za tak określoną kwotę, w tym zamieścił ogłoszenie na 3 różnych portalach aukcyjnych w celu zbycia pojazdu za kwotę 6800 zł. Jednocześnie w swojej korespondencji kierowanej do ubezpieczyciela, poszkodowany informował o braku możliwości sprzedaży pozostałości pojazdu po cenie

³⁶ Pismo Generali TU S.A. z dnia 20 listopada 2012 r. skierowane do poszkodowanego.

³⁷ Pismo Generali TU S.A. z dnia 15 kwietnia 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

³⁸ Skarga RU/WSI/G/251/MI/13.

wskazanej przez Link4 TU S.A. Ostatecznie do poszkodowanego zgłosił się oferent chcący nabyć wrak za kwotę 2500 zł, co też nastąpiło i zostało udokumentowane umową sprzedaży. Po wniesionym odwołaniu oraz przedstawieniu kopii przedmiotowej umowy, Link4 TU S.A. dokonało dopłaty kwoty odszkodowania w wysokości różnicy pomiędzy wyceną wartości pojazdu w stanie uszkodzonym sporządzoną w programie komputerowym, a jego rzeczywistą wartością³⁹.

Jeszcze w innym przykładzie⁴⁰, STU Ergo Hestia S.A., pomimo wniosków poszkodowanego o pomocy w zbyciu pozostałości pojazdu i wystawieniu oferty sprzedaży wraku na internetową platformę „aukcyjną” oraz pomimo przedstawienia dowodów potwierdzających brak możliwości zbycia wraku za kwotę ustaloną przez ubezpieczyciela w programie komputerowym (1000 zł)⁴¹, a także dowodów wskazujących, że rzeczywista wartość rynkowa pozostałości pojazdu wyniosła 100 zł⁴² – co do zasady podtrzymało dotychczasowe stanowisko w sprawie⁴³. W szczególności ubezpieczyciel uznał, że wycena dokonana w programie komputerowym przez własnego pracownika lepiej odzwierciedla realną wartość rynkową pozostałości pojazdu, zaś dowody przedstawione przez poszkodowanego wskazujące na brak możliwości zbycia wraku za kwotę ustaloną przez zakład ubezpieczeń oraz umowa sprzedaży pozostałości za możliwie najwyższą uzyskaną wartość, tj. kwotę 100 zł, nie potwierdzają błędnych ustaleń ubezpieczyciela. W ocenie Rzecznika, zważywszy na fakt że poszkodowany bezskutecznie zwracał się o pomoc w zbyciu pozostałości oraz nie był osobą zawodowo zajmującą się sprzedażą i zakupem pozostałości pojazdów, szczególnie razi argumentacja STU Ergo Hestia S.A. wskazująca m.in., iż: *„Z zebranej dokumentacji wynika, że ogłoszenie było zamieszczone na trzech portalach, które nie są popularne – wiodące w branży motoryzacyjnej⁴⁴. Poszkodowany we własnym zakresie zobowiązany jest do zagospodarowania pozostałości poprzez poszukiwanie osoby lub podmiotu zainteresowanego kupnem. Aktywne wyszukiwanie nabywcy pozostałości pojazdu powinno przebiegać na wielu płaszczyznach z wykorzystaniem różnych dostępnych środków i kanałów przepływu informacji, takich jak Internet, prasa, miejscowe i zamiejscowe zakłady prowadzące działalność w zakresie*

³⁹ Pismo Link 4 TU S.A. z dnia 20 maja 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

⁴⁰ Skarga RU/WSI/G/628/MI/13.

⁴¹ Poszkodowany przedstawił obrazy stron internetowych, na których były zamieszczone ogłoszenia o ofercie zbycia wraku pojazdu za kwotę 1000 zł w kilku różnych aukcyjnych portalach ogłoszeniowych.

⁴² Poszkodowany przedstawił umowę sprzedaży pozostałości pojazdu.

⁴³ W wyniku ponownej wyceny wartość pozostałości pojazdu uległa zmianie, z pierwotnej kwoty 1000 zł na kwotę 689 zł, co skutkowało dopłatą kwoty odszkodowania w wysokości 311 zł.

⁴⁴ Poszkodowany swoje oferty sprzedaży pozostałości pojazdu zamieścił na następujących portalach: www.auto.pl, www.gumtree.pl, www.motooferta.pl.

*handlu pojazdami lub częściami zamiennymi oraz giełdy, w celu umożliwienia maksymalnego zintensyfikowania prowadzonych poszukiwań*⁴⁵.

Powyższy przykład można podsumować następującą konkluzją: ubezpieczyciel swoją wycenę sporządzoną w programie komputerowym uznaje za niepodważalną i jedynie właściwą, pomimo tego że dokonał modyfikacji wyceny z kwoty 1000 zł na kwotę 681 zł. Jednocześnie przedmiotowa wycena jest wyceną wirtualną, choć STU Ergo Hestia S.A. miało możliwość zamieszczenia oferty zbycia pozostałości pojazdu na portalu aukcyjnym, z którego powszechnie korzysta. Ubezpieczyciel mógł ustalić rzeczywistą wartość rynkową pozostałości i jednocześnie udzielić pomocy w zbyciu wraku uszkodzowanemu, który o to występował informując, że nie ma możliwości zbycia wraku za kwotę ustaloną przez zakład ubezpieczeń. STU Ergo Hestia S.A. pomimo wniosku uszkodzowanego nie zamieściło ogłoszenia, bazując na hipotetycznej wycenie sporządzonej w programie komputerowym i pomimo tego zarzucało uszkodzowanemu, który nie jest specjalistą w zakresie obrotu używanymi uszkodzonymi pojazdami, a mimo wszystko dochował maksimum staranności w celu zbycia wraku za kwotę ustaloną przez STU Ergo Hestia S.A. zamieszczając oferty na 3 różnych ogólnodostępnych i popularnych portalach „aukcyjnych” – niewłaściwe, nieprofesjonalne poszukiwanie oferenta, który byłby skłonny nabyć pozostałość pojazdu za kwotę 1000 zł.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych opisaną metodologię działań zakładu ubezpieczeń oraz przedstawianą argumentację należy uznać za rażąco sprzeczną z treścią art. 361 § 2 k.c. oraz z treścią art. 355 k.c., wskazujących że **dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność)**, zaś należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej **określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Całkowicie nie do zaakceptowania jest argumentacja, w której profesjonalista podnosi wobec uszkodzowanego zarzut braku współdziała, wymagając jednocześnie od niego zachowania ponad standardowych mierników staranności, przy swojej całkowitej bierności w tym zakresie.**

Podsumowując powyższe zagadnienie można wskazać, że problem związany z wyceną wartości pozostałości pojazdu, pojawiający się w odniesieniu do rozliczania przez zakłady ubezpieczeń szkody jako całkowitej dotyczy zawyżenia tej wartości w stosunku do wartości, jaką uszkodzony pojazd może realnie uzyskać w wyniku

⁴⁵ Pismo STU Ergo Hestia S.A. z dnia 2 kwietnia 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

sprzedaży. W praktyce, jak wynika z adresowanych do Rzecznika skarg, poszkodowany często otrzymuje niższą kwotę ze sprzedaży wraku, niż wartość jaką określił dany zakład ubezpieczeń, wyceniając pozostałość, zaś opisane wyżej sprawy stanowią tylko przykład tych spraw, w których w ocenie Rzecznika doszło do niewłaściwej wyceny wartości rynkowej pozostałości pojazdu poszkodowanego. Pomimo kierowania przez poszkodowanych wniosków o dopłatę odszkodowania z tego tytułu, popartych stosowną umową sprzedaży pozostałości pojazdu, zdarza się, iż ubezpieczyciel oddala roszczenie, twierdząc, iż nie może ponosić odpowiedzialności za niekorzystne rozporządzenie własnym mieniem przez poszkodowanego. Ponadto, niejednokrotnie zakłady ubezpieczeń, choć mają taką możliwość i korzystają z pomocy portali aukcyjnych przy określaniu wartości rynkowej pozostałości, nie uwzględniają wniosków i próśb osób poszkodowanych o pomoc w zbyciu wraku. Ubezpieczyciele mają – stosownie do treści art. 3 ust. 4 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej – możliwość przejmowania i zbywania przedmiotów lub praw nabytych przez zakład ubezpieczeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Rzecznik Ubezpieczonych pragnie jednakże wskazać, że w trakcie analizowania przedmiotowej problematyki, nie odnotował przypadku, w którym zakład ubezpieczeń przejąłby od poszkodowanego uszkodzony wrak i wypłacił odszkodowanie w wysokości równej wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody.

Należy mieć dodatkowo na uwadze fakt, że zakwalifikowanie szkody jako całkowitej zwykle sprawia, iż poszkodowany przez długi czas *de facto* nie ma możliwości korzystania z jakiegokolwiek pojazdu. Ubezpieczyciel wypłaca bowiem jedynie odszkodowanie odpowiadające części wartości pojazdu po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego. Poszkodowany, który nie jest specjalistą zajmującym się na co dzień obrotem używanymi uszkodzonymi pojazdami, po otrzymaniu informacji o tym, iż jest zmuszony do sprzedaży pozostałości pojazdu, rozpoczyna dopiero proces wystawienia pojazdu na sprzedaż. Faktyczna sprzedaż może więc nastąpić nawet po upływie kilku miesięcy, a poszkodowany, w związku z tym, iż nie posiadał kwoty potrzebnej na zakup pojazdu o porównywalnych parametrach, może nawet przez kilka miesięcy pozostawać bez możliwości korzystania z pojazdu⁴⁶.

Przedmiotowe okoliczności oraz przykłady, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych dostatecznie uzasadniają **podjęcie działań mających na celu ustanowienie obowiązku**

⁴⁶ Por. rozdział I pkt 4.2. raportu Rzecznika Ubezpieczonych *Orzecznictwo Sądu Najwyższego a praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych*, grudzień 2013 r. i opisane tam nieprawidłowości zakładów ubezpieczeń w zakresie zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego w przypadku szkody całkowitej, dostępny na http://rzu.gov.pl/pdf/Raport_RU_SN_2013.pdf.

wobec zakładów ubezpieczeń polegającego na obligatoryjnej pomocy poszkodowanym w zbyciu wraku lub konieczności przejęcia uszkodzonego pojazdu za kwotę ustaloną jako wartość rynkowa wraku. W opinii Rzecznika, jak słusznie zwrócił zresztą na to uwagę Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 12 kwietnia 2012 r.⁴⁷, to ubezpieczyciel nie zaś poszkodowany jest specjalistą w zakresie cen części i samochodu i dokonuje na co dzień analiz z tym związanych. A jednocześnie, z pola widzenia nie można stracić faktu, że to z winy ubezpieczonego sprawcy szkody, poszkodowany znalazł się w sytuacji, w której uszkodzeniu uległ jego pojazd, niejednokrotnie doznał on poważnych obrażeń ciała i zmuszony jest jeszcze do podejmowania prób sprzedaży wraku pojazdu za kwotę wirtualnie ustaloną przez zakłady ubezpieczeń.

W ocenie Rzecznika, odpowiednia norma prawna wskazująca na ten obowiązek, tj. pomoc w zbyciu wraku lub też przejęcie pozostałości pojazdu od poszkodowanego oraz wprowadzająca sankcję za brak jego realizacji powinna zostać umieszczona w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁴⁸ (dalej: ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych) lub też w projektowanej nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej⁴⁹.

Należy dodatkowo podnieść, że analogiczny kierunek przyjęła Komisja Nadzoru Finansowego wskazując w Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych⁵⁰, że w **przypadku uznania szkody za całkowitą, zakład ubezpieczeń**

⁴⁷ III CZP 80/11.

⁴⁸ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 392.

⁴⁹ <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12269454>.

⁵⁰ Przedmiotowe Wytyczne zostały przyjęte na 246 posiedzeniu Komisji Nadzoru Finansowego w dniu 16 grudnia 2014 r. Jak wskazano w ww. dokumencie celem wydania Wytycznych jest realizacja zadań nadzorczych nad rynkiem finansowym określonych w art. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1149 z późn. zm.), takich jak: zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa i zaufania do rynku, a także zapewnienie ochrony interesów jego uczestników oraz podejmowanie działań służących prawidłowemu funkcjonowaniu rynku finansowego. Wytyczne mają na celu wskazanie oczekiwań nadzorczych dotyczących ostrożnego i stabilnego zarządzania obszarem likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym ryzykiem związanym z tym obszarem. Ryzyko to KNF określa jako niepewność związaną z prawidłowym i efektywnym prowadzeniem postępowania likwidacyjnego przez zakłady ubezpieczeń. Wiąże się ono przede wszystkim z ryzykiem operacyjnym i ryzykiem utraty reputacji. W ocenie bowiem organu nadzoru nieprawidłowości w procesie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych narażają zakład ubezpieczeń na konkretne straty finansowe związane z koniecznością poniesienia kosztów obsługi prawnej sporu oraz – w razie przegranej – z koniecznością zapłaty kosztów sądowych i zastępstwa procesowego, jak również odsetek za opóźnienie. Przedmiotowe Wytyczne wyrażają punkt widzenia organu nadzoru oraz oczekiwania nadzorcze co do rozwiązania aktualnie najistotniejszych z punktu widzenia KNF kwestii w zakresie likwidacji szkód z umów ubezpieczenia OC p.p.m., ubezpieczenia autocasco, a także ubezpieczenia od NNW oraz ubezpieczenia *assistance*. W ocenie organu nadzoru nieprawidłowości w likwidacji szkód z ubezpieczeń

powinien udzielić uprawnionemu pomocy w zagospodarowaniu pozostałości pojazdu⁵¹. Doprecyzowując przedmiotową Wytyczną w pkt 19.3 KNF wskazuje, że w przypadku wystąpienia szkody całkowitej, **zakład ubezpieczeń powinien udzielić uprawnionemu pomocy w zagospodarowaniu pozostałości pojazdu**, np. na prośbę uprawnionego, przedstawić samodzielnie ofertę zakupu pozostałości za cenę zgodną z zaproponowaną przez zakład ubezpieczeń wyceną bądź wskazać podmiot, który jest gotów nabyć pozostałości za tę cenę. A z kolei w pkt 19.4, w przypadku braku możliwości sprzedaży pozostałości za cenę zgodną z zaproponowaną przez zakład ubezpieczeń wyceną, **zakład ubezpieczeń powinien odpowiednio skorygować ustaloną wysokość świadczenia**.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, treść wskazanych Wytycznych jednoznacznie potwierdza wnioski jakie zostały przedstawione powyżej. Komisja Nadzoru Finansowego doszła również do przekonania, że istnieją nieprawidłowości w tym obszarze likwidacji szkód komunikacyjnych, które wymagają zmian obecnych praktyk zakładów ubezpieczeń. Przy czym, w ocenie Rzecznika, w przypadku praktyk ubezpieczycieli odbiegających od treści wskazanych wyżej Wytycznych, należałoby podjąć pilne prace legislacyjne, które wprowadzą ustawowe obowiązki tożsame co do celu i treści z Wytycznymi zaproponowanymi przez KNF.

komunikacyjnych mają istotny wpływ na postrzeganie całego rynku ubezpieczeń. Nie sposób także nie zauważyć współzależności pomiędzy trudnościami w uzyskaniu świadczenia z ubezpieczenia komunikacyjnego a niechęcią do korzystania z ubezpieczeń w przyszłości.

W ocenie KNF konieczność zajęcia stanowiska przez organ nadzoru w sprawie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych wynika z nieprawidłowości stwierdzonych w toku nadzoru oraz sygnalizowanych przez inne instytucje rynku ubezpieczeń, w tym przez Rzecznika Ubezpieczonych. Nieprawidłowości te dotyczą w szczególności:

- a) nieterminowego wypłacania świadczeń;
- b) wypłacania świadczeń z uchybieniem zasady pełnego odszkodowania;
- c) uchybień w wypełnianiu obowiązków informacyjnych w toku likwidacji szkód;
- d) wadliwej organizacji procesu likwidacji szkód, w szczególności jego niedostatecznej transparentności;
- e) niejasnych, niepełnych, nieaktualnych procedur wewnętrznych zakładów ubezpieczeń regulujących postępowanie likwidacyjne;
- f) niedostatecznej kontroli wewnętrznej w procesie likwidacji szkód;
- g) niedostatecznego nadzoru i kontroli zakładów ubezpieczeń nad podmiotami zewnętrznymi wykonującymi na rzecz tych zakładów czynności z zakresu likwidacji szkód;
- h) niedostatecznego nadzoru i kontroli organów zakładu ubezpieczeń nad procesem likwidacji szkód;

http://www.knf.gov.pl/Images/Wytyczne_dotyczace_likwidacji_szkod_z_ubezpieczen_komunikacyjnych_tc_m75-38469.pdf.

⁵¹ Wytyczna 19 zdanie trzecie.

3.3. Marża przy wycenie wartości pozostałości

Jak wskazano powyżej, w praktyce likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m. stosowane są dwa sposoby ustalenia wartości rynkowej pozostałości pojazdu. W pierwszym, wycena dokonywana jest za pomocą jednej z metod zawartych w specjalistycznych programach komputerowych. Przy drugim sposobie, zakład ubezpieczeń zamieszcza oferty sprzedaży wraku pojazdu na portalu aukcyjnym, z którym nawiązał współpracę. Wybierana jest oferta najwyższa, która przekazywana jest poszkodowanemu, który z kolei może, lecz nie musi skorzystać z oferty zakupu pozostałości i jednocześnie na podstawie przeprowadzonej „aukcji” i wyłonionej najwyższej oferty zakupu pozostałości, ubezpieczyciel ustala wartość rynkową uszkodzonego pojazdu.

Jednocześnie w przypadku ustalenia wartości rynkowej pozostałości poprzez zamieszczenie ofert na portalach aukcyjnych, Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował powszechną praktykę, która budzi uzasadnione wątpliwości w zakresie zgodności takowego postępowania z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z treścią art. 361 § 2 k.c.

Praktyka ta polega na tym, że do zgłoszonej najwyższej oferty zakupu, ubezpieczyciele następnie dodają tylko sobie znaną szacunkową wartość (marżę) jaką mają stosować firmy specjalizujące się w obrocie uszkodzonymi pojazdami. Określona w ten sposób wartość pozostałości ma w ocenie zakładów ubezpieczeń odpowiadać kwocie, za którą możliwe jest zbycie pojazdu bez korzystania z usług firm zajmujących się obrotem uszkodzonymi pojazdami. Biorąc pod uwagę fakt, że odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej ustalane jest metodą dyferencyjną (wartość pojazdu przed szkodą pomniejszona o wartość pozostałości), w konsekwencji powoduje to pomniejszone kwoty odszkodowania o szacunkową marżę, którą samodzielnie ustalił zakład ubezpieczeń. Przy czym, ta **hipotetyczna marża jest ustalana w różnej wysokości, w zależności od konkretnego zakładu ubezpieczeń**⁵², natomiast argumentacja ubezpieczycieli jest co do zasady tożsama.

Jako przykład takich praktyk można przedstawić sprawę⁵³, w której PZU S.A. powiększył wartość rynkową pozostałości i tym samym pomniejszył kwotę należnego

⁵² PZU S.A. stosuje marżę w wysokości 15% podobnie jak TUW TUW. Podczas gdy dla przykładu Compensa TU S.A. VIG, STU Ergo Hestia S.A., Generali TU S.A. określają marżę w wysokości 10%.

⁵³ Skarga RU/WSI/G//8072/MI/14.

odszkodowania o kwotę marży wynoszącą 15% z najwyższej oferty zakupu wraku pojazdu, przedstawiając następującą argumentację: **„Wartość rynkowa pojazdu uszkodzonego została oszacowana poprzez dodanie do najwyższej oferty kwoty 247.50 zł brutto, tj. wysokości 15%, będącej wynikiem różnicy pomiędzy ceną zakupu przez pośrednika, a ceną odsprzedaży dla finalnego nabywcy. W ten sposób została ustalona cena, za którą możliwe jest samodzielne zbycie pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika. Celem zapewnienia pomocy w zagospodarowaniu uszkodzonego pojazdu, PZU S.A. oferuje możliwość sprzedaży pojazdu podmiotowi, który wygrał licytację. W takiej sytuacji wysokość odszkodowania zostanie powiększona o wartość wynikającą z uwzględnienia w rozliczeniu ceny zakupu”**⁵⁴. Po interwencji Rzecznika, dodatkowo została przedstawiona następująca argumentacja: **„Wskazany przez PZU S.A. pośrednik, tj. oferent nie jest finalnym nabywcą pojazdu. Kupuje on uszkodzony pojazd w celu uzyskania konkretnego efektu ekonomicznego /zysku/. Z analizy tej sprawy wynikało, że faktyczna wartość rynkowa pojazdu uszkodzonego jest wyższa o minimum 15% od ceny sprzedaży pojazdu zaoferowanej przez oferenta. Bowiem poszkodowany, jeżeli zdecyduje się dokonać transakcji na własną rękę, ma możliwość sprzedaży pojazdu po cenie wyższej, niż wynikająca z oferty wskazanej przez PZU. Uwzględniając powyższe PZU nie potrąciło z wartości pozostałości żadnej kwoty, która pomniejszałaby należne odszkodowanie”**⁵⁵.

Podobnie w innej przykładowej skardze⁵⁶, PZU S.A. wskazał, iż: **„Wartość rynkowa pojazdu uszkodzonego została oszacowana poprzez dodanie do najwyższej oferty kwoty 367.50 zł brutto, tj. wysokości 15%, będącej wynikiem różnicy pomiędzy ceną zakupu przez pośrednika, a ceną odsprzedaży dla finalnego nabywcy. W ten sposób została ustalona cena, za którą możliwe jest samodzielne zbycie pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika”**⁵⁷. Z kolei w korespondencji skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych pojawiła się następująca argumentacja: **„Zawiadamiamy, iż na podstawie uzyskanych ofert wartość rynkowa pojazdu uszkodzonego została oszacowana poprzez dodanie do najwyższej oferty szacunkowej marży w wysokości 15%, będącej wynikiem różnicy pomiędzy ceną zakupu przez pośrednika, a ceną odsprzedaży dla finalnego nabywcy. Pośrednicy, którzy na podstawie umów zawartych z operatorem platformy internetowej przystępują do licytacji wystawionych na platformę uszkodzonych pojazdów,**

⁵⁴ Pismo PZU S.A. z dnia 12 czerwca 2014 r. skierowane do poszkodowanego.

⁵⁵ Pismo PZU S.A. z dnia 4 września 2014 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

⁵⁶ Skarga RU/WSI/G/3492/MI/14.

⁵⁷ Pismo PZU S.A. z dnia 4 września 2013 r. oraz z dnia 6 marca 2014 r. skierowane do poszkodowanego.

oferują bowiem ceny zakupu, a nie ceny odsprzedaży dla finalnych nabywców detalicznych. Ustalona w ten sposób cena umożliwi samodzielne zbycie uszkodzonego pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika”⁵⁸.

Podobnie jak PZU S.A., również TUV TUV w swoich rozliczeniach w ramach szkody całkowitej, wysokość marży, która powinna powiększyć wartość rynkową pozostałości pojazdu, określa na poziomie 15%. W przykładowej analizowanej skardze⁵⁹, ubezpieczyciel w piśmie do poszkodowanego⁶⁰ przedstawił następujące stanowisko: *„Wartość rynkowa pojazdu w stanie uszkodzonym została oszacowana poprzez dodanie do najwyższej oferty 5300 zł brutto kwoty szacunkowej marży w wysokości 15% będącej wynikiem różnicy pomiędzy ceną zakupu poprzez pośrednika, a ceną odsprzedaży dla finalnego nabywcy. W ten sposób ustalono cenę, za którą możliwe jest samodzielne zbycie pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika. Celem zapewnienia pomocy w zagospodarowaniu uszkodzonego pojazdu, tak aby nie poszukiwał Pan nabywcy we własnym zakresie, TUV TUV oferuje możliwość sprzedaży pojazdu podmiotowi, który złożył najwyższą ofertę. W takiej sytuacji wysokość odszkodowania zostanie powiększona o wartość wynikającą z uwzględnienia w rozliczeniu niższej ceny zakupu”.*

Analogiczną argumentację przedstawia Generali TU S.A., przy czym chociaż wykorzystuje analogiczne mechanizmy w zakresie składania oferty zakupu pozostałości pojazdu co PZU S.A. i TUV TUV, to kwota marży jaką mają podobno stosować pośrednicy składający oferty zakupu wynosi 10%, nie zaś 15% jak w przypadku wymienionych wyżej ubezpieczycieli. I tak tytułem przykładu w jednej ze skarg⁶¹, Generali TU S.A. wskazywało, że: *„Wartość rynkowa pojazdu w stanie uszkodzonym, dla potrzeb ustalenia wartości szkody określona została poprzez podwyższenie o 10% (w przedmiotowym przypadku: 670,00) ceny zaoferowanej przez wyspecjalizowanego pośrednika. Wskazana wyżej kwota (tj. 10% wartości uzyskanej oferty) stanowi różnicę między ceną zakupu zaoferowaną przez pośrednika specjalizującego się w obrocie pojazdami uszkodzonymi a ceną sprzedaży kolejnemu nabywcy. Ustalona w ten sposób wartość pozostałości jest kwotą, za którą możliwe jest zbycie samochodu bez udziału pośrednika. W przypadku skorzystania z przedstawionej Panu propozycji zbycia pojazdu*

⁵⁸ Pismo PZU S.A. z dnia 13 maja 2014 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych. Podobnie w skargach: RU/WSI/G/1163/MR/14; RU/WSI/G/6096/GC/13.

⁵⁹ Skarga RU/WSI/G/1062/SL/14.

⁶⁰ Pismo TUV TUV z dnia 13 listopada 2013 r.

⁶¹ Skarga RU/WSI/G/8079/GC/13.

wskazanemu oferentowi, wysokość odszkodowania zostanie ustalona w oparciu o cenę sprzedaży oferentowi [...]”⁶².

Podobnie w innej sprawie⁶³, można spotkać się z tożsamą argumentacją prezentowaną przez Generali TU S.A.: „Wartość pozostałości została ustalona poprzez podwyższenie ceny zaoferowanej przez pośrednika specjalizującego się w obrocie pojazdami uszkodzonymi o 10% szacunkowej marży. Ustalona w ten sposób wartość pozostałości w wysokości 2695,00 zł, jest kwotą, za którą możliwe jest zbycie samochodu bez udziału pośrednika”⁶⁴.

Ustalenie wartości rynkowej pozostałości poprzez powiększenie oferty zakupu o kwotę marży w wysokości 10%, a w konsekwencji pomniejszenie kwoty odszkodowania o przedmiotową marżę stosuje również STU Ergo Hestia S.A. Dla przykładu, w jednej z analizowanych skarg⁶⁵, ubezpieczyciel przedstawił następujące wyjaśnienia w zakresie ustalenia wartości pozostałości uszkodzonego pojazdu i tym samym wysokości kwoty odszkodowania należnej poszkodowanemu: „Wartość pojazdu w stanie uszkodzonym ustalono w oparciu o ofertę giełdową doliczając 10% marżę pośrednika na kwotę 11 605,00 zł (o czym poszkodowany został poinformowany w piśmie z dnia 11.03.2014 r.)”⁶⁶.

Hipotetyczną marżę w wysokości 10% doliczaną do najwyższej oferty zakupu pozostałości w celu ustalenia wysokości kwoty odszkodowania stosuje również Uniqa TU S.A. W sprawie⁶⁷ będącej przedmiotem analizy na potrzeby niniejszego raportu, zakład ubezpieczeń przedstawił następujące stanowisko: „**Wartość rynkowa pojazdu uszkodzonego została oszacowana poprzez dodanie do najwyższej oferty kwoty 4750,00 zł, tj. szacunkowej marży w wysokości 10%, będącej wynikiem różnicy pomiędzy ceną zakupu przez pośrednika, a ceną odsprzedaży dla finalnego nabywcy. W ten sposób ustalona została cena, za którą możliwe jest samodzielne zbycie pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika. Celem zapewnienia Panu pomocy w zagospodarowaniu uszkodzonego pojazdu, tak aby nie poszukiwał Pan nabywcę we własnym zakresie, Uniqa TU SA oferuje możliwość sprzedaży pojazdu podmiotowi, który**

⁶² Pismo Generali TU S.A. z dnia 4 czerwca 2013 r. skierowane do poszkodowanego. W trakcie postępowania skargowego prowadzonego przez Rzecznika, ostatecznie Generali TU S.A. ustaliło wartość rynkową pozostałości jako równą ofercie przedstawionej przez podmiot zainteresowany zakupem pojazdu.

⁶³ Skarga RU/WSI/G/13952/PO/13.

⁶⁴ Pismo Generali TU S.A. z dnia 13 grudnia 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

⁶⁵ Skarga RU/WSI/G/10673/NK/14.

⁶⁶ Pismo STU Ergo Hestia S.A. z dnia 27 maja 2014 r. skierowane do pełnomocnika poszkodowanego.

⁶⁷ Skarga RU/WSI/G/12766/NK/13.

wygrał licytację. W takiej sytuacji wysokość szkody zostanie powiększona o wartość wynikającą z uwzględnienia w rozliczeniu niższej ceny zakupu”⁶⁸.

Analogiczną marżą w wysokości 10% dla potrzeb rozliczenia szkody całkowitej, stosuje Compensa TU S.A. VIG, która dla zasadności zajętego stanowiska przedstawia następujące wyjaśnienia: „W odniesieniu do stosowanej marży w wysokości 10% wyjaśniamy, iż w ten sposób ustalona została cena, za którą możliwe jest samodzielne zbycie pojazdu bez skorzystania z usług wyspecjalizowanego pośrednika. **Szacunkowo przyjmuje się, iż zysk firmy zajmującej się obrotem pojazdami uszkodzonymi wynosi 10-15%.** Zastosowana marża jest jak najbardziej prawidłowa, gdyż nie należy mylić kwoty najwyższej uzyskanej w trakcie licytacji oferty z rzeczywistą wartością handlową pojazdu. Z założenia nabywcą mienia jest podmiot gospodarczy, który zakłada zysk z prowadzonej działalności, a całość procesu jest skonstruowana w taki sposób, aby nie obciążać poszkodowanego żadnymi dodatkowymi kosztami. W przypadku udokumentowania sprzedaży pojazdu naszemu oferentowi, różnica wartości zostaje przez nasze Towarzystwo wyrównana”⁶⁹.

Dokonując podsumowania opisanej praktyki, należy w pierwszej kolejności wskazać, że niewątpliwie sposób ustalenia wartości pozostałości poprzez umieszczenie oferty sprzedaży wraku na aukcyjnym portalu internetowym jest zdecydowanie właściwszy dla określenia rzeczywistej wartości rynkowej pozostałości, jak i korzystniejszy dla osoby poszkodowanej, niż ustalanie tej wartości na podstawie danych zawartych w programach komputerowych. W szczególności, w sposób bardziej realny ustalana jest wartość rynkowa pozostałości a jednocześnie poszkodowany ma możliwość zbycia wraku bez konieczności samodzielnego poszukiwania nabywcy.

Jednakże należy wskazać, że pomimo tego, że pomoc w sprzedaży uszkodzonego pojazdu nie jest obowiązkiem zakładu ubezpieczeń, to ustalenia w zakresie prawidłowej i rzetelnej wyceny wartości rynkowej pozostałości i w konsekwencji ustalenia w prawidłowej wysokości należnego odszkodowania są obowiązkiem ubezpieczyciela w myśl norm prawnych zawartych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, oraz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. Jak wskazują w swojej argumentacji same

⁶⁸ Pismo Uniqa TU S.A. z dnia 23 września 2013 r. skierowane do poszkodowanego. Konstrukcja gramatyczna cytowanych zdań mogłaby wskazywać, że kwota marży wynosiła 4750,00 zł. W rzeczywistości w takiej wysokości była oferta zakupu wraku pojazdu, zaś kwota marży wynosiła 475,00 zł. Analogiczny sposób rozliczenia szkody całkowitej został przeprowadzony w skardze RU/WSI/G/13790/MI/13 (pismo Uniqa TU S.A. z dnia 7 czerwca 2013 r. skierowane do poszkodowanego oraz pismo z dnia 12 grudnia 2013 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych).

⁶⁹ Skarga RU/WSI/G/7030/BCH/14. Pismo Compensa TU S.A. VIG z dnia 18 września 2014 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych. Analogicznie w skardze RU/WSI/G/393/WM/13.

zakłady ubezpieczeń, kwota marży jest określana szacunkowo. Ubezpieczyciele w sprawach będących przedmiotem postępowania skargowego, nigdy nie przedstawili Rzecznikowi jakichkolwiek dowodów, które potwierdzałyby fakt, że oferent nie jest finalnym nabywcą, a tylko pośrednikiem i że marża którą stosuje to właśnie 10 lub 15%⁷⁰. Wprost przeciwnie, dane potencjalnych oferentów w części spraw wskazują, że niejednokrotnie nabywcami uszkodzonych pojazdów są podmioty zajmujące się naprawą pojazdów, najprawdopodobniej zainteresowane wykorzystaniem uszkodzonych samochodów jako bazę części zamiennych lub też ich wyremontowaniem i dalszą odsprzedażą. Zatem oferentami w zakupie wraków nie są wyłącznie pośrednicy, którzy dokonują dalszej odsprzedaży pozostałości pojazdu z odpowiednią marżą, co oznacza że nie znajduje potwierdzenia argumentacja, że wszyscy oferenci są tylko pośrednikami, nie zaś finalnymi nabywcami pojazdów.

Ubezpieczyciele nie przedstawiają jakichkolwiek dowodów na okoliczność, że poszkodowany mógłby samodzielnie zbyć wrak za kwotę wyższą o 10-15% niż złożona oferta zakupu, a tym samym, że faktycznie wartość rynkowa wraku jest wyższa o 10-15%, od tej ustalonej w drodze aukcji internetowej. Nie są przedstawiane dowody na domniemany fakt, że poza podmiotami specjalizującymi się w skupie wraków, istnieje rynek podmiotów nieprofesjonalnych zainteresowanych zakupem wraków po cenie wyższej np. o 15% niż ceny oferowane przez podmioty uczestniczące w aukcji.

Trudno jest zatem Rzecznikowi Ubezpieczonych uznać, iż praktyki zakładów ubezpieczeń są prokonsumenckie, skoro do ustalonej w drodze „aukcji” wartości rynkowej pozostałości doliczana jest marża arbitralnie ustalana przez ubezpieczyciela, nie poparta żadnymi dowodami na okoliczność, iż wartość rynkowa pozostałości w rzeczywistości jest wyższa (zakłady ubezpieczeń nie przedstawiają oferty podmiotów nieprofesjonalnych, które zakupią uszkodzony pojazd po wyższej cenie, przy założeniu iż poszkodowany samodzielnie zbywa pozostałość) i w konsekwencji kwota należnego odszkodowania pomniejszana jest o tę właśnie marżę, ustaloną według metodologii znanej tylko ubezpieczycielowi. Biorąc pod uwagę fakt, że odszkodowanie za szkodę całkowitą wypłacane jest jako różnica pomiędzy wartością pojazdu w stanie sprzed szkody, a wartością pozostałości, to naliczenie owej marży powoduje w konsekwencji zmniejszenie świadczenia należnego poszkodowanemu.

⁷⁰ Jak zostało to pokazane na powyższych przykładach, zakłady ubezpieczeń określają teoretyczną marżę oferentów w różnej wysokości, od 10% do 15%.

W ocenie Rzecznika, zakłady ubezpieczeń nie są pośrednikami handlowymi, by mieć podstawę faktyczną do doliczania jakiegokolwiek marży. Zgodnie z mechanizmami rynku, hipotetycznie może to być ewentualny zysk nabywcy, który złożył ofertę na aukcji internetowej, natomiast takowe domniemanie nie poparte żadnymi dowodami nie może stanowić podstawy do twierdzeń, że kwota wynikająca z marży 10-15% ma zwiększyć wartość rynkową pozostałości pojazdu.

Podkreślić należy, że w części przypadków ubezpieczyciele deklarowali i dokonywali dopłatę kwoty odszkodowania w wysokości ustalonej marży w przypadku sprzedaży wraku konkretnemu oferentowi, który złożył najwyższą ofertę, przy czym w opinii Rzecznika nie zmienia to samej oceny w zakresie podstaw i zasadności stosowania praktyki pomniejszania kwoty odszkodowania o ustaloną arbitralnie marżę, bez przedstawiania dowodów bezsprzecznie potwierdzających, że wartość rynkowa wraku jest w rzeczywistości wyższa niż ta wylicytowana. Poszkodowany tylko w jednym przypadku otrzyma dopłatę kwoty odszkodowania, kiedy faktycznie sprzedał wrak na rzecz konkretnego oferenta. W pozostałych sytuacjach, np. w przypadku decyzji o pozostawieniu wraku w swoim własnym majątku, zakłady ubezpieczeń wskazują, że wartość rynkowa pozostałości pojazdu, to właśnie kwota określona przez ofertę zakupu powiększona o kwotę marży, a zatem przy decyzji o pozostawieniu wraku, poszkodowany nigdy nie otrzyma dopłaty kwoty odszkodowania. W konsekwencji, poszkodowany – chcąc uzyskać kwotę odszkodowania bez jego pomniejszenia o kwotę arbitralnie ustalonej przez ubezpieczyciela marży – jest zmuszany do zbycia pozostałości na rzecz konkretnego oferenta i przedstawienia dowodu zbycia pojazdu.

Reasumując, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przedstawiona powszechna praktyka dotycząca dodawania do najwyższej złożonej oferty zakupu wraku, arbitralnie ustalonej marży i w konsekwencji pomniejszanie kwoty odszkodowania – budzi uzasadnione wątpliwości w zakresie zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności zachodzi podstawa do stawiania zarzutów o naruszeniu art. 361 § 2 k.c., czyli zasady pełnego odszkodowania.

3.4. Szkoda całkowita – odmienne kryteria w kalkulacjach kosztów naprawy

Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpływają również skargi osób poszkodowanych, w których skarżący zarzucają zakładom ubezpieczeń celowe zawyżanie kosztów naprawy, w szczególności w pojazdach starszych wiekiem, celem rozliczenia określonej szkody jako tzw. szkody całkowitej, czyli do kreowania stanu faktycznego, w którym koszty naprawy pojazdu są wyższe od jego wartości z dnia szkody. Poszkodowani w przedmiotowych skargach wskazują m.in, iż zakład ubezpieczeń w kalkulacji kosztów naprawy przyjął ceny nowych części oryginalnych, choć możliwa była naprawa przy zastosowaniu części alternatywnych o porównywalnej jakości, zaś stawki za roboczogodzinę uwzględniane są według najwyższych stawek obowiązujących w autoryzowanych stacjach obsługi.

Przeprowadzona analiza potwierdziła, iż w trakcie prowadzonych postępowań likwidacyjnych wypracowany został schemat postępowania, w którym standardem jest, iż zakłady ubezpieczeń przyjmują zupełnie odmienne kryteria ustalenia wysokości kosztów naprawy w sytuacji, kiedy zachodzi prawdopodobieństwo powstania szkody całkowitej. **W szczególności ubezpieczyciele nie dokonują jakichkolwiek „urealnien cen części” (amortyzacji rodzajowej, mieszanej lub całkowitej), stosują ceny nowych oryginalnych części i materiałów zawartych w systemach Audatex i Eurotax, zaś stawki za roboczogodziny określone są w oparciu o maksymalne ceny usług świadczone przez ASO na terenie działalności jednostki organizacyjnej likwidującej szkodę.** Ubezpieczyciele uważają bowiem, iż w przypadku rozliczenia szkody jako całkowitej, koszt naprawy pojazdu powinien być ustalany na podstawie wyceny sporządzonej przez ubezpieczyciela, z uwzględnieniem podatku VAT, a także według maksymalnych cen części zamiennych (zakupionych od producenta, oryginalnych oraz bez ich amortyzacji) i materiałów zawartych w systemach Audatex i Eurotax oraz stawki za jedną roboczogodzinę, ustalonej przez zakład ubezpieczeń w oparciu o maksymalne ceny usług świadczone przez ASO na terenie działalności jednostki organizacyjnej likwidującej szkodę⁷¹.

Jako przykład ustalenia wysokości kosztów naprawy w trakcie kwalifikacji szkody jako całkowitej można wskazać na kalkulację kosztów naprawy sporządzoną przez

⁷¹ Por. rozdział III raportu oraz wysokość stawek za roboczogodzinę ustalone przez ubezpieczycieli w przypadku szkód częściowych oraz całkowitych.

Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct) w jednej z analizowanych spraw⁷². W przedmiotowej sprawie uszkodzeniu uległ pojazd marki Fiat Punto wyprodukowany w 2003 r. W kalkulacji ubezpieczyciel nie dokonywał jakichkolwiek „urealnień cen części”, nie była dokonywana optymalizacja, zostały przyjęte ceny nowych oryginalnych części producenta pojazdu, zaś stawki za roboczogodzinę zostały ustalone w kwocie 130,00 zł netto⁷³. Tak ustalone koszty naprawy przekroczyły wartość pojazdu poszkodowanego przed szkodą (9200 zł) i w konsekwencji przedmiotowa szkoda została rozliczona jako szkoda całkowita. Jako uzasadnienie takiego stanowiska, ubezpieczyciel, wskazywał, że koszt naprawy pojazdu przekracza jego wartość rynkową i w związku z powyższym kwota odszkodowania została wyliczona jako różnica pomiędzy wartością rynkową samochodu a wartością jego pozostałości⁷⁴.

W kolejnej analizowanej skardze złożonej na działalność InterRisk TU S.A. VIG (**pojazd marki MITSUBISHI Carisma, rok produkcji 1998, przebieg 243 958 km.**), koszty naprawy pojazdu, które w konsekwencji spowodowały kwalifikację danej szkody jako całkowitej zostały określone w oparciu o ceny nowych oryginalnych części bez urealnień i potrąceń i jakiegokolwiek optymalizacji, zaś stawka za roboczogodzinę została ustalona w wysokości 130,00 zł netto, podczas gdy w przypadku szkód częściowych likwidowanych metodą kosztorysową stawki za roboczogodzinę określane są przez ubezpieczyciela w przedziale 41,00 – 60,00 zł netto⁷⁵.

W sprawie, w której uszkodzeniu uległ pojazd marki Peugeot 307 (**rok produkcji 2004, przebieg 211 087**) STU Ergo Hestia S.A. przewidywane koszty naprawy ustaliło w oparciu o ceny nowych części oryginalnych, bez potrąceń amortyzacyjnych i potrąceń na ilość niezbędnego materiału lakierniczego, zaś stawka za roboczogodzinę została ustalona na poziomie 135,00 zł netto⁷⁶. W odróżnieniu zatem od innych analogicznych szkód, STU Ergo Hestia S.A. nie zastosowało tzw. „urealnienia cen części” (amortyzacji) oraz stawki za roboczogodzinę na poziomie 60,00 zł netto. Jako uzasadnienie swojego

⁷² Skarga RU/WSI/G/4287/MI/13.

⁷³ Por. załącznik 1 raportu.

⁷⁴ Pismo Avanssur S.A. Oddział w Polsce z dnia 6 czerwca 2013 r. Podobnie w skargach: RU/WSI/G/262/MI/13; RU/WSI/G/3573/MI/13.

⁷⁵ Skarga RU/WSI/G/2464/MZ/14. Podobne kryteria w zakresie kalkulacji kosztów naprawy (części oryginalne, brak „urealnienia na części”, stawki za roboczogodzinę w wysokości 130,00 zł) InterRisk TU S.A. VIG stosowało w praktyce likwidacji innych szkód komunikacyjnych, przykładowo w skargach: RU/WSI/G/10680/MI/13; RU/WSI/G/2303/MKJ/14; RU/WSI/G/815/MR/14; RU/WSI/G/3140/MI/13.

⁷⁶ Skarga RU/WSI/G/2625/PO/14, analogicznie w skargach: RU/WSI/G/15981/PO/13; RU/WSI/G/1719/KC/13. Podobnie w przypadku szkody całkowitej koszty naprawy określało MTU S.A., np. w skargach: RU/WSI/G/15931/MI/13 i RU/WSI/G/6314/KD/13.

stanowiska ubezpieczyciel w piśmie do Rzecznika⁷⁷ wskazywał m.in., iż: „W rozpatrywanym przypadku należy stwierdzić jednoznacznie, że zobowiązane do naprawienia szkody jest nasze Towarzystwo, dla którego zapłata za naprawę której wysokość przekracza w 100% wartość rynkową pojazdu w dniu szkody niesie za sobą poniesienie nadmiernych i nieuzasadnionych kosztów [...]. **W tym miejscu śpieszymy poinformować, że w przygotowanej pierwotnie wycenie rzeczywiście wskazaliśmy na koszt naprawy w wysokości 7923 zł⁷⁸. Nie wynikało to jednak z rzeczywiście wskazanych powyżej kosztów naprawy a z oczywistej omyłki dotyczącej błędnego zastosowania amortyzacji cen części⁷⁹. Za powyższą pomyłkę pragniemy Skarżącego przeprosić. Biorąc powyższe po uwagę, a w szczególności mając na względzie przytoczone orzecznictwo Sądu Najwyższego stwierdzamy, że kwalifikacja szkody jako całkowita z uwzględnieniem prawidłowego wyliczenia jest w rozpatrywanym przypadku jak najbardziej zasadna**”.

Jako kolejny przykład ustalenia wysokości kosztów naprawy w trakcie kwalifikacji szkody jako całkowitej może zobrazować kalkulacja kosztów naprawy sporządzona przez TUiR Warta S.A. W przedmiotowej sprawie uszkodzeniu uległ pojazd marki KIA Carnival wyprodukowany w 2004 r. o przebiegu 295 604 km. W sporządzonej kalkulacji ubezpieczyciel nie dokonywał jakichkolwiek „urealnien cen części”, nie była dokonywana optymalizacja, zostały przyjęte ceny nowych oryginalnych części producenta pojazdu, zaś stawki za roboczogodzinę zostały ustalone w kwocie 100,00 zł netto (stawka za roboczogodzinę przyjmowana powszechnie przez TUiR Warta S.A., w skargach analizowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w przypadku ustalenia kosztów naprawy pojazdów w szkodach częściowych wynosi 60,00 zł netto). Tak ustalone koszty naprawy (12 719,93 zł) przekroczyły wartość pojazdu poszkodowanego przed szkodą (11 700,00 zł) i w konsekwencji przedmiotowa szkoda została zakwalifikowana oraz rozliczona jako szkoda całkowita. Jako uzasadnienie takiego stanowiska, TUiR Warta S.A., powołując się na orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 2002 r.⁸⁰, argumentowało, iż po dokonaniu oględzin pojazdu ustalono, że koszty naprawy pojazdu przekraczają jego

⁷⁷ Pismo STU Ergo Hestia S.A. z dnia 21 maja 2014 r. skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

⁷⁸ Ostatecznie koszty naprawy pojazdu w oparciu o ceny części oryginalnych, bez potrąceń amortyzacyjnych i potrąceń na ilość niezbędnego materiału lakierniczego oraz stawki za roboczogodzinę w wysokości 135,00 zł netto, zostały ustalone przez STU Ergo Hestia S.A. na poziomie 28 398,06 zł, wartość rynkowa pojazdu przed szkodą – 11 900 zł, kwota odszkodowania wypłacona poszkodowanemu – 4500 zł.

⁷⁹ Ta „oczywista pomyłka” w zakresie zastosowania amortyzacji części, w przypadku likwidacji szkód częściowych jest określana przez STU Ergo Hestia S.A. jako „urealnienie cen części” mające zdaniem ubezpieczyciela pełne podstawy faktyczne i prawne do jej zastosowania – por. *Praktyka likwidacji szkód komunikacyjnych a orzecznictwo Sądu Najwyższego*, raport Rzecznika Ubezpieczonych, s. 95 i nast., dostępny na http://rzu.gov.pl/pdf/Raport_RU_SN_2013.pdf.

⁸⁰ V CKN 903/00.

wartość rynkową z dnia szkody i w związku z tym szkoda została rozliczona metodą różnicową⁸¹.

W innej przykładowej sprawie, Uniqa TU S.A. ustaliło koszty naprawy pojazdu marki FORD Galaxy wyprodukowanego w 2002 r., o przebiegu 243 890 km, w oparciu o ceny nowych oryginalnych części zamiennych producenta pojazdu, bez zastosowania zamienników i amortyzacji oraz bez potrącenia ilości materiału lakierniczego **przy stawce za roboczogodzinę 140,00 zł netto. Tak ustalona wysokość kosztów naprawy (12 811,97 zł) pozwoliła na zakwalifikowanie szkody jako całkowitej, bowiem koszty te przekroczyły wartość rynkową pojazdu z dnia szkody (12 000 zł)**⁸².

W innej sprawie będącej przedmiotem analizy Rzecznika, Uniqa TU S.A.⁸³, pierwotnie zakwalifikowało szkodę jako całkowitą, ustalając wysokość kosztów naprawy na kwotę 7700,11 zł przy wycenie wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody w wysokości 6800,00 zł. Przy czym, kalkulacja kosztów naprawy⁸⁴ na kwotę 7700,11 zł obejmowała wyłącznie ceny nowych części oryginalnych producenta pojazdu, bez potrąceń amortyzacyjnych i ilości materiału lakierniczego, zaś stawka za roboczogodzinę została określona w wysokości 140,00 zł netto. Następnie po reklamacji poszkodowanego, który zarzucił zakładowi ubezpieczeń znaczne zaniżenie wartości rynkowej pojazdu przed szkodą, m.in. poprzez wpisanie w wycenie nierzeczywistego i nierealnego przebiegu pojazdu (4.258623 km), który to błąd był powielany w późniejszych kalkulacjach kosztów naprawy bez wpływu na przyjęte wartości, ubezpieczyciel ponownie dokonał wyceny wartości rynkowej samochodu na kwotę 11 100,00 zł. W konsekwencji zakład ubezpieczeń zmienił kwalifikację szkody z całkowitej na częściową, ale jednocześnie nie wyrównał poszkodowanemu odszkodowania do kwoty wynikającej z pierwotnej kalkulacji kosztów naprawy (7700,11 zł), lecz sporządził nowy kosztorys naprawy uszkodzonego pojazdu⁸⁵. Tym razem kalkulacja kosztów naprawy została sporządzona w oparciu o ceny części alternatywnych w ramach modułu optymalizacyjnego Monex (BHMD, POLCAR, INTER-CARS), w przypadku pozostałych części oryginalnych producenta pojazdu zastosowano 50% amortyzację, dokonano potrącenia na materiał lakierniczy w wysokości 50%, zaś stawki za roboczogodzinę zostały określone w wysokości 50,00 zł netto. Na podstawie

⁸¹ Pismo TUiR Warta S.A. z dnia 26 sierpnia 2014 r., skarga RU/WSI/G/6499/BCH/14. Podobnie sporządzone kalkulacje kosztów naprawy w skargach: RU/WSI/G/2856/PO/13; RU/WSI/G/528/ASO/14; RU/WSI/G/7056/GC/13.

⁸² Skarga RU/WSI/G/2825/KC/14.

⁸³ Skarga RU/WSI/G/15740/GC/13.

⁸⁴ Por. załącznik 2 raportu.

⁸⁵ Por załącznik 3 raportu.

takich parametrów, wysokość kosztów naprawy i tym samym wysokość kwoty odszkodowania została określona w wysokości 2741,40 zł. Po kolejnym odwołaniu skarżącego, ubezpieczyciel sporządził kolejny, trzeci już kosztorys kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu⁸⁶, w którym tym razem uwzględniono ponownie ceny części alternatywnych, jednakże nie została zastosowana amortyzacja na części oryginalne producenta pojazdu, nie dokonano potrącenia materiału lakierniczego, zaś stawka za roboczogodzinę została określona w wysokości 90,00 zł netto. Tak określona wysokość kosztów naprawy (4341,57 zł) została ostatecznie wypłacona poszkodowanemu jako należna kwota odszkodowania, przy czym w ocenie Rzecznika, zakład ubezpieczeń w trakcie prowadzonego postępowania skargowego, nie wykazał przesłanek do przyjęcia w kosztorysie naprawy nieoryginalnych części zamiennych, jakie zostały zawarte w uzasadnieniu postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r.⁸⁷

Przedmiotowa sprawa jest typowym przykładem wszystkich nieprawidłowości w praktyce likwidacji szkód komunikacyjnych opisywanych w niniejszym raporcie oraz w raporcie Rzecznika Ubezpieczonych z grudnia 2013 r.⁸⁸, takich jak: zaniżanie wartości rynkowej pojazdu przed szkodą, różne kalkulacje kosztów naprawy w zależności od sposobu i celu rozliczenia danej szkody, dokonywanie potrąceń amortyzacyjnych na ceny części oryginalnych producenta pojazdu, stosowanie części nieoryginalnych bez udowodnienia warunków do ich stosowania, uwzględnianie nierynkowych stawek za roboczogodzinę oraz zaniżanie wartości materiału lakierniczego niezbędnego do przeprowadzenia naprawy.

Opisując praktyki zakładów ubezpieczeń jakie Rzecznik Ubezpieczonych zdiagnozował w trakcie dokonywania analizy skarg dotyczących tematyki szkody całkowitej, w tym miejscu należy wskazać, że PZU S.A. w trakcie likwidacji szkód komunikacyjnych praktykuje różne sposoby postępowania w zakresie wyliczania hipotetycznych kosztów naprawy, które pozwalałyby uznać daną szkodę jako szkodę całkowitą. Co do zasady bowiem, kalkulacje, na podstawie których PZU S.A. kwalifikuje daną szkodę jako całkowitą są sporządzane w tożsamy sposób jak kalkulacje kosztów naprawy, na podstawie których rozliczane są szkody częściowe, tj. w oparciu o te same kryteria w zakresie uwzględniania wartości części oryginalnych i nieoryginalnych,

⁸⁶ Por. załącznik 4 raportu.

⁸⁷ III CZP 85/11.

⁸⁸ http://www.rzu.gov.pl/publikacje/raporty-i-opracowania/Raport_Rzecznika_Ubezpieczonych_Orzecznictwo_Sadu_Najwyzszego_a_praktyka_likwidacji_szkod_komunikacyjnych_21655.

dokonywania potrąceń wartości tych części oraz uwzględniania kosztów robocizny. Jednakże Rzecznik Ubezpieczonych odnotował również skargi, w których PZU S.A. przyjmował odmienne kryteria. Dla przykładu, w sprawie⁸⁹, gdzie uszkodzeniu uległ pojazd HYUDAI Matrix (rok produkcji 2003, przebieg 171612), pierwotnie PZU SA. ustalił koszty naprawy pojazdu w oparciu o maksymalne koszty naprawy, czyli m.in. stawkę za roboczogodzinę na poziomie 115,00 zł netto, co spowodowało zakwalifikowanie szkody jako całkowitej i rozliczenie jej metodą różnicową. Dopiero po interwencji Rzecznika, zakład ubezpieczeń zmienił swoje pierwotne stanowisko i kwalifikację szkody z całkowitej na częściową⁹⁰.

W ocenie Rzecznika, opisane wyżej przykłady działania zakładów ubezpieczeń, tj. ustalanie kosztów naprawy kilkunastoletnich pojazdów według maksymalnych stawek w odróżnieniu od powszechnie przyjętych przez ubezpieczycieli odmiennych reguł wyliczania kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu przy wypłacie odszkodowania za szkody częściowe ma na celu wyłącznie zakwalifikowanie danej szkody jako szkody całkowitej i w konsekwencji wypłatę odszkodowania w wysokości niższej, niż wynikałoby to z kalkulacji kosztów naprawy sporządzonej w oparciu o tzw. urealnienia cen części. Opisane wyżej sprawy stanowią tylko przykład spraw⁹¹, w których zakłady ubezpieczeń (w odróżnieniu od innych analogicznych szkód, w których nie zachodzi prawdopodobieństwo powstania szkody całkowitej) koszty naprawy uszkodzonych pojazdów niezależnie od tego w jakim są wieku oraz w jakim są stanie technicznym, ustalają w sposób zupełnie odmienny niż przy ustalaniu wysokości kosztów naprawy w przypadku szkody częściowej. W tym celu koszty naprawy uszkodzonego pojazdu ustalane są w oparciu o ceny nowych części oryginalnych, nie jest dokonywane jakiegokolwiek „urealnienie cen części”, czy amortyzacja rodzajowa (zastąpienie części oryginalnych – zamiennikami), zaś stawki za roboczogodzinę ustalane są w oparciu o maksymalne ceny usług świadczone przez ASO na terenie działalności

⁸⁹ Skarga RU/WSI/G/966/MZ/14.

⁹⁰ Podobne sprawy, w których PZU S.A. stosował zupełnie odmienne kryteria w zakresie ustalania kosztów naprawy w przypadku kwalifikowania szkód całkowitych, niż stosuje w przypadku rozliczania szkód jako częściowe to np.: RU/WSI/G/869/PO/14; RU/WSI/G/6953/MI/14.

⁹¹ Podobnie dla przykładu w skargach na: Benefia TU S.A. VIG (RU/WSI/G/564/PO/14; RU/WSI/G/1303/KD/14); Proama (RU/WSI/G/1776/NK/14); Compensa TU S.A. VIG (RU/WSI/G/2491/MZ/14); RESO Europa Service Sp. z o.o. jako pełnomocnik ds. likwidacji szkód BTA Insurance Company SE z siedzibą w Rydze (RU/WSI/G/2747/MZ/14); Gothaer TU S.A. (RU/WSI/G/2705/GC/14); Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce (RU/WSI/G/2172/SL/14).

jednostki organizacyjnej likwidującej szkodę. Dla przykładu, nieznaczne nawet obniżenie wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, np. poprzez zastosowanie korekty ujemnej z tytułu aktualności badań technicznych⁹² przy jednoczesnym określeniu stawki roboczogodziny w wysokości 130,00 zł netto, spowoduje kwalifikację danej szkody jako szkody całkowitej.

Wybór rodzaju części zamiennych (części oryginalnych czy też części alternatywnych) może istotnie wpływać na ostateczną kwalifikację szkody – tj. czy mamy do czynienia ze szkodą częściową i zobowiązaniem ubezpieczyciela do pokrycia kosztów naprawy, czy też ze szkodą całkowitą i ustaleniem wysokości odszkodowania jako różnicy pomiędzy wartością rynkową pojazdu z dnia szkody a wartością pojazdu w stanie nieuszkodzonym. W ocenie Rzecznika, ustalając wysokość odszkodowania należy kierować się obiektywnymi kryteriami dla wyboru rodzaju części zamiennych oraz wnioskami płynącymi z orzecznictwa Sądu Najwyższego. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych powinny być stosowane jednolite, zgodne z orzecznictwem Sądu Najwyższego zasady wyceny kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, niezależnie od tego czy określona szkoda zostanie zakwalifikowana jako szkoda częściowa albo całkowita. Rzecznik Ubezpieczonych nie znajduje jednocześnie podstaw prawnych oraz wytycznych płynących z orzecznictwa Sądu Najwyższego, które dopuszczałyby stosowanie odmiennych kryteriów przy wycenie kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu w przypadku próby kwalifikacji szkody jako całkowitej.

Należy podnieść również, że w Wytycznych dotyczących likwidacji szkód komunikacyjnych, KNF także zaobserwowała przedmiotowy problem, wskazując w Wytycznej 19, że **zakład ubezpieczeń powinien stosować identyczne kryteria ustalania wartości świadczenia niezależnie od faktu, czy wystąpiła szkoda całkowita, czy też częściowa.** Następnie w Wytycznej 19.2 przedmiotowy wniosek został doprecyzowany w następujący sposób: *„Zakład ubezpieczeń powinien w identyczny sposób szacować wartość pojazdu bezpośrednio przed powstaniem szkody jak i przewidywane koszty naprawy pojazdu zarówno podczas weryfikacji, czy nie zachodzą przesłanki do rozliczenia szkody jako całkowitej, jak i w razie zakwalifikowania szkody jako częściowej, w szczególności w zakresie uwzględniania wartości części oryginalnych i nieoryginalnych, dokonywania potrąceń wartości tych części oraz uwzględniania kosztów robocizny a także podatku VAT”.*

⁹² Tak w skardze RU/WSI/G/7056/GC/13.

4. Podsumowanie

Dokonując *resume* niniejszego rozdziału należy przedstawić następujące wnioski o charakterze generalnym.

Po pierwsze, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych analiza skarg osób poszkodowanych pozwala stwierdzić, że praktyka zakładów ubezpieczeń występująca powszechnie w przeszłości, a polegająca na kwalifikacji szkody jako szkody całkowitej, pomimo tego że hipotetyczne lub faktyczne koszty naprawy pojazdu nie przekroczyły wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, występuję bardzo sporadycznie i problem związany z kwestionowaniem przez zakłady ubezpieczeń orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie progu opłacalności naprawy pojazdu (100% wartości pojazdu przed szkodą) praktycznie nie występuje.

Po drugie, zauważalne są nieprawidłowości w zakresie wyceny wartości rynkowej pojazdu przed powstaniem szkody oraz wyceny wartości rynkowej pozostałości. Przy czym, istotniejsze zastrzeżenia Rzecznika dotyczą praktyk ubezpieczycieli w zakresie wyceny wartości wraku pojazdu. W opinii Rzecznika, **liczne przykłady nieprawidłowości dotyczące zawyżania wartości rynkowych wraków pojazdów** oraz okoliczność, że poszkodowani nie są profesjonalistami w zakresie obrotu uszkodzonymi pojazdami dostatecznie uzasadniają **podjęcie działań mających na celu ustanowienie obowiązku wobec zakładów ubezpieczeń polegającego na obowiązkowej pomocy poszkodowanym w zbyciu wraku lub konieczności przejęcia uszkodzonego pojazdu za kwotę ustaloną jako wartość rynkowa wraku**. W ocenie Rzecznika, odpowiednia norma prawna wskazująca na ten obowiązek, tj. pomoc w zbyciu wraku lub też przejęcie pozostałości pojazdu od poszkodowanego oraz wprowadzająca sankcję za brak jego realizacji powinna zostać umieszczona w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych lub też w projektowanej nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Przy czym, w związku z tym że analogiczny kierunek przyjęła w swoich założeniach Komisja Nadzoru Finansowego, w Wytycznych 19.3 i 19.4 – w przypadku praktyk ubezpieczycieli odbiegających od treści wskazanych wyżej Wytycznych, należałoby podjąć pilne prace legislacyjne wprowadzające ustawowe obowiązki tożsame co do celu i treści z Wytycznymi zaproponowanymi przez KNF. Dodatkowo, zdaniem Rzecznika powszechna praktyka zakładów ubezpieczeń dotycząca dodawania do najwyższej złożonej oferty zakupu wraku, arbitralnie ustalonej marży i w konsekwencji pomniejszanie kwoty odszkodowania – budzi uzasadnione wątpliwości w zakresie zgodności z powszechnie

obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności zachodzi podstawa do stawiania zarzutów o naruszenie art. 361 § 2 k.c., czyli zasady pełnego odszkodowania, które powinien otrzymać poszkodowany.

Po trzecie w końcu, **skala i liczba praktycznych przykładów sposobu prowadzenia postępowań likwidacyjnych w pełni uzasadnia tezę, że praktyki zakładów ubezpieczeń w zakresie ustalania kosztów naprawy kilkunastoletnich pojazdów według maksymalnych stawek w odróżnieniu od powszechnie przyjętych przez ubezpieczycieli odmiennych reguł wyliczania kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu przy wypłacie odszkodowania za szkody częściowe ma na celu wyłącznie zakwalifikowanie danej szkody jako szkody całkowitej i w konsekwencji wypłatę odszkodowania w zaniżonej wysokości.** W opinii Rzecznika Ubezpieczonych powinny być stosowane jednolite, zgodne z orzecznictwem Sądu Najwyższego zasady wyceny kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, niezależnie od tego czy ostatecznie określona szkoda zostanie zakwalifikowana jako szkoda częściowa albo całkowita. Rzecznik Ubezpieczonych nie znajduje jednocześnie podstaw prawnych oraz wytycznych płynących z orzecznictwa Sądu Najwyższego, które dopuszczałyby stosowanie odmiennych kryteriów przy wycenie kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu w przypadku próby kwalifikacji szkody jako całkowitej. **Opisane wyżej praktyki świadczą o wybiórczym i celowym dobieraniu przez zakłady ubezpieczeń parametrów wpływających na wysokość kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu w celu kwalifikacji danej szkody jako całkowitej i wypłaty należnego odszkodowania w zaniżonej wysokości. Taki sposób likwidacji szkód komunikacyjnych podważa również wiarygodność, rzetelność i profesjonalizm wycen dokonanych przez ubezpieczycieli.** Komisja Nadzoru Finansowego również w tym zakresie stwierdziła nieprawidłowości w działalności ubezpieczycieli, co skutkowało wskazaniem w Wytycznej 19.2, że zakład ubezpieczeń powinien stosować identyczne kryteria ustalania wartości świadczenia niezależnie od faktu, czy wystąpiła szkoda całkowita, czy też częściowa. Rzecznik Ubezpieczonych będzie zatem analizował czy treść przedmiotowych Wytycznych KNF, w tym dotyczących sposobu kwalifikowania i rozliczania szkód komunikacyjnych jako całkowitych – będzie realizowana w praktyce przez zakłady ubezpieczeń.

Rozdział II. Roboczogodziny prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych

Rzecznik Ubezpieczonych, analizując skargi poszkodowanych na działalność ubezpieczycieli, dostrzega również nieprawidłowości w zakresie stosowanych stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i mechanicznych przy wyliczaniu odszkodowania za uszkodzony pojazd w sytuacji likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m.

Zgodnie z treścią art. 363 § 1 k.c. osoby poszkodowane posiadają wybór sposobu naprawienia szkody, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego (restytucja), bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej (rekompensata pieniężna). Poszkodowani mogą zatem dochodzić zwrotu poniesionych lub wymagalnych kosztów na remont uszkodzonego pojazdu lub żądać wypłaty odszkodowania w takiej wysokości, która umożliwi dokonanie profesjonalnej naprawy. Istotnym składnikiem odszkodowania, obok cen części koniecznych do naprawy, jest koszt pracy zakładu naprawczego, który należy ponieść aby przywrócić pojazd do stanu sprzed szkody. Koszt taki, niezależnie od sposobu naprawienia szkody (naprawa w zakładzie naprawczym, świadczenie pieniężne), to iloczyn czasu jaki potrzebny jest na dokonanie naprawy oraz stawki za jedną roboczogodzinę prac blacharskich, mechanicznych i lakierniczych.

Stawka za roboczogodzinę pracy warsztatu naprawczego zależy natomiast od wielu czynników. Są to przede wszystkim: rodzaj warsztatu (autoryzowane stacje obsługi danej marki, warsztaty nieautoryzowane, warsztaty sieciowe), wielkość warsztatu naprawczego (powierzchnia, zatrudniona kadra i jej kwalifikacje, usługi dodatkowe) oraz wyposażenie warsztatu w specjalistyczne urządzenia techniczne. Warsztaty naprawcze stosują różne metody ustalania cen roboczogodzin. Niezależnie od przyjętej metody, muszą dysponować informacjami, które pomagają w ustaleniu właściwych stawek za świadczone usługi, gwarantując rentowność prowadzonego biznesu. Ogólnie rzecz biorąc, muszą dysponować informacjami o poziomie cen akceptowalnych przez nabywców na określonym terenie, cenach konkurencji, kosztach stałych i zmiennych ponoszonych przez warsztat. Większość z tych informacji jest uzyskiwana w wyniku prowadzonych analiz rynku.

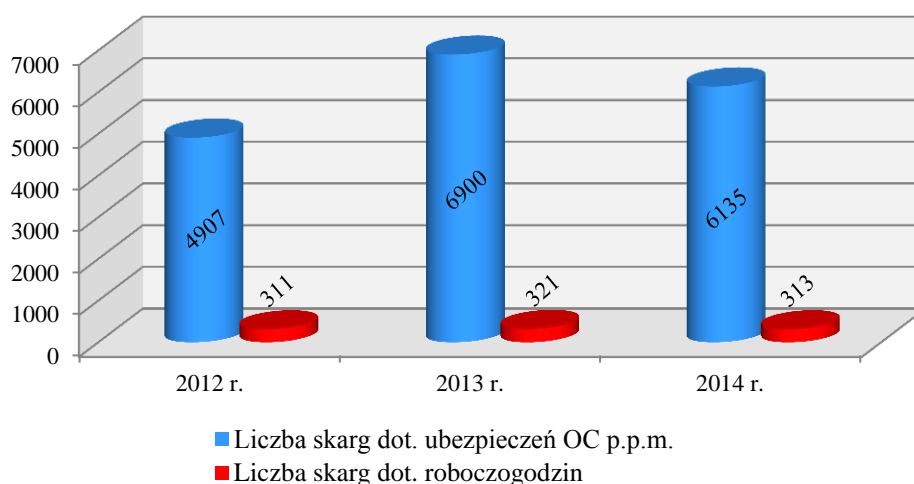
Niezależnie od powyższego, w sytuacji wyboru przez poszkodowanego wypłaty odpowiedniej sumy pieniężnej niezbędnej do przywrócenia pojazdu do stanu sprzed zdarzenia, zakład ubezpieczeń musi określić czasochłonność przeprowadzenia naprawy, ustalając przy tym stawkę za roboczogodzinę, jaka zostanie zastosowana w kosztorysie naprawy. Powstaje zatem zasadnicze pytanie, czy wprowadzane do kosztorysów napraw stawki za roboczogodzinę są arbitralnie ustalone przez osobę przygotowującą kosztorys

(parownika zakładu ubezpieczeń), czy jednak znajdują one odzwierciedlenie w stawkach stosowanych przez warsztaty naprawcze w miejscu zamieszkania poszkodowanego lub w miejscu, gdzie poszkodowany planuje naprawić pojazd? Odpowiedź na tak sformułowane pytanie zostanie przedstawiona w dalszej części rozdziału.

Jeżeli chodzi o statystyczne ujęcie skarg wpływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, dotyczących zastrzeżeń w zakresie wysokości stosowanych stawek za roboczogodziny prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych, to w 2012 r. na łączną liczbę 4907 skarg na postępowanie ubezpieczycieli przy wykonywaniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., 311 skarg dotyczyło wyłącznie problematyki roboczogodzin. W 2013 r. skarg dotyczących tej problematyki było 321, na łączną liczbę 6900 skarg z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m., zaś w 2014 r. odpowiednio 313 skarg, w stosunku do 6135 wszystkich skarg z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m. Problematyka roboczogodzin poruszana jest także przy okazji składania skarg do Rzecznika w innych sprawach jako element poboczny skargi, zatem realny poziom omawianego problemu jest o wiele większy od zaprezentowanych danych.

Można zatem zaobserwować stałą, utrzymującą się na tym samym poziomie liczbę skarg dotyczących wysokości stosowanych stawek za roboczogodziny, wahającą się w przedziale od 5 do 7% ogółu liczby skarg dotyczących problematyki dochodzenia roszczeń w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. Wykres obrazujący wskazane wyżej dane statystyczne zamieszczono poniżej.

Wykres 3. Liczba skarg z zakresu wysokości stosowanych stawek za roboczogodziny prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



1. Orzecnictwo Sądu Najwyższego dotyczące kosztów naprawy pojazdu

Niezwykle istotne w omawianym zakresie jest określenie momentu powstania szkody, możliwość wyboru sposobu naprawienia szkody przez poszkodowanego oraz ustalenie ceny za usługę naprawczą, jaką zakład ubezpieczeń zobowiązany jest zwrócić poszkodowanemu.

Jak słusznie stwierdził Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r.⁹³ roszczenie uprawnionego i odpowiadający mu obowiązek ubezpieczyciela naprawienia szkody powstają z chwilą wyrządzenia szkody, tj. z chwilą nastąpienia wypadku komunikacyjnego w razie pojawienia się przesłanek przewidzianych w art. 436 k.c. Obowiązek naprawienia szkody nie jest więc uzależniony od tego, czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle zamierzał ją naprawić, odszkodowanie ma bowiem wyrównać mu uszczerbek majątkowy powstały w wyniku zdarzenia wyrządzającego szkodę, a uszczerbek taki istnieje już od chwili wyrządzenia szkody do czasu wypłacenia przez zobowiązanego sumy pieniężnej odpowiadającej wysokości szkody ustalonej w sposób przewidziany prawem (art. 363 § 2 i art. 361 § 1 k.c.). Należy zatem wyraźnie odróżnić sam moment powstania obowiązku naprawienia szkody oraz datę ewentualnego naprawienia rzeczy (samochodu). Dla powstania odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela istotne znaczenie ma fakt powstania szkody, a nie fakt jej naprawienia. Fakt naprawienia rzeczy (samochodu) nie ma też znaczenia dla określenia wysokości przysługującego poszkodowanemu odszkodowania, ponieważ wysokość ta powinna odpowiadać kosztom wyrównania uszczerbku, jaki pojawił się w majątku poszkodowanego po powstaniu wypadku komunikacyjnego, a więc – kosztom przywrócenia wartości pojazdu sprzed wypadku. Poszkodowanemu w związku z ruchem pojazdu mechanicznego przysługuje w ramach ubezpieczenia OC roszczenie odszkodowawcze z chwilą powstania obowiązku naprawienia szkody, a nie dopiero po powstaniu w ten czy inny sposób stwierdzonych kosztów naprawy samochodu. Zastosowanie przepisu art. 363 § 1 k.c. w sferze odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela prowadzi do wniosku, że treścią świadczenia ubezpieczyciela, wynikającą z umowy ubezpieczenia OC, nie jest przywrócenie pojazdu do stanu sprzed wypadku (restytucja techniczna samochodu), ale naprawienie szkody powstałej w ogóle w majątku poszkodowanego, wywołanej uszkodzeniem lub zniszczeniem pojazdu. Od woli

⁹³ III CZP 150/06.

poszkodowanego zależy bowiem to, czy i w jakim zakresie wypłacone mu przez ubezpieczyciela odszkodowanie przeznaczy na naprawę samochodu. Nie można zatem żądać od poszkodowanego aby w ramach ubezpieczenia OC występował z roszczeniem dotyczącym „kosztów naprawy”, w miejsce ogólnego obowiązku naprawienia szkody (art. 363 § 1 k.c.) i wywodzić, że nie przysługuje ono poszkodowanemu przed powstaniem tych kosztów.

W podobnym tonie, wskazując jednoznacznie na wybór sposobu naprawienia szkody przez poszkodowanego, wypowiedział się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 15 listopada 2001 r.⁹⁴, w której stwierdził, że obowiązek naprawienia szkody przez wypłatę odpowiedniej sumy pieniężnej powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego, czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle zamierza ją naprawić, odszkodowanie bowiem ma wyrównać uszczerbek majątkowy powstały w wyniku zdarzenia wyrządzającego szkodę, istniejący od chwili wyrządzenia szkody do czasu, gdy zobowiązany wypłaci poszkodowanemu sumę pieniężną odpowiadającą szkodzie ustalonej w sposób przewidziany prawem. Przy takim rozumieniu szkody i obowiązku odszkodowawczego nie ma znaczenia, jakim kosztem poszkodowany faktycznie dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle to uczynił albo zamierza to uczynić. Dlatego, dla określenia wysokości należnego poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń odszkodowania za szkodę wynikającą z uszkodzenia pojazdu w wypadku komunikacyjnym nie ma znaczenia fakt, że poszkodowany nie wykonał jeszcze naprawy pojazdu. Niezależnie zatem od tego, czy poszkodowany naprawił uszkodzony w wypadku pojazd, należy mu się od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie ustalone według zasad art. 363 § 2 k.c. w związku z art. 361 § 2 k.c., co oznacza, że jego wysokość ma odpowiadać kosztom usunięcia opisanej wyżej różnicy w wartości majątku poszkodowanego, a ściślej – kosztom przywrócenia wartości pojazdu sprzed wypadku. Gdy zatem naprawa pojazdu przywróci jego wartość sprzed wypadku, odszkodowanie winno odpowiadać kosztom takiej właśnie naprawy ustalonym przez rzeczoznawcę. Zatem brak jest podstaw do przyjmowania innych kryteriów do ustalania wysokości odszkodowania w zakresie rodzaju części zamiennych i stawek za roboczogodzinę prac lakierniczych i blacharskich, jeżeli szkoda likwidowana jest metodą kosztorysową, a innych w przypadku przeprowadzenia naprawy.

⁹⁴ III CZP 68/01.

Nie do przecenienia dla omawianej problematyki jest uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2003 r.⁹⁵, będąca rozstrzygnięciem zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Okręgowy w Gdańsku. Sens przedstawionego Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego sprowadzał się do określenia wysokości odszkodowania należnego poszkodowanemu od ubezpieczyciela w związku z naprawieniem pojazdu przez wybrany przez niego warsztat naprawczy. Zdaniem Sądu Najwyższego, warsztaty mogą posługiwać się różnymi cenami w zakresie tych samych lub podobnych prac naprawczych. Co więcej, ceny te mogą odbiegać w odpowiedniej skali od cen stosowanych przez warsztaty naprawcze działające na odpowiednim rynku lokalnym (np. na terenie określonego miasta lub gminy). W takiej właśnie sytuacji powstaje zagadnienie określenia wysokości omawianego odszkodowania przysługującego poszkodowanemu. Jak wskazał Sąd Najwyższy, za niezbędne koszty naprawy należy uznać takie koszty, które zostały poniesione w wyniku przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu jego technicznej używalności istniejącej przed wyrządzeniem szkody przy zastosowaniu technologicznej metody odpowiadającej rodzajowi uszkodzeń pojazdu mechanicznego. Kosztami ekonomicznie uzasadnionymi są według Sądu koszty ustalone według cen, którymi posługuje się wybrany przez poszkodowanego warsztat naprawczy dokonujący naprawy samochodu. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że ceny te odbiegają (są wyższe) od cen przeciętnych dla określonej kategorii usług naprawczych na rynku. Jeżeli nie kwestionuje się uprawnienia do wyboru przez poszkodowanego warsztatu samochodowego mającego dokonać naprawy, miarodajne w tym zakresie powinny być ceny stosowane właśnie przez ten warsztat naprawczy. Przyjęcie cen przeciętnych dla określenia wysokości przysługującego poszkodowanemu odszkodowania, niezależnie od samej metody ich wyliczania, która może być zróżnicowana, nie kompensowałoby poniesionej przez poszkodowanego szkody, gdyby ceny przyjęte w warsztacie naprawczym były wyższe od przeciętnych.

Zdaniem Sądu Najwyższego należy jeszcze podkreślić, że określanie kosztów naprawy samochodu wyłącznie przy uwzględnianiu ceny przeciętnej prowadzić mogłoby do relatywizacji w zakresie ustalenia wysokości odszkodowania należnego poszkodowanym posiadaczom pojazdów mechanicznych, gdyż różne mogą być metody obliczania cen przeciętnych w odniesieniu do poszczególnych usług naprawczych oferowanych na rynku. Otwarta pozostałaby także kwestia terytorialnego aspektu

⁹⁵ III CZP 32/03.

obliczania takich cen. Gdyby zastosować w tym zakresie regułę średnich cen obowiązujących na rynku krajowym, to przy zróżnicowaniach cen w poszczególnych regionach Polski, np. w związku ze wzmożonym popytem na określone usługi naprawcze w niektórych rejonach czy aglomeracjach kraju, doszłoby do wypłaty poszkodowanym odszkodowań ubezpieczeniowych ewidentnie zaniżonych w stosunku do kosztów poniesionych w związku z naprawą uszkodzonego pojazdu. Terytorialny aspekt kształtowania się cen stosowanych przez zakłady naprawcze w zakresie różnych kategorii usług naprawczych należy brać pod uwagę także wówczas, gdy odrzuca się możliwość przyjmowania w zakresie ustalania wysokości odszkodowania formuły cen przeciętnych. Poszkodowany mógłby dokonać naprawy samochodu np. w miejscu zamieszkania lub w miejscu uszkodzenia samochodu. Miejsca te wyznaczają jednocześnie rynek lokalny usług naprawczych, tj. krąg podmiotów świadczących usługi naprawcze na określonym obszarze. Jeżeli zatem poniesione przez poszkodowanego koszty naprawy samochodu odpowiadają cenom stosowanym przez usługodawców na lokalnym rynku i jednocześnie można te koszty zaliczyć do kategorii niezbędnych i ekonomicznie uzasadnionych, ubezpieczyciel nie miałby podstaw do odmowy wypłaty odszkodowania odpowiadającego wspomnianym kosztom. W rezultacie należy przyjąć, że odszkodowanie przysługujące od ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej za uszkodzenie pojazdu mechanicznego obejmuje niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty pojazdu, ustalone według cen występujących na lokalnym rynku usług naprawczych.

2. Stawki za robocizogodzinę stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku szkody całkowitej

W niniejszym podrozdziale zaprezentowane zostaną sposoby wyliczania należnego odszkodowania, w tym ustalania stawki za robocizogodzinę, w przypadku kwalifikacji szkody jako całkowitej. Ze szkodą całkowitą mamy do czynienia 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 sytuacji, gdy zaistniały przesłanki do orzeczenia w pojeździe szkody całkowitej, wówczas odszkodowanie wypłacane w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. ustalane jest metodą dyferencyjną (różnicową). Metoda ta polega na ustaleniu wysokości odszkodowania poprzez pomniejszenie wartości pojazdu w stanie przed uszkodzeniem o wartość pozostałości (wrak pojazdu).

Analizując skargi poszkodowanych w zakresie sposobu wyliczania wysokości należnego odszkodowania w przypadku wystąpienia szkody całkowitej, Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował następujące praktyki w zakresie wyliczania wysokości stawek za roboczogodzinę prac blacharsko-mechanicznych stosowanych w kosztorysach przedstawianych poszkodowanym.

Dla przykładu, Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentuje skargę na działalność MTU S.A. (obecnie STU Ergo Hestia S.A.)⁹⁶, w której skarżący podnosił, że szkoda została błędnie zakwalifikowana jako szkoda całkowita. Uszkodzeniu uległ pojazd marki Renault Clio, rok produkcji 2003. Ubezpieczyciel w pierwszym zaprezentowanym poszkodowanemu kosztorysie zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **135 zł netto** oraz części oryginalne bez amortyzacji. **Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych zmieniono stawki za roboczogodzinę na 80/90 zł netto wskazując, że są to stawki stosowane w warsztatach nieautoryzowanych w miejscu zamieszkania poszkodowanego – Dąbrowa Górnicza (woj. śląskie).** W kosztorysie pozostawiono większość części oryginalnych bez amortyzacji. Utrzymano status szkody całkowitej.

Inną skargą, będącą przedmiotem analizy Rzecznika w tym zakresie, była skarga na działalność Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Ubezpieczenia)⁹⁷. W niniejszej sprawie uszkodzeniu uległ pojazd marki Mitsubishi Pajero, rok produkcji 2003. Ubezpieczyciel w kosztorysie naprawy z dnia 27 sierpnia 2013 r. kwalifikującym szkodę jako całkowitą, zastosował stawki za roboczogodzinę na poziomie **110 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Kwidzyn (woj. pomorskie).

Kolejną skargą z omawianego zakresu była skarga na działalność Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)⁹⁸. Uszkodzeniu uległ pojazd marki Opel Zafira, rok produkcji 2002. Szkoda została zakwalifikowana jako szkoda całkowita, a w kalkulacji kosztów naprawy z dnia 12 listopada 2012 r. przyjęto stawkę za roboczogodzinę w wysokości **130 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Rzeszów (woj. podkarpackie). Ubezpieczyciel uzasadnił przyjęcie stawki w ww. wysokości w następujący sposób: *„Odnosząc się do sposobu określenia kosztów naprawy a w szczególności kosztów robocizny i kwalifikacji szkody jako ekonomicznie nieuzasadnionej informujemy, że opłacalność naprawy sprawdzana jest na podstawie*

⁹⁶ Skarga RU/WSI/G/6520/PB/14.

⁹⁷ Skarga RU/WSI/G/2172/SL/14.

⁹⁸ Skarga RU/WSI/G/262/MI/13.

średnich stacji autoryzowanych danej marki na terenie zarejestrowania pojazdu w tym przypadku 130/130 netto pln”.

Następny przykład stanowi skarga na działalność InterRisk TU S.A. VIG⁹⁹. Uszkodzeniu uległ pojazd marki Mazda 323, rok produkcji 2003. W sprawie została stwierdzona szkoda całkowita, a w kalkulacji kosztów naprawy z dnia 15 maja 2013 r. została zastosowana stawka w wysokości **130 zł netto**. Miejsce zamieszkania skarżącego to Ostrowiec Świętokrzyski (woj. świętokrzyskie).

Podobne stanowisko zaprezentowało InterRisk TU S.A. VIG w kolejnej skardze skierowanej przez poszkodowanego do Rzecznika Ubezpieczonych¹⁰⁰. Uszkodzeniu uległ pojazd marki Ford Focus, rok produkcji 2006. Ubezpieczyciel przedstawił w dniu 28 stycznia 2014 r. kosztorys naprawy, w którym stwierdzono, iż wystąpiła szkoda całkowita. W kosztorysie zastosowano stawkę za roboczogodzinę w wysokości **130 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Rzeszów (woj. podkarpackie).

Kolejny przykład stanowi skarga na działalność TUiR Allianz Polska S.A.¹⁰¹ W przedmiotowej sprawie uszkodzeniu uległ pojazd marki Suzuki Swift, rok produkcji 2003. W dniu 24 października 2011 r. ubezpieczyciel przedstawił kosztorys ze stawką za roboczogodzinę w wysokości **135 zł netto** – szkoda została zakwalifikowana jako całkowita. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych i skarżącego, ubezpieczyciel zmienił kwalifikację szkody na częściową ze stawką za roboczogodzinę w wysokości **60 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie). Celem uzasadnienia przyjęcia stawki w wysokości **60 zł netto** ubezpieczyciel wskazał, iż *„Z uwagi na fakt, iż Poszkodowany nie przedłożył rachunków potwierdzających naprawę, nie jest możliwe stwierdzenie, czy restytucja uszkodzonego pojazdu odbyła się w zakładzie naprawczym posiadającym autoryzację producenta, czy też w warsztacie, który autoryzacji nie posiada. Okoliczność ta wpływa na wysokość odszkodowania, bowiem stawki za roboczogodzinę w tychże zakładach naprawczych są zróżnicowane. Szacując szkodę Allianz zastosował stawkę w wysokości 60,00 zł netto, która w ocenie naszego Towarzystwa odzwierciedla wartość średniej stawki dla zakładów naprawczych na terenie zamieszkania Poszkodowanego”.*

⁹⁹ Skarga RU/WSI/G/10680/MI/13.

¹⁰⁰ Skarga RU/WSI/G/2303/MKJ/14; podobnie w skardze RU/WSI/G/815/MR/14.

¹⁰¹ Skarga RU/WSI/G/9326/KD/14.

W skardze skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych na działalność Uniq TU S.A.¹⁰² doszło do zdarzenia, w wyniku którego uszkodzony został pojazd marki Wartburg 353, rok produkcji 1991. Ubezpieczyciel uznał szkodę za szkodę całkowitą, a kalkulacja kosztów naprawy z dnia 5 września 2013 r. zawierała stawkę za roboczogodzinę w wysokości **140 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie).

Kolejną skargą przeanalizowaną przez Rzecznika, jest skarga na działalność PZU S.A.¹⁰³ W sprawie uszkodzeniu uległ pojazd marki Fiat Stilo, rok produkcji 2003. W kosztorysie ubezpieczyciela z dnia 2 listopada 2013 r. zastosowano stawki za roboczogodzinę w wysokości **150 zł netto**. Szkoda została zakwalifikowana jako szkoda całkowita. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Podegrodzie (woj. małopolskie).

3. Stawki za roboczogodzinę stosowane przez zakłady ubezpieczeń w przypadku szkody częściowej

Wydawać by się mogło, że zaprezentowane w poprzednim podrozdziale stawki za roboczogodzinę prac blacharskich, mechanicznych i lakierniczych faktycznie odpowiadają stawkom stosowanym przez warsztaty naprawcze w różnych rejonach Polski. Niestety analiza kolejnych skarg nie potwierdza tego faktu. W przypadku kwalifikacji szkody jako częściowej, kiedy koszty naprawy nie przekraczają wartości pojazdu sprzed szkody, zakład ubezpieczeń stosuje stawki znacząco odbiegające od wcześniej zaprezentowanych, stosowanych przy szkodach całkowitych.

Przykładowo, w jednej ze skarg na działalność Compensa TU S.A. VIG, będącej przedmiotem interwencji Rzecznika Ubezpieczonych¹⁰⁴, uszkodzeniu uległ pojazd marki Opel Zafira, rok produkcji 2001. Ubezpieczyciel zakwalifikował szkodę jako częściową, a w kalkulacji kosztów naprawy z dnia 5 stycznia 2014 r. zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **41 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie).

W kolejnej analizowanej skardze, tym razem na działalność InterRisk TU S.A. VIG¹⁰⁵, uszkodzeniu uległ pojazd marki **Mercedes Benz, klasa C**, rok produkcji 2006. W sprawie ustalono, że mamy do czynienia ze szkodą częściową. W kosztorysie naprawy

¹⁰² Skarga RU/WSI/G/12004/MI/13.

¹⁰³ Skarga RU/WSI/G/869/PO/14.

¹⁰⁴ Skarga RU/WSI/G/9103/KD/14.

¹⁰⁵ Skarga RU/WSI/G/4893/GC/14.

z dnia 28 listopada 2012 r. ubezpieczyciel zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **41 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Szczecin (woj. zachodniopomorskie). W piśmie ubezpieczyciela skierowanym do Rzecznika Ubezpieczonych wskazano następujące uzasadnienie wysokości stosowanych stawek: *„W sytuacji, gdy poszkodowany nie dostarczył do akt szkody rachunków za naprawę pojazdu (jak w przedmiotowej szkodzie), stawki za roboczogodzinę ustalane są indywidualnie, w wysokości średnich stawek obowiązujących w zakładach naprawczych nie posiadających autoryzacji, w rejonie zamieszkania osoby poszkodowanej lub w miejscu naprawy pojazdu – stosownie do okoliczności sprawy. Średnie stawki ustala się na podstawie kosztorysów otrzymywanych z zakładów naprawczych działających na rynkach lokalnych. Średnie stawki zmieniają się dynamicznie, w zależności od zmian cen usług stosowanych na rynkach lokalnych przez podmioty naprawiające pojazdy”*. W niniejszej sprawie, pełnomocnik poszkodowanego, składający skargę do Rzecznika Ubezpieczonych, do przekazanej dokumentacji dołączył opracowanie Stowarzyszenia Rzeczników Samochodowych EKSPERTMOT Oddział w Szczecinie pt. „Stawki za usługi w zakresie napraw powypadkowych samochodów na terenie dawnego województwa szczecińskiego”¹⁰⁶. Z opracowania wynika, że Stowarzyszenie EKSPERTMOT Oddział w Szczecinie, w II kwartale 2013 r. przeprowadziło badania cen pracochłonności stosowanych przez zakłady specjalizujące się w naprawach pojazdów samochodowych, w tym zwłaszcza naprawach powypadkowych. Z badań wynika, że stawki za roboczogodzinę przedstawiają się następująco:

- a) zakłady serwisowe (ASO):
 - prace mechaniczne – 148,42 zł netto,
 - prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe) – **141,05 zł netto**,
 - prace lakiernicze – 143,94 zł netto;
- b) zakłady pozaserwisowe (nieautoryzowane) o wysokim standardzie usprzętowania technicznego – region Szczecin i Police:
 - prace mechaniczne – 120,71 zł netto,
 - prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe) – **122,14 zł netto**,
 - prace lakiernicze – 127,86 zł netto;
- c) zakłady pozaserwisowe (nieautoryzowane) o wysokim standardzie usprzętowania technicznego – region poza Szczecinem i Policami:

¹⁰⁶ Opracowanie dostępne na <http://ekspertmot.szczecin.pl/rzeczoznawstwo-informacje>; por. załącznik 5 raportu.

- prace mechaniczne – 108,84 zł netto,
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe) – **110,42 zł netto**,
- prace lakiernicze – 115,83 zł netto.

W kolejnej sprawie (skarga na działalność STU Ergo Hestia S.A.)¹⁰⁷ w wyniku kolizji uszkodzeniu uległ pojazd marki Volkswagen Passat, rok produkcji 2003. W kosztorysie z dnia 26 listopada 2013 r. ubezpieczyciel ustalając szkodę częściową zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **50 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Rybnik (woj. śląskie). Ubezpieczyciel uzasadnił stosowanie takich stawek w następujący sposób: *„Ponadto informujemy, że w przygotowanym przez nas kosztorysie zastosowano średnie ceny rynkowe rbg. Oczywistym jest, że każdy warsztat w zależności od posiadanego wyposażenia, wyszkolonego personelu, posiadanej autoryzacji (braku autoryzacji) a nawet w zależności od regionu Polski może dowolnie kształtować stawki rbg kierując się tylko rachunkiem ekonomicznym. Czynnikiem rzeczywiście determinującym wysokość stawek za prace blacharskie i lakiernicze jest jednak rynek. Stawki stosowane w kalkulacjach naprawy przez nasze Towarzystwo wynikają właśnie z obserwacji rynku samochodowego na terenie Polski. Te kształtują się odmiennie w zależności od marki pojazdu, rodzaju warsztatu oraz regionu. Przybliżone pułapy stosowanych stawek są pochodną ciągłej, bieżącej obserwacji rynku napraw pojazdów i kosztów roboczogodziny, jakie stosują warsztaty różnych kategorii i standardów”*.

Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał również skargę na działalność BTA Insurance Company SE z siedzibą w Rydze¹⁰⁸, natomiast czynności likwidacyjne prowadziło RESO Europa Service Sp. z o.o. W zdarzeniu uszkodzeniu uległ pojazd marki **BMW X5**, rok produkcji 2007. Szkada została zakwalifikowana jako szkoda częściowa, a ubezpieczyciel w kalkulacji kosztów naprawy z dnia 14 kwietnia 2014 r. zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **55 zł netto**. Poszkodowany przedstawił kalkulację kosztów naprawy przygotowaną przez nieautoryzowany warsztat naprawczy, w której zastosowano stawkę za roboczogodzinę w wysokości **100 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Podwilk (woj. małopolskie). RESO Europa Service Sp. z o.o. uzasadniło przyjęcie stawki w wysokości 55 zł netto w następujący sposób: *„W odniesieniu do przyjętej stawki za 1 RBG w wysokości 55 zł netto informujemy, że jest to stawka stosowana przez większość zakładów spełniających wymagania*

¹⁰⁷ Skarga RU/WSI/G/15753/GC/13.

¹⁰⁸ Skarga RU/WSI/G/6627/GC/14.

techniczne do wykonania napraw powypadkowych, zgodnie z technologią zalecaną przez producenta pojazdu. Przyjęta przez RESO Europa Service Sp. z o.o. w sporządzonym kosztorysie stawka zapewnia możliwość naprawy oraz przywrócenia pojazdu do stanu sprzed szkody”.

Rzecznik Ubezpieczonych podjął także interwencję na wniosek poszkodowanego przez ubezpieczonego w Gothaer TU S.A.¹⁰⁹ Poszkodowany był posiadaczem pojazdu marki VW Golf, rok produkcji 2002. Szkada została zakwalifikowana przez ubezpieczyciela jako szkoda częściowa, a w kosztorysie naprawy z dnia 25 listopada 2013 r. zastosowano stawkę za roboczogodzinę w wysokości **55 zł netto**. Poszkodowany zlecił wykonanie kosztorysu naprawy przez niezależnego rzeczoznawcę. Stawka zastosowana w kosztorysie przez rzeczoznawcę wносиła **75 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Bielsko-Biała (woj. śląskie). Ubezpieczyciel przekazał Rzecznikowi następujące uzasadnienie: *„Stawka za roboczogodzinę w wysokości 55,00 złotych NETTO przyjmowana w symulacyjnych kalkulacjach kosztów naprawy pojazdu wynika z uśrednionych stawek występujących na rynku, co spowodowane jest dużą liczbą funkcjonujących zakładów naprawczych, oferujących usługi w diametralnie różnych cenach”.*

W skardze na TUiR Warta S.A.¹¹⁰ przedmiotem sporu była wysokość odszkodowania za uszkodzony pojazd marki Nissan Navara, rok produkcji 2008. W sprawie uznano szkodę częściową, a w kosztorysie naprawy z dnia 5 marca 2014 r. została zastosowana stawka za roboczogodzinę w wysokości **60 zł netto**. Kosztorys poszkodowanego z warsztatu nieautoryzowanego zawierał stawkę w wysokości **90 zł netto**. Warsztat wykonujący kosztorys miał siedzibę w Hrubieszowie (woj. lubelskie). Ubezpieczyciel przedstawił następujące uzasadnienie dla stosowania stawki w wysokości 60 zł netto: *„Poziom stawek za roboczogodzinę ustalany jest w oparciu o rynkowe ceny stosowane przez wykonawców napraw. Analiza rynku napraw blacharsko-lakierniczych wskazuje, że stosowane przez zakłady naprawcze stawki za rbh są zróżnicowane w zależności od sytuacji regionalnej, autoryzacji (albo braku autoryzacji) posiadanych przez warsztat, specjalizacji w określonym zakresie prac, kompletności oferowanej usługi, organizacji technologicznej oraz poziomu wyposażenia technicznego zakładu itp. TUiR WARTA S.A. nie ustala jakichkolwiek stawek za roboczogodzinę dla zakładów naprawczych funkcjonujących na rynku, które prowadzą niezależną działalność*

¹⁰⁹ Skarga RU/WSI/G/3351/GC/14.

¹¹⁰ Skarga RU/WSI/G/6094/GC/14.

gospodarczą. Wysokość wspomnianych stawek ustalana jest przez poszczególne warsztaty naprawcze, a nie przez TUiR WARTA S.A. Nasze Towarzystwo określa jedynie wysokość rzeczywistej stawki rynkowej za roboczogodzinę, którą akceptuje na danym terenie”.

Jako kolejny przykład można wskazać skargę na działalność PZU S.A.¹¹¹ Uszkodzeniu uległ pojazd marki Mitsubishi Outlander, rok produkcji 2005. Ubezpieczyciel w kalkulacji naprawy z dnia 17 lipca 2014 r. zastosował stawkę w wysokości **60 zł netto**. Szkada została zakwalifikowana jako szkoda częściowa. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Białystok (woj. podlaskie). PZU S.A. przedstawił następujące uzasadnienie dla wysokości przyjętej stawki: *„Odnosząc się do uznanej stawki za roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych na danym terenie, należy podkreślić, że wpływ na nią ma wiele czynników. Ich wysokość jest i zawsze była zróżnicowana w zależności od sytuacji regionalnej, autoryzacji (albo braku autoryzacji) posiadanych przez zakład naprawczy, specjalizacji w określonym zakresie prac, poziomu wyposażenia technicznego zakładów, marki samochodu itp. Ceny rynkowe szeroko pojętych usług naprawczych oraz wysokość stawek za roboczogodzinę badają jednostki organizacyjne PZU S.A.”*

Rzecznik Ubezpieczonych podejmował również interwencję w Link4 TU S.A.¹¹² Skarga dotyczyła wysokości odszkodowania za uszkodzony pojazd marki Renault Laguna, rok produkcji 2005. Ubezpieczyciel w kosztorysie naprawy z dnia 9 stycznia 2014 r. zastosował stawkę za roboczogodzinę w wysokości **60 zł netto**. Kosztorys skarżącego z dnia 15 marca 2014 r. wykonany przez niezależnego rzeczoznawcę PZM zawierał stawkę w wysokości **100 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie). Link4 TU S.A. w swojej argumentacji wskazało że *„Koszty naprawy ustalono przy pomocy systemu AUDATEX, który posiada aktualną bazę danych, dotyczącą m.in. czasu trwania poszczególnych napraw (blacharskich i lakierniczych) zgodnie z normami producenta, kosztów materiału lakierniczego oraz aktualnych cen nowych części, dostępnych na polskim rynku, jak również przy uwzględnieniu szacunkowych stawek RBG stosowanych przez warsztaty w regionie, w którym dokonywana jest powypadkowa naprawa pojazdu”*. Przedstawiona przez poszkodowanego kalkulacja naprawy, przygotowana przez niezależnego rzeczoznawcę, według ubezpieczyciela *„stanowi również jedynie przewidywane koszty naprawy, nie potwierdzając poniesienia wyższych kosztów z tego tytułu”*.

¹¹¹ Skarga RU/WSI/G/9682/KD/14.

¹¹² Skarga RU/WSI/G/5822/NK/14.

W innej analizowanej przez Rzecznika sprawie (skarga na działalność Compensa TU S.A. VIG)¹¹³ przedmiotem sporu była wysokość odszkodowania za uszkodzony pojazd marki Alfa Romeo GT, rok produkcji 2005. Szkoda w pojeździe została zakwalifikowana jako szkoda częściowa, a w kosztorysie naprawy z października 2013 r. została zastosowana stawka za roboczogodzinę w wysokości **61 zł netto**. Przekazany przez skarżącego kosztorys naprawy, przygotowany przez niezależnego rzeczoznawcę, zawierał stawkę w wysokości **100 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie). Uzasadnienie do stosowania stawki w tej wysokości przez Compensa TU S.A. VIG było następujące: *„Wyjaśniamy ponadto, że przyjęta do wyceny stawka roboczogodziny w wysokości 61, - zł. netto, została ustalona jako średnia ze stawek stosowanych przez zakłady naprawcze na terenie jednostki likwidującej szkodę. Nie możemy zatem wskazać warsztatów naprawczych w miejscu zamieszkania Skarżącej, stosujących przyjętą do wyceny stawkę”*. Ubezpieczyciel odniósł się również do kosztorysu certyfikowanego rzeczoznawcy – *„Wyjaśniamy, że przedłożona przez Skarżącą kalkulacja kosztów naprawy, sporządzona przez Pana [...] rzeczoznawcę Polskiego Związku Motorowego Holding Sp. z o.o. została przez nas pomyślnie zweryfikowana, tak więc nie mamy do niej żadnych zastrzeżeń merytorycznych. Stwierdzamy jednakże, że jest to jedynie oferta naprawy, która nie przesądza o nakładach finansowych jakie poszkodowany poniósł w celu przywrócenia pojazdu do stanu sprzed szkody”*.

Podobną stawkę za roboczogodzinę Compensa TU S.A. VIG zastosowało w kolejnej sprawie, która wpłynęła do Rzecznika Ubezpieczonych¹¹⁴. Uszkodzeniu uległ pojazd marki Ford Mondeo, rok produkcji 2002. Kosztorys naprawy sporządzony został w dniu 10 maja 2014 r. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to również Warszawa. Jednak w tej sprawie Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał od ubezpieczyciela, jako uzasadnienie zastosowania stawki w tej wysokości, wydruk zawierający tabelę ze stawkami w poszczególnych miastach. Przy pozycji 291. Warszawa – wskazane są cztery wartości – 61, 61, 85, 85. Jedyne informacje jakie zawarto przy tabeli to odręczna notatka w nagłówku „tabela stawek str. 6.” oraz informacja w stopce „Strona 6 z 7”. Brak jest jakichkolwiek informacji na temat autora/autorów zestawienia czy źródła pochodzenia wskazywanego materiału¹¹⁵.

¹¹³ Skarga RU/WSI/G/2645/GC/14.

¹¹⁴ Skarga RU/WSI/G/6183/PB/14.

¹¹⁵ Por. załącznik 6 raportu.

BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. w kolejnej skardze będącej przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych¹¹⁶ w sytuacji, w której uszkodzeniu uległ pojazd marki Peugeot 207, rok produkcji 2010, w kosztorysie z dnia 14 sierpnia 2014 r. zastosowało stawkę za roboczogodzinę w wysokości **70 zł netto**. Szkada zakwalifikowana została jako szkoda częściowa. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Grodzisk Mazowiecki (woj. mazowieckie). Uzasadnienie ubezpieczyciela dla stosowania wyżej wymienionej stawki było następujące: *„Zastosowane w kalkulacji stawki roboczogodziny prac blacharskich i lakierniczych odpowiadają średnim stawkom funkcjonującym na lokalnym rynku usług naprawczych”*.

W sprawach zgłaszanych do Rzecznika Ubezpieczonych występują również sytuacje, w których ubezpieczyciel weryfikuje stawkę za roboczogodzinę wynikającą z kosztorysu i dokumentu naprawy (zwykle faktury VAT) przedstawianego przez poszkodowanego. I tak, w sprawie skargi na TUW TUW¹¹⁷, uszkodzeniu uległ pojazd marki Audi A4, rok produkcji 2003, szkoda zakwalifikowana została jako szkoda częściowa. W kalkulacji naprawy z dnia 5 listopada 2013 r. sporządzonej przez ubezpieczyciela została zastosowana stawka w wysokości **60 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Nowy Sącz (woj. małopolskie). W kosztorysie skarżącego znajdującym się w aktach szkody widniała stawka za roboczogodzinę w wysokości **100 zł netto**. Kosztorys ten został zweryfikowany w zakresie stawek przez pracownika ubezpieczyciela do wstawki w wysokości **90 zł netto**. **Na kosztorysie naniesiono adnotację, że jest to stawka adekwatna do stawek rynkowych.**

Podobna sytuacja weryfikacji stawki wystąpiła w sprawie skargi na PZU S.A.¹¹⁸ Uszkodzeniu uległ pojazd marki VW Golf. Pojazd został naprawiony, a ubezpieczycielowi przekazana została faktura ze stawką za roboczogodzinę w wysokości **90 zł netto**. Miejsce naprawy pojazdu to Opole (woj. opolskie). Ubezpieczyciel dokonał redukcji należnego odszkodowania, przyjmując stawkę w wysokości do **70 netto**. **Jako podstawę prawną, w przypadku wypłaty odszkodowania z tytułu ubezpieczenia OC sprawcy szkody, PZU S.A. wskazał na art. 628 § 1 k.c. Przepis ten, dotyczący ustalania wynagrodzenia w umowach o dzieło, PZU S.A. przyjął jako podstawę redukcji odszkodowania w stosunkach zobowiązaniowych w przypadku szkody wynikającej z deliktu, czyli czynu niedozwolonego.**

¹¹⁶ Skarga RU/WSI/G/10123/KD/14.

¹¹⁷ Skarga RU/WSI/G/4103/NK/14.

¹¹⁸ Skarga RU/WSI/G/4448/PB/14.

TUiR BRE Ubezpieczenia S.A. w kolejnej sprawie analizowanej przez Rzecznika Ubezpieczonych¹¹⁹ dokonało redukcji należnego odszkodowania w sytuacji dokonania naprawy uszkodzonego pojazdu marki Nissan Micra. Faktura za naprawę z 2013 r. zawierała stawkę za roboczogodzinę w wysokości **110 zł netto**. Ubezpieczyciel dokonał redukcji stawki do poziomu **100 zł netto**. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Poznań (woj. wielkopolskie). Ubezpieczyciel w następujący sposób uzasadnił redukcję stawki za roboczogodzinę: *„Odnosząc się do zarzutu serwisu dotyczącego weryfikacji stawek pracochłonności wyrażonej w roboczogodzinach to pragniemy wyjaśnić, że zawarte w kalkulacji warsztatowej stawki robocizny przewyższają średnie stawki dla serwisów nieautoryzowanych, w związku z tym dokonano ich weryfikacji. [...] Przedstawiony w toku likwidacji szkody kosztorys serwisowy został zweryfikowany do maksymalnych stawek akceptowalnych przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. dla warsztatów nieautoryzowanych w regionie do wysokości 100/100”*.

Podobna sytuacja wystąpiła w sprawie skargi na działalność STU Ergo Hestia S.A.¹²⁰ Uszkodzeniu uległ pojazd marki Toyota Avensis, rok produkcji 2006. Kosztorys i faktura z listopada 2013 r. zawierały stawkę za roboczogodzinę w wysokości **120 zł netto**. STU Ergo Hestia S.A. dokonało redukcji stawki do kwoty w wysokości **95 zł netto** za prace blacharskie i **100 zł netto** za prace mechaniczne. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Warszawa (woj. mazowieckie). Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał następujące uzasadnienie ubezpieczyciela w zakresie redukcji wysokości stawek: *„Mając na uwadze fakt, iż serwis [...] (który ostatecznie wykonał naprawę pojazdu) prowadzi działalność w województwie mazowieckim decyzją z dnia 11.12.2013 stawki za roboczogodzinę zostały uznane na poziomie cen rynkowych właściwych dla rejonu miasta Warszawy i okolic w wysokości 95,00 zł netto za prace blacharskie i 100,00 zł netto za prace lakiernicze”*.

W skardze na działalność TUiR Warta S.A.¹²¹, doszło do redukcji stawki za roboczogodzinę wynikającej z faktury z 2012 r. za naprawę pojazdu marki Isuzu Pick-up. Naprawa została wykonana w ASO Isuzu, stawka za roboczogodzinę wyniosła **115 zł netto**. Ubezpieczyciel zredukował stawkę do wysokości **100 zł netto**, jednak po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych uznał za zasadne wypłatę pełnej kwoty odszkodowania. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Rzeszów (woj. podkarpackie).

¹¹⁹ Skarga RU/WSI/G/15066/NK/13.

¹²⁰ Skarga RU/WSI/G/3345/PB/14.

¹²¹ Skarga RU/WSI/G/760/NK/13.

Dla porównania, aby zaprezentować wysokość stawek za roboczogodziny stosowanych przy likwidacji szkody nie tylko w ramach ubezpieczenia OC p.p.m., Rzecznik Ubezpieczonych przedstawi kilka przykładów szkód likwidowanych w ramach dobrowolnego ubezpieczenia autocasco. W większości produktów autocasco stawki za roboczogodziny ustalane są jako średnie stawki obowiązujące w warsztatach operujących na terenie jednostki likwidującej szkodę. Warto zauważyć, że zarówno przy szkodach likwidowanych z ubezpieczenia OC p.p.m., jak i przy szkodach likwidowanych z ubezpieczenia autocasco, ubezpieczyciele posługują się terminem „średnie stawki na danym rynku”. Jednak, jak zostanie zaprezentowane na poniższych przykładach, „średnie stawki” diametralnie różnią się między tymi stosowanymi w szkodach likwidowanych z ubezpieczenia OC p.p.m., a tymi stosowanymi w szkodach likwidowanych z ubezpieczenia autocasco.

Jako pierwszy przykład ukazujący redukcję stawek za roboczogodzinę do stawek faktycznie obowiązujących na danym rynku, Rzecznik Ubezpieczonych pragnie przedstawić skargę na działalność PZU S.A.¹²² Szkada była likwidowana z dobrowolnego ubezpieczenia autocasco. Uszkodzony pojazd marki Volvo 460 został naprawiony, a w fakturze za naprawę wskazano stawki za roboczogodzinę w wysokości **160 zł netto**. **Ubezpieczyciel, zgodnie z zapisami umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia dokonał redukcji stawek do faktycznie obowiązujących na terenie działalności warsztatu dokonującego naprawy. Stawka została zredukowana do poziomu 120 zł netto.** Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Biała Podlaska (woj. lubelskie).

Kolejny przykład zastosowania rynkowych stawek za roboczogodzinę można znaleźć w skardze na działalność Gothaer TU S.A.¹²³ W 2010 r. uszkodzeniu uległ pojazd marki Skoda Superb, rok produkcji 2007. Szkada likwidowana była z dobrowolnego ubezpieczenia autocasco. W pierwszej wycenie z grudnia 2010 r. ubezpieczyciel zastosował stawki w wysokości 55 zł netto. Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały, że koszty robocizny obliczane są z uwzględnieniem m.in. średnich stawek za roboczogodzinę ustalonych na podstawie stawek stosowanych przez zakłady naprawcze znajdujące się na obszarze działania ubezpieczyciela, na którym jest zlokalizowany zakład dokonujący naprawy pojazdu. **W wyniku podjętej interwencji zakład ubezpieczeń dokonał ponownej kalkulacji szkody i poinformował, że „w przywołanej wycenie**

¹²² Skarga RU/WSI/G/4184/PB/14.

¹²³ Skarga RU/WSI/G/1747/MI/14.

zastosowano stawkę za rbg w wysokości 90 zł netto". Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Leśniewo (woj. pomorskie).

Argumentacja PZU S.A. dotycząca ustalania stawek za roboczogodzinę na rynku lokalnym, prezentowana w przypadku likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m., została zaprezentowana także w sprawie dotyczącej likwidacji szkody z dobrowolnego ubezpieczenia autocasco¹²⁴. Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały, że wysokość odszkodowania może zostać ustalona na podstawie wyceny PZU S.A., m.in. w oparciu o „stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU S.A. w oparciu o średnie ceny usług na terenie działalności jednostki organizacyjnej PZU S.A. likwidującej szkodę”. Ubezpieczyciel zweryfikował stawkę z kwoty w wysokości 110 zł netto do kwoty 100 zł netto wskazując iż *„różnicowanie stawek za usługę jest bardzo duże na rynku motoryzacyjnym, jednocześnie nie są one stałe i podlegają tendencją rynku, negocjacją indywidualnym pomiędzy poszkodowanym, a usługodawcą. W tym miejscu należy wyjaśnić, że PZU S.A. jako zakład ubezpieczeń nie ustala jakichkolwiek stawek za roboczogodziny zakładów naprawczych, natomiast określa tylko ich wysokość dla realizacji umów ubezpieczeniowych. W przedmiotowym przypadku nastąpiła korekta stawki do poziomu cen ogólne stosowanych na rynku lokalnym, z uwzględnieniem różnicowania stawek według kategorii warsztatu, poziomu wyposażenia, jakości usług, posiadanych autoryzacji, rodzaju wykonywanych usług*”. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Szczecin (woj. zachodniopomorskie).

Kolejnym przykładem sposobu określania stawek za roboczogodzinę, jest skarga na działalność Compensa TU S.A. VIG¹²⁵. Szkada likwidowana była z dobrowolnego ubezpieczenia autocasco. Ubezpieczyciel dokonał redukcji stawki z kwoty w wysokości 155 zł netto do kwoty 130 zł netto, wskazując jako podstawę prawną zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia w następującym brzmieniu: *„koszt robocizny ustalony o [...] średnią stawkę za 1 roboczogodzinę naprawy ze stawek stosowanych przez wykonawców napraw z miejsca użytkowania pojazdu [...]”*. Miejsce zamieszkania poszkodowanego to Katowice (woj. śląskie).

Jak wynika ze skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych, zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale, ubezpieczyciele stosują następujące stawki za roboczogodzinę:

¹²⁴ Skarga RU/WSI/G2771/WM/14.

¹²⁵ Skarga RU/WSI/G/6914/KD/14.

- w przypadku kwalifikacji szkody jako całkowitej – **od 80 zł do 150 zł netto wskazując, że są to średnie stawki na danym rynku;**
- w przypadku kwalifikacji szkody jako częściowej, likwidowanej na podstawie kosztorysu – **od 41 zł do 70 zł netto wskazując również, że są to średnie stawki na danym rynku;**
- w przypadku dokonania naprawy i udokumentowania poniesionych na nią kosztów, ubezpieczyciele dokonują weryfikacji stawek za roboczogodzinę do poziomu **od 90 zł do 100 zł netto wskazując także, że są to średnie stawki na danym rynku;**
- w przypadku szkód likwidowanych z dobrowolnego ubezpieczenia autocasco, ubezpieczyciele, po otrzymaniu dokumentu potwierdzającego dokonanie naprawy, dokonują weryfikacji stawek za roboczogodzinę do poziomu **od 90 zł do 130 zł netto wskazując, że są to średnie stawki na danym rynku.**

4. Stawki za roboczogodzinę na polskim rynku usług motoryzacyjnych

Rzecznik Ubezpieczonych w podejmowanych interwencjach zwracał się do zakładów ubezpieczeń o przekazanie informacji w zakresie metodologii ustalania stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych. Pomimo zapewnień ubezpieczycieli, że stosowane w kosztorysach napraw stawki są wynikiem „wieloletniego doświadczenia pracowników” oraz „stałego monitoringu” rynku napraw powypadkowych, w analizowanych sprawach Rzecznik Ubezpieczonych nie znalazł dowodów potwierdzających te twierdzenia. W wielu sprawach Rzecznik Ubezpieczonych wniósł o przekazanie danych konkretnych warsztatów z rejonu miejsca zamieszkania poszkodowanych lub udostępnienie dokumentów potwierdzających dokonanie naprawy (faktura VAT, rachunek, paragon), na podstawie których ubezpieczyciele wyliczają średnią dla danego rodzaju warsztatów w określonym rejonie Polski. W żadnej, z ponad 100 analizowanych spraw, Rzecznik Ubezpieczonych takich dokumentów nie otrzymał od ubezpieczyciela.

Przygotowując się do publikacji niniejszego raportu, Rzecznik Ubezpieczonych dokonał wnikliwej analizy dostępnych materiałów dotyczących problematyki stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i mechanicznych, a także wystąpił do Członków Polskiego Związku Przemysłu Motoryzacyjnego oraz do Przewodniczącego Ogólnopolskiej Komisji Rzemiosł Motoryzacyjnych Związku Rzemiosła Polskiego z prośbą o udostępnienie takich danych.

Najbardziej kompleksowe opracowanie dotyczące stawek za roboczogodzinę w warsztatach samochodowych zostało przygotowane przez DEKRA Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, która reprezentuje w Polsce międzynarodowy koncern DEKRA SE ze Stuttgartu, działający na rynku usług motoryzacyjnych od 1925 r. Prezentacja dotycząca stawek została przedstawiona podczas 4. Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych w dniu 26 marca 2009 r. Badanie przeprowadzone przez DEKRA Polska Sp. z o.o. (w dniach 1-15 marca 2009 r.) zasięgiem objęło duże miasta i mniejsze miejscowości w Polsce. Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową ilościową na próbie 1000 warsztatów zajmujących się naprawą samochodów osobowych. Forma w jakiej przeprowadzono badania to ankietę wysyłaną faksem lub pocztą elektroniczną oraz wywiady telefoniczne z kierownikami/właścicielami warsztatów.

Poniżej, w formie tabeli, zaprezentowane zostały wyniki badania dotyczącego **wysokości stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i mechanicznych w warsztatach nieautoryzowanych.**

Tabela 2. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych stosowanych w warsztatach nieautoryzowanych mających siedzibę w największych pod względem ludności miastach w Polsce (badanie w okresie 01.03.2009-15.03.2009)

Miasto	Stawka za roboczogodzinę w zł (netto)		
	mechaniczna	blacharska	lakiernicza
Warszawa	100	123	123
Warszawa (okolice)	81	80	80
Łódź	83	83	91
Kraków	71	86	87
Wrocław	73	89	102
Poznań	106	109	104
Gdańsk	83	114	120
Szczecin	103	87	87
Bydgoszcz	93	103	107
Katowice	63	90	93
Lublin	78	86	93
Białystok	76	114	120
Częstochowa	77	78	83
Sosnowiec	60	80	80
Radom	35	75	80
Kielce	84	70	73
Toruń	92	79	84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Mankiewicz, Stawki za roboczogodzinę w warsztatach samochodowych, DEKRA Polska Sp. z o.o., prezentacja przedstawiona podczas 4. Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych w dniu 26 marca 2009 r.

Kolejne zestawienie przygotowane przez DEKRA Polska Sp. z o.o. dotyczy stawek za roboczogodzinę w warsztatach autoryzowanych z rozbiem na województwa ze starego podziału administracyjnego (1998 r.).

Tabela 3. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych stosowanych w warsztatach autoryzowanych – podział administracyjny z 1998 r.

Województwo (podział administracyjny z 1998 r.)	Stawka za roboczogodzinę w zł (netto)		
	mechaniczna	blacharska	lakiernicza
Białkopodlaskie	104	127	130
Białostockie	140	123	126
Bielskie	134	122	125
Bydgoskie	128	120	120
Ciechanowskie	116	107	107
Częstochowskie	112	106	106
Elbląskie	101	113	117
Gdańskie	160	130	136
Gorzowskie	128	114	122
Jeleniogórskie	115	116	116
Kaliskie	116	130	121
Katowickie	124	129	124
Kieleckie	105	116	106
Konińskie	125*	155*	130*
Koszalińskie	126	118	126
Krakowskie	123	121	127
Krośnieńskie	105	104	108
Legnickie	100*	99	100*
Leszczyńskie	119	100	125
Lubelskie	135	109	139
Łomżyńskie	87	97	97
Łódzkie	135	124	125
Nowosądeckie	109	109	112
Olsztyńskie	134	115	118
Opolskie	111	108	112
Ostrołęckie	95	87	87
Pilskie	105	106	106

Piotrkowskie	118	117	117
Płockie	115	108	110
Poznańskie	135	121	121
Przemyskie	63*	93*	93*
Radomskie	100	117	122
Rzeszowskie	122	110	115
Siedleckie	135	122	122
Skierniewickie	103	95*	95*
Słupskie	137	135*	135*
Suwalskie	121	111	115
Szczecińskie	135	125	128
Tarnobrzskie	102	107	109
Tarnowskie	98	112	114
Toruńskie	107	100	100
Wałbrzyskie	130	110	117
Warszawskie	155	117	120
Włocławskie	114	115	118
Wrocławskie	126	119	119
Zamojskie	100	110*	110*
Zielonogórskie	116	108	114

* Badanie oparte na niewielkiej liczbie danych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Mankiewicz, Stawki za roboczogodzinę w warsztatach samochodowych, DEKRA Polska Sp. z o.o., prezentacja przedstawiona podczas 4. Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych w dniu 26 marca 2009 r.

Badanie swoim zakresem obejmowało również analizę stawek za roboczogodzinę stosowanych w autoryzowanych warsztatach naprawczych marek premium (Audi, BMW, Volvo). Stawki te zaprezentowane zostały w poniższej tabeli.

Tabela 4. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych stosowanych w autoryzowanych warsztatach naprawczych marek premium (Audi, BMW, Volvo)

Miasto	Stawka za roboczogodzinę w zł (netto)		
	mechaniczna	blacharska	lakiernicza
Białystok	163	130	135
Bielsko Biała	183	126	131
Bydgoszcz	165	130	133
Częstochowa	165*	145*	145*
Gdańsk	197	137	145
Gorzyce	120*	120*	120*
Jelenia Góra	157*	144*	144*
Kalisz	164*	112*	112*
Katowice	176	134	134
Kielce	142	125	125
Kraków	164	138	138
Lubin	181*	126*	130*
Lublin	175	130	136
Łódź	154	146	139
Olsztyn	228	162	162
Opole	147*	140*	140*
Poznań	210	140	143
Przylep	197*	130*	130*
Radom	150	140	150
Rzeszów	157	138	142
Szczecin	180	175	175
Toruń	180*	130*	130*
Warszawa	230	145	150
Wrocław	203	136	140

* Badanie oparte na niewielkiej liczbie danych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Mankiewicz, Stawki za roboczogodzinę w warsztatach samochodowych, DEKRA Polska Sp. z o.o., prezentacja przedstawiona podczas 4. Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych w dniu 26 marca 2009 r.

Poniżej Rzecznik Ubezpieczonych prezentuje podsumowanie prezentacji DEKRA Polska Sp. z o.o., dotyczące badania wysokości stawek za roboczogodzinę, z uwzględnieniem rodzaju warsztatu.

Tabela 5. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych stosowanych w warsztatach autoryzowanych i nieautoryzowanych

Rodzaj warsztatu	Stawki za roboczogodzinę w zł (netto)		
	mechaniczna	blacharska	lakiernicza
Warsztat nieautoryzowany	80	95	100
Warsztat autoryzowany	125	120	120
Warsztat autoryzowany (marki premium)	170	135	140

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Mankiewicz, Stawki za roboczogodzinę w warsztatach samochodowych, DEKRA Polska Sp. z o.o., prezentacja przedstawiona podczas 4. Forum Ubezpieczeń Komunikacyjnych w dniu 26 marca 2009 r.

Rzecznik Ubezpieczonych, w odpowiedzi na wystąpienie skierowane do Członków Polskiego Związku Przemysłu Motoryzacyjnego w sprawie wysokości stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych, otrzymał pojedyncze informacje w tym zakresie.

I tak, w dniu 24 września 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał odpowiedź z Fiat Auto Poland S.A. zawierającą zestawienie stawek za roboczogodzinę w kwocie netto. Wysokość stawek z podziałem na obsługiwane marki oraz województwa prezentuje poniższa tabela.

Tabela 6. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharsko-lakierniczych stosowanych przez Fiat Auto Poland S.A. z podziałem na województwa

Województwo	Marka	Stawka za roboczogodzinę w zł (netto)
dolnośląskie	FIAT	od 73 do 140
	LANCIA	130
	ALFA	120
kujawsko-pomorskie	FIAT	od 65 do 147
	ALFA	157
	LANCIA	85
lubelskie	FIAT	od 116 do 140
	ALFA	125
	LANCIA	172
lubuskie	FIAT	80
łódzkie	FIAT	od 68 do 134
	LANCIA	197
	ALFA	181
małopolskie	FIAT	od 65 do 125
	ALFA	85
	LANCIA	249
mazowieckie	FIAT	od 66 do 168
	ALFA	od 80 do 169
	LANCIA	od 169 do 209
	ABARTH	129
opolskie	FIAT	od 68 do 88
	ALFA	86
podkarpackie	FIAT	od 73 do 118
podlaskie	FIAT	od 69 do 105
	ALFA	od 105 do 109
pomorskie	FIAT	od 88 do 160
	LANCIA	od 85 do 148
	ALFA	od 140 do 155

śląskie	FIAT	od 65 do 126
	ABARTH	79
	LANCIA	od 79 do 151
	ALFA	od 79 do 151
świętokrzyskie	FIAT	od 68 do 125
	LANCIA	141
	ALFA	128
warmińsko-mazurskie	FIAT	od 79 do 109
	ALFA	od 109 do 115
wielkopolskie	FIAT	od 65 do 128
	ALFA	od 102 do 128
	LANCIA	od 99 do 152
	ABARTH	102
zachodniopomorskie	FIAT	od 80 do 140
	ALFA	od 110 do 147
	LANCIA	od 147 do 162

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Fiat Auto Poland S.A., pismo z dnia 24 września 2014 r.

Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał także w dniu 9 września 2014 r. odpowiedź z Hyundai Motor Poland Sp. z o.o., z której wynika, że stosowane przez Autoryzowane Stacje Obsługi Hyundai stawki za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych wynoszą **120 zł netto**.

Odpowiedzi na zapytanie Rzecznika Ubezpieczonych udzieliło w dniu 18 września 2014 r. także przedsiębiorstwo z województwa śląskiego zajmujące się naprawą nadwozi samochodów ciężarowych i naczep. Stawka stosowana przez to przedsiębiorstwo wynosi **135 zł netto**.

Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił także do Przewodniczącego Ogólnopolskiej Komisji Rzemiosł Motoryzacyjnych Związku Rzemiosła Polskiego w sprawie z zakresu wysokości stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych. Związek Rzemiosła Polskiego (ZRP) jest ogólnopolską, społeczno-zawodową organizacją Samorządu Gospodarczego, działającą od 1933 r. Od 2001 r. posiada status reprezentatywnej Organizacji Pracodawców. Reprezentuje sektor małych i średnich

przedsiębiorstw. Związek, jako członek Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, opiniuje założenia i projekty aktów prawnych i programów dotyczących Polityki Publicznej. Zrzesza dwadzieścia sześć izb rzemiosła i przedsiębiorczości działających na szczeblu województw, oraz na szczeblach lokalnych poprzez cechy rzemiosł, których jest obecnie 485, w tym cechy branży motoryzacyjnej.

Przekazane informacje zostały zaprezentowane w formie tabeli ukazującej najniższe i najwyższe stawki za roboczogodzinę stosowane przez zakłady naprawcze zrzeszone w organizacjach rzemieślniczych z podziałem na województwa.

Tabela 7. Wysokość stawek za roboczogodzinę prac blacharsko-lakierniczych stosowanych przez zakłady naprawcze zrzeszone w organizacjach rzemieślniczych ZRP z podziałem na województwa

Województwo	Stawka za roboczogodzinę w zł (netto)	
	minimalna	maksymalna
dolnośląskie	120	180
kujawsko-pomorskie	80	115
lubelskie	80	160
lubuskie	75	140
łódzkie	95	150
małopolskie	70	190
mazowieckie	70	240
opolskie	90	190
podkarpackie	80	160
podlaskie	90	138
pomorskie	80	260
śląskie	70	280
świętokrzyskie	95	130
warmińsko-mazurskie	80	150
wielkopolskie	70	150
zachodniopomorskie	120	150

Źródło: Dane Ogólnopolskiej Komisji Rzemiosł Motoryzacyjnych Związku Rzemiosła Polskiego, pismo z dnia 5 listopada 2014 r.

Zaprezentowane w niniejszym podrozdziale dane pokazują z jak różnorodnym rynkiem pod względem cen za usługi mamy do czynienia. Analiza wysokości stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych wynikających z prezentacji DEKRA Polska Sp. z o.o. z 2009 r. – warsztaty nieautoryzowane – stawki w wysokości **od 80 do 100 zł netto**; warsztaty autoryzowane – stawki w wysokości **od 120 do 125 zł netto** – czy zestawienie wysokości stawek za roboczogodzinę w poszczególnych województwach w warsztatach zrzeszonych w organizacjach rzemieślniczych – stawka minimalna, średnia dla wszystkich województw – **85 zł netto**; stawka maksymalna, średnia dla wszystkich województw – **174 zł netto** – w odniesieniu do stawek stosowanych przez zakłady ubezpieczeń w kosztorysach napraw w przypadku szkód częściowych, zaprezentowanych w poprzednich podrozdziałach, prowadzi jednak do konstatacji, iż stawki za roboczogodziny zawarte w kosztorysach opracowywanych przez zakłady ubezpieczeń nie mają żadnego uzasadnienia w realiach rynkowych.

5. Podsumowanie

Analiza poszczególnych skarg z zakresu problematyki dotyczącej roboczogodzin, w odniesieniu do wyników badań, jakie zaprezentował w niniejszym raporcie Rzecznik Ubezpieczonych, prowadzi do następujących wniosków:

W procesach likwidacji szkód komunikacyjnych metodą „na kosztorys” **widoczny jest brak jakichkolwiek obiektywnych kryteriów dotyczących stosowania stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych.** W przypadku kwalifikacji szkody jako całkowitej zakłady ubezpieczeń stosują stawki obowiązujące w autoryzowanych stacjach obsługi lub nawet właściwe dla pojazdów marek premium. Natomiast w przypadku szkód częściowych, ubezpieczyciele stosują stawki za roboczogodzinę znacznie odbiegające od stawek zaprezentowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w pkt 4 niniejszego rozdziału. Ubezpieczyciele, pomimo zapewnień, że stosowane przez nich stawki są stawkami rynkowymi nie byli w stanie przedstawić żadnych dowodów potwierdzających ich stanowiska. Co więcej, Rzecznik Ubezpieczonych zaprezentował w niniejszym rozdziale przykłady spraw, w których sami ubezpieczyciele wskazują, że stosowane stawki za roboczogodzinę w wysokości **130 zł netto, 100 zł netto, 90 zł netto** są stawkami rynkowymi na danym terenie, stosując następnie w innych sprawach stawki w wysokości **60 zł netto** ze wskazaniem, że mamy do czynienia również ze stawkami rynkowymi. Zauważyć także należy, że w przeważającej liczbie spraw,

w których poszkodowani powoływali certyfikowanego rzeczoznawcę lub kosztorys przygotowywał warsztat naprawczy, **stawki za roboczogodzinę zbieżne były ze stawkami rynkowymi zaprezentowanymi w pkt 4 niemiejszego rozdziału**

Rzecznik Ubezpieczonych dostrzega nieuprawnione działanie zakładów ubezpieczeń, polegające na uzależnianiu wypłaty określonej kwoty odszkodowania, w tym wyższych stawek za roboczogodzinę, od dokonania naprawy i przedstawienia dowodów poniesienia kosztów wyższych niż wyliczył zakład ubezpieczeń jako należne odszkodowanie. **W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, uzależnianie wypłaty wyższego odszkodowania od przeprowadzenia naprawy i udokumentowania tego faktu jest rażącym naruszeniem art. 363 § 1 k.c., a także całkowitą ignorancją wytycznych płynących z orzecznictwa Sądu Najwyższego.**

Rzecznik Ubezpieczonych dostrzega także w działaniach ubezpieczycieli **rażące naruszenie zasady pełnego odszkodowania (art. 361 § 1 k.c.), polegające na redukcji wysokości należnego odszkodowania, w tym stawek za roboczogodzinę prac blacharskich i lakierniczych w sytuacji, gdy poszkodowany naprawi pojazd i przedstawi dokumenty potwierdzające wysokość kosztów naprawy.** Wyjaśnienia ubezpieczycieli uzasadniające redukcję odszkodowania, w sprawach prowadzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych są lakoniczne i nie poparte żadnymi dowodami. Działanie takie stoi również w sprzeczności z utrwaloną linią orzecznictwa, w szczególności z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2003 r.¹²⁶, w której Sąd stwierdził, iż: *„Za niezbędne koszty naprawy należy uznać takie koszty, które zostały poniesione w wyniku przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu jego technicznej używalności istniejącej przed wyrządzeniem szkody przy zastosowaniu technologicznej metody odpowiadającej rodzajowi uszkodzeń pojazdu mechanicznego. Kosztami ekonomicznie uzasadnionymi są według Sądu koszty ustalone według cen, którymi posługuje się wybrany przez poszkodowanego warsztat naprawczy dokonujący naprawy samochodu. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że ceny te odbiegają (są wyższe) od cen przeciętnych dla określonej kategorii usług naprawczych na rynku. Jeżeli nie kwestionuje się uprawnienia do wyboru przez poszkodowanego warsztatu samochodowego mającego dokonać naprawy, miarodajne w tym zakresie powinny być ceny stosowane właśnie przez ten warsztat naprawczy”*.

¹²⁶ III CZP 32/03.

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie także wskazać, że problematyka stawek za roboczogodzinę została dostrzeżona przez Komisję Nadzoru Finansowego, która opracowywała „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych”. Przyjęte w dniu 16 grudnia 2014 r. Wytyczne przewidują (Wytyczna 14 i 15), że zakład ubezpieczeń powinien zapewnić uprawnionemu pełną i zrozumiałą informację o sposobie ustalenia wysokości świadczenia, a kalkulacja kosztów naprawy pojazdu zawierać ma informację dotyczącą m.in. cen części i **stawek roboczogodzin**. W przypadku wystąpienia szkody częściowej zakład ubezpieczeń powinien ustalić świadczenie z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. w wartości, która zapewni uprawnionemu przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę, **a stawki za roboczogodzinę ustalone przez zakład ubezpieczeń mają odpowiadać cenom stosowanym przez warsztaty naprawcze działające na terenie miejsca zamieszkania, siedziby uprawnionego lub miejsca naprawy pojazdu, które są w stanie dokonać naprawy w sposób zapewniający przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego.**

Rozdział III. Odmowa zwrotu wydatków poniesionych przez poszkodowanego na zlecenie sporządzenia ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy

W toku postępowania likwidacyjnego, poszkodowany niejednokrotnie staje przed koniecznością kwestionowania ustaleń faktycznych dotyczących wysokości poniesionej szkody poczynionych przez zakład ubezpieczeń. Ubezpieczyciele szacując wysokość przewidywanych kosztów naprawy lub wartości pojazdu w stanie sprzed szkody, wartości pozostałości, bazują na wiedzy technicznej oraz umiejętnościach swoich pracowników, a także dysponują specjalistycznymi programami (typu: Audatex, Eurotaxglass's), za pomocą których obliczane są przewidywane koszty naprawy uszkodzonego mienia. Ustalenia te determinują wysokość świadczenia odszkodowawczego przyznawanego poszkodowanym.

W toku likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m. poszkodowani nie zawsze akceptują wysokość kosztów naprawy pojazdu bądź wyliczenia wartości pojazdu w stanie sprzed szkody, czy wartości wraku. Rzecznik Ubezpieczonych zauważył, że częstokroć ubezpieczyciele dokonują wycen w sposób niezadowolający osoby poszkodowane, zaniżając należne im świadczenia. Z uwagi na brak posiadanej wiedzy specjalistycznej, poszkodowani mają znikomą możliwość samodzielnego kwestionowania ustaleń poczynionych przez zakłady ubezpieczeń.

Poszkodowani nie posiadają powszechnego dostępu do specjalistycznych programów takich jak Audatex czy Eurotaxglass's. Poszkodowani nie posiadają również fachowej wiedzy oraz umiejętności przydatnych do stworzenia kosztorysu naprawy czy prawidłowego oszacowania wartości pojazdu w stanie sprzed szkody. Na etapie postępowania likwidacyjnego występuje zatem wysoka dysproporcja pomiędzy uprawnieniami ubezpieczyciela, a poszkodowanego. Brak jest równowagi sił pomiędzy tymi stronami.

W celu kwestionowania wysokości szkody ustalonej przez ubezpieczycieli, poszkodowani stają przed koniecznością skorzystania z usług zewnętrznych podmiotów dysponujących fachową wiedzą. Jak wynika z analiz prowadzonych postępowań skargowych, działania te podejmowane są przez poszkodowanych wyłącznie w skutek nieprawidłowości, które powstały z przyczyn, za które ponoszą odpowiedzialność ubezpieczyciele. Poszkodowani, którzy nie zgadzają się z wyceną ubezpieczyciela zlecają wówczas niezależnym rzeczoznawcom sporządzenie stosownych ekspertyz potwierdzających ich roszczenia. Możliwość skorzystania z pomocy podmiotu

posiadającego specjalistyczne umiejętności jest dla osób poszkodowanych niezwykle ważna, a czasem wręcz niezbędna. Sporządzenie wyceny przez niezależnego rzeczoznawcę znacznie ułatwia możliwość prawidłowego sformułowania roszczeń odszkodowawczych przysługujących poszkodowanemu względem zakładu ubezpieczeń.

1. Stanowisko Sądu Najwyższego oraz doktryny dotyczące zwrotu kosztów usługi niezależnego rzeczoznawcy

Należałoby zatem zadać sobie pytanie, czy dochodzenie przez poszkodowanych od ubezpieczycieli w ramach ubezpieczenia komunikacyjnego zwrotu kosztów poniesionych tytułem zlecenia niezależnemu rzeczoznawcy wyceny jest zasadne i czy powinno podlegać refundacji w ramach ubezpieczenia OC p.p.m.? Odpowiadając na tak sformułowane pytanie, należałoby sięgnąć do ukształtowanego stanowiska judykatury w omawianej problematyce. Warto w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r.¹²⁷, która została wydana na wniosek Rzecznik Ubezpieczonych z dnia 14 września 2011 r.

W przedmiotowym wniosku, Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie rozbieżności istniejących w orzecznictwie sądów powszechnych co do wykładni prawa i udzielenie odpowiedzi na pytanie czy w świetle przepisu art. 36 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz art. 361 k.c., poniesiony na etapie postępowania przedsądowego koszt zastępstwa poszkodowanego przez pełnomocnika wobec zakładu ubezpieczeń podlega kompensacji w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. W odpowiedzi na wniosek, Sąd Najwyższy w przedmiotowej uchwale wskazał, że: *„Uzasadnione i konieczne koszty pomocy świadczonej przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe, poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela, mogą w okolicznościach konkretnej sprawy stanowić szkodę majątkową podlegającą naprawieniu w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.)”*. Warto zaznaczyć, że zarówno wniosek o wyjaśnienie rozbieżności, jak i sentencja uchwały dotyczy bezpośrednio kosztów zastępstwa poniesionych przez

¹²⁷ III CZP 75/11.

poszkodowanego na etapie postępowania likwidacyjnego w celu wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika (m.in. prawnika, adwokata, radcy prawnego), to jednak w uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy w sposób wyraźny wskazał, że rozważania zawarte w przedmiotowej uchwale należy również odnieść do innych form pomocy, z której poszkodowany korzysta na etapie postępowania likwidacyjnego, a w szczególności do zlecenia rzeczoznawcy określenia zakresu i wyceny szkody poniesionej przez poszkodowanego. Sąd Najwyższy wskazał w uzasadnieniu orzeczenia, że pojęcie szkody ubezpieczeniowej w razie, gdy podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest umowa ubezpieczenia OC jest tożsame z pojęciem szkody określonym w art. 361 k.c. W skład takiej szkody wchodzi także wydatki i koszty związane ze zdarzeniem wywołującym szkodę. Podobne stanowisko zaprezentowane zostało również w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004 r.¹²⁸ Sąd Najwyższy w orzeczeniu tym wskazał, że odszkodowanie przysługujące z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów może – stosownie do okoliczności sprawy – obejmować także koszty ekspertyzy wykonanej na zlecenie poszkodowanego. Również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1975 r.¹²⁹ wskazano, że dokonana przed wszczęciem postępowania sądowego i poza zabezpieczeniem dowodów ekspertyza może być istotną przesłanką zasądzenia odszkodowania. W takim wypadku koszt ekspertyzy stanowi szkodę ulegającą naprawieniu (art. 361 k.c.).

Jak wynika zatem z przedstawionego stanowiska Sądu Najwyższego, koszt zlecenia sporządzenia ekspertyzy przez rzeczoznawcę należy traktować jako szkodę w rozumieniu przepisów art. 363 k.c. w związku z art. 361 k.c., która co do zasady powinna być zrefundowana przez zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej wynikającej umowy ubezpieczenia OC. Oczywiście, o zasadności takiego roszczenia decydują każdorazowo okoliczności faktyczne danej sprawy. Konieczna jest zatem indywidualna analiza każdego przypadku. Kwestii tej nie można z przyczyn oczywistych rozstrzygać w sposób automatyczny.

Rzecznik Ubezpieczonych pragnie zauważyć, że jeżeli sporządzona na zlecenie poszkodowanego ekspertyza wykaże istotne i rażące błędy zakładu ubezpieczeń w przedmiocie wyceny wartości szkody, to wówczas koszt poniesiony przez

¹²⁸ III CZP 24/04, LEX 10661, analogiczne stanowisko zostało zaprezentowane w orzeczeniu z dnia 30 lutego 2002 r. (V CKN 908/00).

¹²⁹ I CR 505/75.

poszkodowanego na wycenę należy uznać za celowy i uzasadniony. Powinien on więc zostać zrefundowany przez zakład ubezpieczeń, bowiem stanowi szkodę w rozumieniu przepisów art. 361 k.c. w związku z art. 363 § 1 k.c. Należy także zweryfikować, czy przyczyną zlecenia sporządzenia ekspertyzy jest zaniżenie wysokości szkody ze strony zakładu ubezpieczeń. W sytuacji, gdy poszkodowany otrzymuje zaniżone świadczenie, a po przedłożeniu ekspertyzy ubezpieczyciel zmienia swoje stanowisko i dokonuje dopłaty świadczenia, to domaganie się przez poszkodowanego zwrotu kosztów poniesionych na ekspertyzę będzie jak najbardziej uzasadnione. Jeżeli zatem poszkodowany odwołuje się od stanowiska ubezpieczyciela i wskazuje, że dokonano zaniżenia wysokości świadczenia, to załączając taką ekspertyzę do pisma odwoławczego powinien równocześnie domagać się od ubezpieczyciela zwrotu wydatków poniesionych na sporządzenie ekspertyzy.

Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w omawianej problematyce znajduje również szerokie oparcie wśród wielu wybitnych specjalistów w dziedzinie prawa cywilnego. Warto tutaj wskazać znaczący głos A. Wąsiewicza i M. Orlickiego¹³⁰. Autorzy wskazali, że wydatki poniesione w celu sporządzenia oceny technicznej są działaniem nakierowanym na uzyskanie świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia i powinny zostać uznane za następstwa zdarzenia szkodowego. Wydatki na zlecenie sporządzenia ekspertyzy są poniesione za przyzwoleniem poszkodowanego, jednakże wbrew jego woli, ponieważ jest to następstwo sytuacji niezależnej i niezawinionej od poszkodowanego. Niezawinione sytuacje to głównie zaniżenie wysokości świadczenia odszkodowawczego. Koszty poniesione zatem na sporządzenie ekspertyzy rzeczoznawcy wchodzi w skład szkody i przybierają postać rzeczywistej straty. Należy je zaliczyć do roszczeń ubocznych, jednakże wynikają one z konieczności dochodzenia roszczeń od podmiotu zobowiązanego i przeprowadzenia sprawnego i rzetelnego postępowania likwidacyjnego, które umożliwi poszkodowanemu pełne zaspokojenie roszczeń odszkodowawczych należnych poszkodowanemu. Z uwagi na dysproporcję sił występującą na etapie postępowania likwidacyjnego, fachowa pomoc dla poszkodowanego może okazać się kluczowa i niezbędna. Przedstawione wyżej poglądy autorów spotkały się z aprobatą wśród innych przedstawicieli nauki i praktyki¹³¹. Na podkreślenie zasługuje stanowisko M. Kalińskiego,

¹³⁰ A. Wąsiewicz, M. Orlicki, *Koszt usługi likwidacji szkody jako element odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych*, „Prawo Asekuracyjne” 1999, nr. 3, s. 4-11.

¹³¹ M. Orlicki, J. Pokrzywniak, A. Raczyński, *Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych*, Bydgoszcz-Poznań 2007, s. 216-217; A. Raczyński, *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa 2010; M. Kaliński, (w:) A. Olejniczak (red.), *Prawo zobowiązań – część ogólna*, t. VI, Warszawa 2009, s. 113-114.

który wskazuje w sposób jednoznaczny, że indemnizacji powinny podlegać wydatki, takie jak: koszty wynagrodzenia podmiotów profesjonalnie zajmujących się organizowaniem likwidacji szkody, koszty opinii pozasądowych, a w szczególności tych, które dotyczą ustalania rozmiarów szkody. Autor ten twierdzi również, że kategoria uszczerbku w postaci kosztów poniesionych na ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy jest stratą w rozumieniu art. 361 § 2 k.c. Strata ta powinna zostać zrekompensowana przy zastosowaniu metody dyferencyjnej, ponieważ poniesienie wydatku na niezależnego rzeczoznawcę prowadzi do realnego zmniejszenia majątku poszkodowanego.

Reasumując powyższe, należałoby dojść do konkluzji, że zasadniczo stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w omawianej problematyce jest zbieżne ze stanowiskiem przeważającym w doktrynie. W orzecznictwie sądowym, po wydaniu uchwały w dniu 13 marca 2012 r., brak jest poważniejszych rozbieżności w przedmiocie zasadności zwrotu wydatku na niezależnego rzeczoznawcę przez ubezpieczycieli.

Oczywiście każde roszczenie tego typu powinno podlegać indywidualnej ocenie i nie może być w tym zakresie automatyzmu, bowiem okoliczności faktyczne każdej ze spraw są zróżnicowane. Należałoby jednak bez większych przeszkód uznać, że jeżeli przyczyną skorzystania z usług niezależnego rzeczoznawcy jest zaniżenie wysokości świadczenia odszkodowawczego (przyczyna niezawiniona przez poszkodowanego) i konieczność odwołania się od stanowiska ubezpieczyciela, to roszczenie o zwrot wydatków poniesionych z tego tytułu powinno podlegać kompensacie przez zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. Refundacja wydatku poniesionego przez poszkodowanego powinna nastąpić w sytuacji, gdy ekspertyza sporządzona przez niezależnego rzeczoznawcę wykaże, iż ubezpieczyciel dokonał niewłaściwych ustaleń w przedmiocie wysokości szkody.

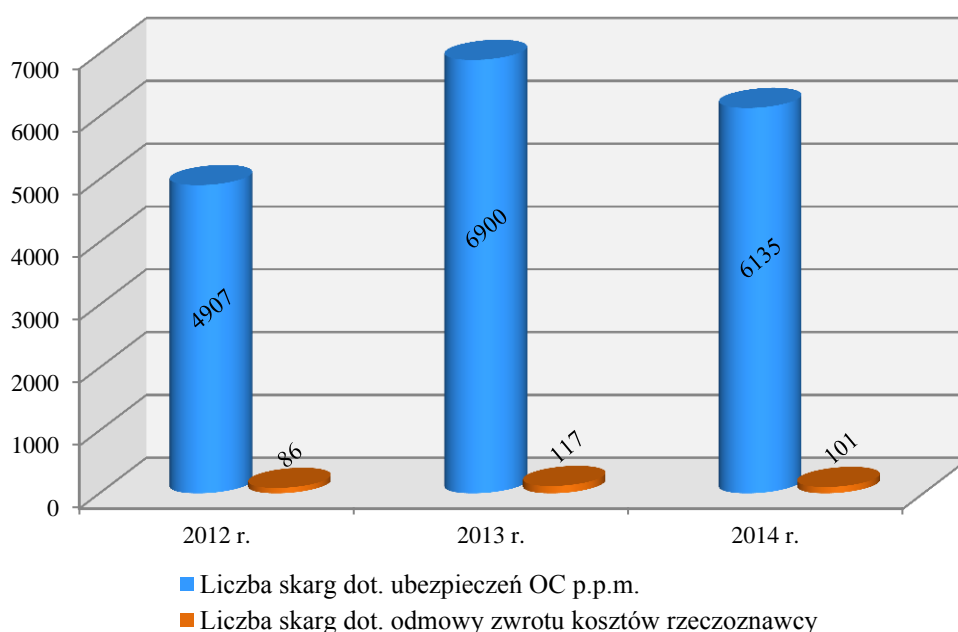
2. Odmowa zwrotu kosztów usługi niezależnego rzeczoznawcy

Na potrzeby opracowania niniejszego raportu, Rzecznik Ubezpieczonych dokonał wnikliwej analizy postępowań skargowych prowadzonych w latach 2012-2014 r. W toku prowadzonej analizy zapoznano się w sposób szczegółowy ze stanowiskiem skarżącego bądź jego pełnomocnika oraz wyjaśnieniami udzielanymi przez zakłady ubezpieczeń na skutek wystąpienia interwencyjnego kierowanego przez Rzecznika Ubezpieczonych w wyniku wnoszonych skarg bądź wniosków o podjęcie interwencji.

Łączna liczba analizowanych na potrzeby niniejszego raportu postępowań skargowych w latach 2012-2014 r. dotyczących odmowy w toku postępowania likwidacyjnego z ubezpieczenia OC p.p.m. refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanego na zlecenie sporządzenia ekspertyzy przez niezależnego rzeczoznawcę wyniosła 40 skarg.

Jak wynika z poniższego wykresu, w 2013 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 117 skarg w przedmiocie odmowy zwrotu kosztów ekspertyzy sporządzonej przez rzeczoznawcę, co stanowiło 1,7% ogólnej liczby skarg z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych. Z kolei w 2014 r. liczba skarg z omawianego zakresu wyniosła 101, co stanowiło 1,64% ogólnej liczby skarg z zakresu obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego.

Wykres 4. Liczba skarg z zakresu odmowy zwrotu kosztów rzeczoznawcy na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



W większości z analizowanych spraw, ubezpieczyciele odmawiali na etapie postępowania likwidacyjnego poszkodowanym uznania roszczeń o zwrot kosztów niezależnego rzeczoznawcy, w całości przedstawiając argumentację, która zostanie przybliżona w dalszej części niniejszego rozdziału. W większości analizowanych spraw

roszczenie o zwrot kosztów niezależnego rzeczoznawcy występowało obok roszczenia głównego o dopłatę odszkodowania.

Sprawy będące przedmiotem kwerendy Rzecznika Ubezpieczonych dotyczą zarówno szkody całkowitej, jak i szkody częściowej. W części z analizowanych spraw, ubezpieczyciele odmawiali zwrotu kosztów niezależnego rzeczoznawcy w całości, nawet wówczas, gdy akceptowano odwołanie złożone przez poszkodowanego wraz z wyceną i dokonano dopłaty świadczenia odszkodowawczego. Odmowa refundacji ww. wydatków występowała też, gdy w wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych uznawano żądania odszkodowawcze poszkodowanych i dokonywano dopłaty świadczenia odszkodowawczego z ubezpieczenia OC p.p.m.

Poniżej Rzecznik Ubezpieczonych pragnie przedstawić wybrane stany faktyczne w oparciu o przeanalizowane skargi, które wpłynęły do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w omawianym okresie.

W jednej z analizowanych spraw, na etapie postępowania likwidacyjnego, poszkodowany przedłożył opinię niezależnego rzeczoznawcy i zażądał dopłaty świadczenia odszkodowawczego. Poszkodowany poniósł koszt z tytułu sporządzonej wyceny wartości pojazdu w stanie przed szkody oraz kalkulacji naprawy w celu określenia czasochłonności naprawy. Poszkodowany odwołał się od ustaleń **Axa Direct**, a do pisma odwoławczego załączył wycenę oraz kosztorys sporządzone przez niezależnego rzeczoznawcę. Na skutek przedłożenia wyceny, ubezpieczyciel dokonał dopłaty świadczenia, jednakże odmówił wypłaty zwrotu kosztów poniesionych z tytułu ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy. Z powodu odmowy, skarżący skierował do Rzecznika Ubezpieczonych prośbę o podjęcie interwencji. W odpowiedzi na interwencję Rzecznika, zakład ubezpieczeń stwierdził, że zakres i charakter uszkodzeń pojazdu nie uzasadniał wykonania dodatkowej wyceny wartości pojazdu. Ubezpieczyciel wskazał również, że wycena kosztorysowa nie była konieczna, bowiem warsztat mógł wystąpić do ubezpieczyciela z propozycją ustalenia zakresu naprawy, co zdaniem zakładu ubezpieczeń jest praktyką powszechnie występującą. Wskazano również, że zwiększenie czasochłonności naprawy nie wymaga wiedzy rzeczoznawczej. Dodatkowo, ubezpieczyciel stwierdził, że zwrot kosztów poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę może nastąpić wyłącznie w sytuacji, gdyby ubezpieczyciel odmówił w całości uznania roszczeń poszkodowanego. Ubezpieczyciel wskazał, że w niniejszej sprawie taka sytuacja

nie miała miejsca, bowiem dokonano dopłaty świadczenia, w związku z czym, odmówił zwrotu wydatków poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę¹³².

Argumentacja Axa Direct zaprezentowana w korespondencji skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych wydaje się wątpliwa. Należałoby zadać sobie pytanie, czy poszkodowany w zaistniałej sytuacji, mógł określić czasochłonność naprawy bez korzystania z pomocy specjalisty – rzeczoznawcy. Zasadniczo poszkodowany jest laikiem i nie jest w stanie ocenić samodzielnie zakresu oraz czasochłonności prac naprawczych uszkodzonego pojazdu. Dokonanie takich ustaleń jest niemożliwe bez specjalistycznej wiedzy oraz umiejętności. Bezsprzeczonym w niniejszej sprawie jest fakt, że ubezpieczyciel dokonał dopłaty świadczenia odszkodowawczego, co należy ocenić oczywiście pozytywnie. Jednakże, nie ma pewności czy dopłata ta nastąpiłaby również w sytuacji, kiedy odwołanie wraz ze stosowną wyceną nie zostałoby przez poszkodowanego złożone. Najprawdopodobniej stanowisko ubezpieczyciela byłoby odmowne, a sprawa zostałaby zamknięta i poszkodowany otrzymałby zredukowane świadczenie odszkodowawcze. Dodatkowo, ubezpieczyciel nie może podnosić, że ustalenie zakresu naprawy, w tym czasochłonności prac naprawczych, powinno zostać ustalone na linii warsztat – zakład ubezpieczeń. Należy pamiętać, że poszkodowany nie ma obowiązku dokonywać naprawy pojazdu w warsztacie naprawczym. W sytuacji, gdy warsztat nie jest pełnomocnikiem poszkodowanego to nie posiada on uprawnień do negocjowania z zakładem ubezpieczeń na etapie postępowania likwidacyjnego zakresu naprawy oraz wysokości szkody. Ubezpieczyciel wskazał również bez szerszego uzasadnienia, że zwiększenie czasochłonności naprawy nie wymaga ekspertyzy rzeczoznawcy. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, weryfikacja stanowiska ubezpieczyciela w takiej sytuacji wymaga jednak niezbędnej wiedzy technicznej, a poszkodowany nie będzie w stanie samodzielnie dokonać tego typu ustaleń faktycznych. Z tego powodu, ubezpieczyciel powinien dokonać refundacji wydatku poniesionego przez poszkodowanego na poczet zwrotu kosztów rzeczoznawcy. Dodatkowo należy mieć na względzie, że ubezpieczyciel dokonał dopłaty świadczenia odszkodowawczego, co za tym idzie, zmienił ustalenia dotyczące wysokości szkody.

W kolejnej sprawie, skarga została złożona przez pełnomocnika poszkodowanego będącym rzeczoznawcą samochodowym, który sporządził wycenę na zlecenie poszkodowanego. **MTU S.A.** odmówiło dopłaty świadczenia odszkodowawczego

¹³² Skarga RU/WSI/G/3408/BK/14.

żądanego przez pełnomocnika. Na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń podtrzymał swoje stanowisko odmowne (zarówno w zakresie dopłaty odszkodowania, jak również zapłaty za koszty niezależnego rzeczoznawcy) oraz wskazał, że podmiot przygotowujący ekspertyzę rzeczoznawcy jest jednocześnie pełnomocnikiem poszkodowanego, w związku z powyższym, pełnomocnik bezzasadnie obciążył kosztami sporządzenia ekspertyzy poszkodowanego. Ubezpieczyciel wskazał również, że konieczne jest potwierdzenie sporządzonego kosztorysu przez warsztat naprawczy dokonujący naprawy pojazdu. W związku z powyższym, nie było konieczne poniesienie wydatków na ekspertyzę, bowiem warsztat naprawczy mógł ustalić zakres naprawy pojazdu. Ubezpieczyciel powołał się również w swoim stanowisku na interpretację uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r.¹³³ i jednocześnie zaznaczył, że uchwała ta nie nakłada bezwzględnego obowiązku refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanego, szczególnie w sytuacji, gdy ich poniesienie nie było uzasadnione. Ubezpieczyciel również przedstawił argument, że poszkodowany mógł zgłosić swoje zastrzeżenia bezpośrednio do ubezpieczyciela¹³⁴.

W przedmiotowej sprawie, ubezpieczyciel nie zgodził się z wysokością odszkodowania zaprezentowaną przez poszkodowanego. Ubezpieczyciel twierdził, że poszkodowany nie powinien korzystać z usług rzeczoznawcy, ponieważ ten jest równocześnie pełnomocnikiem poszkodowanego. Należy jednak mieć na względzie, że mimo udzielenia pełnomocnictwa przez poszkodowanego, rzeczoznawca wykonał jednak na rzecz poszkodowanego usługę, za którą powinna należeć mu się stosowna zapłata zgodnie ze stawkami przyjętymi w obrocie. Zakład ubezpieczeń *a priori* przyjął, że uszkodzony pojazd poszkodowanego będzie również naprawiany. Należy mieć na względzie, że zarówno praktyka ubezpieczeniowa, jak również ukształtowane stanowisko judykatury dopuszcza możliwość rozliczenia kosztorysowego. Trudno w takiej sytuacji podnieść zarzut, że poszkodowany powinien oddać pojazd do warsztatu oraz uzyskać stosowny kosztorys potwierdzający zakres prac naprawczych. Nie budzi wątpliwości, że poszkodowany mógł zgłosić zastrzeżenia co do wysokości świadczenia odszkodowawczego bezpośrednio do ubezpieczyciela. Jednakże powstaje pytanie, czy zastrzeżenie to zostałoby w ogóle uwzględnione. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że ubezpieczyciel nie uwzględniłby w zaistniałej sprawie zastrzeżeń

¹³³ III CZP 75/11.

¹³⁴ Skarga RU/WSI/G/1077/PO/13; podobne stanowisko wyraził ubezpieczyciel w skardze RU/WSI/G/2408/MKO/13.

poszkodowanego (niepodpartych ekspertyzą niezależnego rzeczoznawcy) co do wysokości należnego świadczenia.

Kolejny analizowany stan faktyczny dotyczy szkody całkowitej. Poszkodowany nie zgodził się z wyceną pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wyceną pozostałości dokonaną przez zakład ubezpieczeń. Przedstawił on więc **STU Ergo Hestia S.A.** odwołanie wraz z wycenami dokonanymi przez niezależnego rzeczoznawcę. Ustalenia ubezpieczyciela były następujące: wartość pojazdu przed szkodą – 3500 zł, wartość pozostałości – 1200 zł. Rzeczoznawca ustalił natomiast, że wartości te wynoszą odpowiednio 5500 zł oraz 950 zł. Na skutek wniesionego odwołania, zakład ubezpieczeń dokonał „uśrednienia wycen” oraz częściowo dopłacił żądane przez poszkodowanego świadczenie odszkodowawcze – wypłata obejmowała kwotę 3550 zł, zamiast żądanej przez poszkodowanego 4550 zł. Odmówiono jednak zwrotu kosztów poniesionych przez poszkodowanego na niezależnego rzeczoznawcę. W odpowiedzi na pismo interwencyjne skierowane przez Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń wskazał, że nie widzi podstaw do zwrotu kosztów niezależnego rzeczoznawcy z uwagi na to, że wykonanie wycen nie zostało uzgodnione z ubezpieczycielem, a jej sporządzenie nie wymagało żadnych środków, które byłyby niedostępne dla zakładu ubezpieczeń. Wskazano też, że złożenie odwołania przez poszkodowanego bez załączonej wyceny wywołałoby taki sam skutek w postaci dopłaty odszkodowania. Ubezpieczyciel wskazał również na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 1998 r.¹³⁵, w którym wskazano, że w razie braku współdziałania poszkodowanego z zakładem ubezpieczeń, poszkodowany nie może domagać się kosztów poniesionych m.in. na prywatne opinie sporządzone w celu ustalenia zakresu naprawy i rozmiaru szkody¹³⁶.

Trudno jest w zaistniałym przypadku stawiać poszkodowanemu zarzut braku współdziałania. Przy tak skomplikowanych zagadnieniach – z punktu widzenia osób poszkodowanych – jak ustalenie szkody całkowitej (a szczególnie wartości pojazdu sprzed szkody i po szkodzie) pomoc rzeczoznawcy jest kluczowa. W celu zakwestionowania ustaleń zakładu ubezpieczeń i prawidłowego oraz rzetelnego sformułowania roszczenia odszkodowawczego, poszkodowany był zmuszony do tego, aby skorzystać z opinii rzeczoznawcy. Poszkodowany nie był również w stanie przewidzieć czy wniesienie odwołania zawierającego ekspertyzę, bądź bez tej ekspertyzy spowodowałoby ten sam skutek. W zaistniałym przypadku, ekspertyza rzeczoznawcy była konieczna i uzasadniona

¹³⁵ II CKN 639/97.

¹³⁶ Skarga RU/WSI/G/4771/BK/14.

dlatego, że bez niej poszkodowany nie mógłby sprecyzować swoich roszczeń względem ubezpieczyciela. Nie można mówić również w zaistniałym przypadku o braku współdziałania ze strony poszkodowanego z tego powodu, że nie skonsultował on konieczności skorzystania z usług niezależnego rzeczoznawcy z ubezpieczycielem. Poszkodowany podejmował niezbędne i konieczne działania w celu dochodzenia swoich praw, dlatego też poniesienie wydatków na rzecz niezależnego rzeczoznawcy było celowe i uzasadnione w świetle tak przedstawionych okoliczności faktycznych. Niezrozumiałe jest natomiast oszacowanie wysokości szkody na podstawie uśrednienia cen i wyliczenia arytmetycznej średniej wysokości wynikającej z kosztorysów przedstawionych przez strony. Tak dokonane wyliczenie nie może oddać w pełni rozmiarów powstałej szkody i jest uproszczeniem ze strony zakładu ubezpieczeń.

W innej sprawie, pojazd poszkodowanej uległ uszkodzeniom w wyniku kolizji drogowej na terenie RP. Poszkodowana miała stałe miejsce zamieszkania w Niemczech. **TUiR Warta S.A.** w toku prowadzonego postępowania likwidacyjnego wypłaciło świadczenie odszkodowawcze i uznało swoją odpowiedzialność. Jednakże świadczenie to, zdaniem poszkodowanej, zostało zaniżone. Poszkodowana w celu sformułowania swoich roszczeń odszkodowawczych względem ubezpieczyciela sporządziła dwie ekspertyzy: jedna ekspertyza została dokonana przez zakład naprawczy mający siedzibę na terenie RP, natomiast druga została sporządzona na terenie Niemiec przez niemieckiego rzeczoznawcę majątkowego. Po złożeniu przez poszkodowaną odwołania wraz z ekspertyzą sporządzoną przez polski warsztat, ubezpieczyciel dokonał częściowej dopłaty roszczenia odszkodowawczego. Skarżąca wskazała w piśmie do Rzecznika Ubezpieczonych, że ubezpieczyciel wyraził zgodę na zlecenie sporządzenia wyceny niezależnego rzeczoznawcy. Ubezpieczyciel w piśmie sporządzonym na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych odmówił zwrotu kosztów ekspertyz sporządzonych na zlecenie poszkodowanej. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazano, że kosztorys wykonany przez rzeczoznawcę niemieckiego jest wyłącznie szacunkową wyceną kosztów naprawy w serwisie niemieckim. Wskazano, że pojazd jest zarejestrowany na terytorium Polski oraz, że poszkodowana ma miejsce zameldowania w Polsce. Zdaniem ubezpieczyciela, oznacza to, iż poszkodowana ma miejsce stałego zamieszkania w Polsce. Dodatkowo zaznaczono w piśmie, że warsztat naprawczy wykonuje kosztorysy bezpłatnie¹³⁷.

¹³⁷ Skarga RU/WSI/G/1316/ASO/13.

Fakt, że poszkodowana miała miejsce stałego zameldowania w Polsce oraz pojazd był zarejestrowany w Polsce nie przesądza, o tym, że poszkodowana mieszkała w Polsce oraz, że poniesienie kosztów wyceny niezależnego rzeczoznawcy było bezcelowe. Jeżeli w trakcie likwidacji szkody poszkodowana ze względu na swoją sytuację życiową wróciła do swojego miejsca zamieszkania w Niemczech, to w celu dochodzenia roszczeń mogła skorzystać z usług rzeczoznawcy, który znajduje się najbliżej jej miejsca zamieszkania. Ubezpieczyciel nie przedstawił żadnych dowodów na okoliczność, że wycena kosztów naprawy pojazdu mogła zostać przeprowadzona przez warsztat naprawczy, w którym poszkodowana zamierzała naprawić pojazd bez żadnych opłat. Posiadanie stałego zameldowania oraz rejestracji ma charakter ewidencyjny i wyłącznie administracyjny. Miejsce zameldowania oraz rejestracja pojazdu nie może być dowodem na określenie miejsca zamieszkania poszkodowanej. Poszkodowana poniosła w niniejszej sprawie koszt niezależnego rzeczoznawcy w celu dochodzenia swoich praw względem ubezpieczyciela. Ekspertyza ta wykazała rażące zaniżenie świadczenia odszkodowawczego przez ubezpieczyciela. Na uwagę zasługuje fakt, że ubezpieczyciel po przeanalizowaniu ekspertyzy sporządzonej przez warsztat naprawczy znajdujący się na terenie RP, zrewidował swoje dotychczasowe stanowisko, podjął decyzje o zmianie zakresu naprawy i dokonał dopłaty świadczenia odszkodowawczego. W ocenie Rzecznika, przy uwzględnianiu wysokości roszczeń odszkodowawczych takich jak np.: koszt wynajmu pojazdu zastępczego, wydatków poniesionych na ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy, należy brać pod uwagę stawki obowiązujące w miejscu zamieszkania osoby poszkodowanej, a nie jej miejsca zameldowania.

W innej sprawie będącej przedmiotem analizy, koszty naprawy uszkodzonego pojazdu przekraczały jego wartość w stanie sprzed szkody, w związku z powyższym, szkoda została rozliczona jako całkowita. Zdaniem poszkodowanego, **STU Ergo Hestia S.A.** zaniżyło wartość pojazdu w stanie sprzed szkody i ustaliło ją na kwotę 7500 zł. Wartość pozostałości została ustalona na poziomie 4100 zł. Z wyceny dokonanej przez niezależnego rzeczoznawcę wynikało, iż wartość pojazdu w stanie sprzed szkody wynosi 9000 zł, a wartość pozostałości 2700 zł. Na skutek odwołania wniesionego przez poszkodowanego wraz z załączoną wyceną, ubezpieczyciel dokonał częściowej dopłaty świadczenia w kwocie 1245 zł. Odmówiono jednak zapłaty kosztów niezależnego rzeczoznawcy i pozostałej części dochodzonego świadczenia (1655 zł). Na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych oraz przedstawienia argumentacji w piśmie interwencyjnym, zakład ubezpieczeń wskazał, iż podjął decyzję o „uśrednieniu wyników”,

co oznacza, iż wyliczył on średnią arytmetyczną z dwóch niezależnych od siebie wycen (wyceny zakładu ubezpieczeń oraz wyceny uszkodzonego). Wartość pojazdu w stanie sprzed szkody ustalił w wysokości 8250 zł, a wartość pozostałości na kwotę 2777,50 zł. Uwzględniając dotychczasową wypłatę świadczenia, uznał, iż do dopłaty pozostało 827,50 zł. Jeżeli chodzi o koszty niezależnego rzeczoznawcy to ubezpieczyciel zwrócił kwotę poniesioną przez uszkodzonego na zlecenie sporządzenia ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy. Zakład ubezpieczeń wskazał jednak, że roszczenie to zostało uznane w drodze wyjątku, ze uwagi na trudną sytuację życiową uszkodzonego powstałą w związku z kolizją drogową i jej następstwami. Ubezpieczyciel wskazał też, że w jego ocenie, koszt ekspertyzy wykracza poza normalne następstwa szkody, o których mowa w art. 361 k.c.¹³⁸

Sposób ustalenia świadczenia (czysto matematyczne uśrednienie wyników) i stanowisko zakładu ubezpieczeń w przedmiocie zwrotu kosztów poniesionych przez uszkodzonego na niezależnego rzeczoznawcę mogą budzić pewne wątpliwości. Oczywiście z aprobatą należy przyjąć fakt, iż ubezpieczyciel postanowił dokonać dopłaty świadczenia i zwrócił wydatek poniesiony na niezależnego rzeczoznawcę. Decyzja o dokonaniu uśrednienia wartości wynikających z wycen sporządzonych w toku likwidacji szkody ma skutek czysto matematyczny, jest to bowiem czynność arytmetyczna stanowiąca pewne uproszczenie. Należy pamiętać o tym, że ubezpieczyciel powinien dokonać ustaleń faktycznych w toku postępowania likwidacyjnego z zachowaniem należytej staranności, nie może on bazować wyłącznie na matematycznych obliczeniach. Dlatego też, metoda polegająca na obliczeniu średniej arytmetycznej z dwóch wycen nie oddaje w pełni szkody poniesionej przez uszkodzonego i świadczy o uproszczeniu likwidacji szkody ze strony ubezpieczyciela. Pozytywnie należy ocenić wypłatę świadczenia z tytułu poniesionych przez uszkodzonego kosztów niezależnego rzeczoznawcy. Należałoby jednak przyjrzeć się argumentacji ubezpieczyciela, która wskazuje, że w świetle okoliczności niniejszej sprawy koszt ten nie pozostaje w związku przyczynowym ze zdarzeniem, w związku z czym, nie powinien podlegać refundacji przez ubezpieczyciela. Należy zwrócić uwagę, że w niniejszej sytuacji, mamy do czynienia ze szkodą całkowitą. Oznacza to, iż w toku likwidacji takiej szkody ubezpieczyciel, zachowując pełen profesjonalizm, powinien dokonać wyliczenia wartości pojazdu w stanie sprzed szkody, kosztów naprawy oraz wartości pozostałości. Poszkodowany w niniejszej

¹³⁸ Skarga RU/WSI/G/15181/MI/13.

sprawie nie zgadzał się z ustaleniem wartości w stanie sprzed szkody (uważał, iż doszło do zaniżenia) oraz wartości pozostałości (zarzut poszkodowanego dotyczył zawyżenia wartości pozostałości). Poszkodowany nie mógł we własnym zakresie zweryfikować zasadności tych wyliczeń dokonanych przez zakład ubezpieczeń, bowiem zostały one przeprowadzone przy użyciu eksperckich programów przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do ich obsługi. Aby zatem skutecznie zweryfikować te ustalenia i wyrównać swoje szanse w toku postępowania likwidacyjnego, poszkodowany skorzystał z pomocy niezależnego rzeczoznawcy, który na zlecenie poszkodowanego ustalił wartość pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wartość wraku. Wyceny te wykazały, że ubezpieczyciel błędnie określił wartość pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wartość pozostałości. Na uwagę zasługuje również fakt, że na skutek przedłożenia tej wyceny ubezpieczyciel aż dwukrotnie zweryfikował swoje stanowisko oraz dokonał dopłaty świadczenia odszkodowawczego zarówno po wniesieniu odwołania przez poszkodowanego, jak również na skutek interwencji podjętej przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Dlatego też, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, w niniejszej sprawie koszty sporządzenia ekspertyzy były celowe i uzasadnione. Ich zwrot powinien nastąpić z tego powodu, iż wchodzi one w zakres szkody poniesionej przez poszkodowanego. Gdyby poszkodowany nie skorzystał z usług niezależnego eksperta to najprawdopodobniej nie uzyskałby zamierzonego celu w postaci zrewidowania stanowiska przez ubezpieczyciela i dopłaty należnych mu roszczeń. W niniejszej sprawie, ekspertyza sporządzona przez rzeczoznawcę wykazała w sposób jednoznaczny, że ubezpieczyciel zaniżył wartość pojazdu w stanie sprzed szkody oraz zawyżył wartość wraku. Roszczenia te zostały również przez ubezpieczyciela uznane w sposób wyraźny, bowiem zakład ubezpieczeń na skutek analizy wyceny zmienił swoje dotychczasowe stanowisko aż dwukrotnie, na korzyść poszkodowanego.

W kolejnym stanie faktycznym, niezależny rzeczoznawca wystąpił w imieniu poszkodowanego na mocy udzielonego mu przez poszkodowanego pełnomocnictwa. W niniejszej sprawie doszło do szkody całkowitej, a **Uniqa TU S.A.** ustaliło wartość pozostałości pojazdu na kwotę 11 800 zł. Wartość pojazdu w stanie sprzed szkody wyniosła 15 700 zł. Mimo zgłoszonego żądania, ubezpieczyciel nie przesłał arkusza ustaleń wartości pojazdu w stanie sprzed szkody. Poszkodowany z należytą starannością podejmował działania w celu zbycia wraku po cenie ustalonej przez ubezpieczyciela, jednakże nie przyniosło to oczekiwanego rezultatu. W celu weryfikacji ustaleń

poczynionych przez zakład ubezpieczeń, niezależny rzeczoznawca dokonał ustaleń wartości pojazdu w stanie sprzed szkody, kosztów naprawy oraz wartości pozostałości. Z kosztorysu niezależnego rzeczoznawcy wynikało, że wartość pojazdu w stanie nieuszkodzonym wyniosła 16 100 zł, a wartość pozostałości 7200 zł. Po odwołaniu wniesionym przez poszkodowanego zakład ubezpieczeń częściowo zmienił swoje stanowisko i dokonał dopłaty świadczenia oraz wskazał oferenta, celem zakupu pozostałości za kwotę 8250 zł. Na skutek podjętej interwencji, zakład ubezpieczeń częściowo zmienił ustalenia faktyczne i przyjął wartość pozostałości w takiej kwocie jaka wynikała z konkretnej oferty. Ubezpieczyciel nie pokrył natomiast kosztu niezależnego rzeczoznawcy wskazując, iż nie zlecał poszkodowanemu wykonania ekspertyzy. Dodatkowo wyjaśniono, że w toku postępowania likwidacyjnego nie uwzględniono ekspertyzy przedłożonej przez poszkodowanego, bowiem – w ocenie towarzystwa – zawierała ona błędy polegające m.in. na tym, że nie zawierała korekt wpływających na wartość pojazdu¹³⁹.

W zaistniałej sprawie, z uwagi na powstanie szkody całkowitej oraz skomplikowane (z punktu widzenia poszkodowanego – laika) ustalenia faktyczne związane z wysokością szkody, poszkodowany celowo i zasadnie skorzystał z opinii niezależnego eksperta. Jest niemożliwym, aby poszkodowany we własnym zakresie zweryfikował ustalenia poczynione przez zakład ubezpieczeń. W świetle tak ukształtowanych okoliczności faktycznych, poszkodowany poniósł koszt sporządzenia wycen przez niezależnego rzeczoznawcę, a koszt ten był konieczny i niezbędny dla dalszego dochodzenia roszczeń. Ponadto, na skutek odwołania i przedłożenia wycen, ubezpieczyciel częściowo zmienił swoje stanowisko na etapie postępowania likwidacyjnego. A więc, częściowo uznał roszczenia poszkodowanego. Rzecznik Ubezpieczonych nie widzi więc uzasadnionych podstaw do tego, aby zakład ubezpieczeń odmówił refundacji kosztu sporządzonych przez rzeczoznawcę ekspertyz. Odmawiając zwrotu kosztów, ubezpieczyciel ograniczył się jedynie do lakonicznego stanowiska stwierdzającego, że wykonanie wyceny nie było zlecane przez zakład ubezpieczeń.

W innej analizowanej sprawie, zdarzenie miało miejsce na terenie RP, a poszkodowana posiadała miejsce zamieszkania na terenie Niemiec w miejscowości

¹³⁹ Skarga RU/WSI/G/2354/KC/13; podobnie stanowisko zostało podjęte przez ubezpieczyciela na kanwie skargi RU/WSI/G/5846/MKJ/14 – dokonano dopłaty świadczenia na skutek odwołania poszkodowanego zawierającego alternatywną wycenę niezależnego rzeczoznawcy, nie zrefundowano jednak poniesionego wydatku. Ubezpieczyciel wskazał, że nie zlecał wykonania ekspertyzy, a wycena nie przyczyniła się do zmiany stanowiska zakładu oraz, że wydatki na ekspertyzę nie pozostają w adekwatnym związku przyczynowym (art. 361 § 1 k.c.).

Lubeka. Po zdarzeniu, za które odpowiedzialność ponosi ubezpieczyciel, poszkodowana przetransportowała pojazd do swojego miejsca zamieszkania. **PZU S.A.** na etapie postępowania likwidacyjnego ustalił wysokość odszkodowania, która nie satysfakcjonowała poszkodowanej. W związku z powyższym, poszkodowana zleciła w miejscu swojego mieszkania sporządzenie przez niezależnego rzeczoznawcę kosztorysu zawierającego przewidywane koszty naprawy pojazdu. Poszkodowana dokonała tej czynności na polecenie likwidatora zakładu ubezpieczeń i za jego zgodą. Następnie wezwała ubezpieczyciela do zapłaty pozostałych świadczeń, w tym: kwoty odszkodowania, wydatków niezależnego rzeczoznawcy oraz wydatków z tytułu najmu pojazdu zastępczego. Przyczyną skargi skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych była odmowa ze strony ubezpieczyciela uznania powyższych roszczeń¹⁴⁰.

W zaistniałej sprawie, ubezpieczyciel dokonał dopłaty świadczenia w skutek interwencji podjętej przez Rzecznika Ubezpieczonych. Na etapie interwencji Rzecznika, ubezpieczyciel nie kwestionował ani zasadności ani wysokości roszczenia poszkodowanej z tytułu kosztów poniesionych na zlecenie sporządzenia ekspertyzy przez niezależnego rzeczoznawcę niemieckiego. Trzeba mieć na uwadze również, że z okoliczności faktycznych przedstawionych przez skarżącą wynika, że ubezpieczyciel samodzielnie zlecił poszkodowanej wykonanie ekspertyzy. Poszkodowana nie powiększyła również rozmiarów szkody w zaistniałej sprawie, bowiem ekspertyza została sporządzona przez podmiot funkcjonujący na terenie miejsca zamieszkania poszkodowanej. Została ona również dokonana po przetransportowaniu pojazdu do jej miejsca zamieszkania. Sporządzenie ekspertyzy było również konieczne w niniejszej sprawie, bowiem treść ekspertyzy wykazała, że ubezpieczyciel dokonał nieprawidłowo wyliczeń świadczenia należnego poszkodowanej.

Z okoliczności faktycznych kolejnej analizowanej sprawy wynika, że poszkodowany uczestniczył w kolizji drogowej w dniu 9 lutego 2014 r. Dzień po kolizji zgłosił on szkodę do **Generali TU S.A.** Po wstępnych oględzinach ubezpieczyciel uznał, iż uszkodzenia pojazdu powstały z winy poszkodowanego i nastąpiły przed kolizją. Na tej podstawie dokonano zaniżenia wysokości szkody. Poszkodowany nie zgodził się z wyliczeniem ubezpieczyciela i skorzystał z usług firmy rzeczoznawczej. Z ekspertyzy wynikało, iż szkoda została zakwalifikowana jako szkoda całkowita, a do wypłaty poszkodowanemu pozostała kwota 4800 zł (jako różnica między wartością pojazdu

¹⁴⁰ Skarga RU/WSI/G/3649/MKJ/13.

w stanie sprzed szkody, a wartością pozostałości). Po złożeniu odwołania, ubezpieczyciel uznał, iż wartość świadczenia do wypłaty wynosi 1614,65 zł. Z kosztorysu ubezpieczyciela wynikało, iż powstała szkoda była szkodą częściową i pojazd może zostać naprawiony za wyżej wskazaną kwotę. Po złożeniu skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń zweryfikował swoje dotychczasowe stanowisko i dokonał następujących ustaleń: wartość pojazdu w stanie sprzed szkody wyniosła 5800 zł, a wartość pozostałości 2100 zł. W związku z powyższym, ubezpieczyciel uznał, że do zapłaty pozostała kwota 2085,35 zł. Niezwykle ważny jest fakt, że ubezpieczyciel uznał roszczenie o zwrot kosztów niezależnego rzeczoznawcy w kwocie rzeczywiście poniesionej przez poszkodowanego, tj. 332,10 zł¹⁴¹.

Z aprobatą należy przyjąć fakt, że zakład ubezpieczeń w toku niniejszego postępowania skargowego dokonał zmiany swojego stanowiska w sprawie oraz dopłacił świadczenie odszkodowawcze i zrefundował poszkodowanemu koszty poniesione na wynajęcie firmy rzeczoznawczej. W zaistniałych okolicznościach, wydatek poniesiony na sporządzenie ekspertyzy był celowy i uzasadniony. Poszkodowany bowiem otrzymał pierwotnie rozliczenie z tytułu szkody częściowej, które zostało zaniżone o potrącenia amortyzacyjne. W rozliczeniu zastosowano również ceny części zamiennych. W toku odwołania od ustaleń zakładu ubezpieczeń, kosztorys sporządzony przez niezależnego eksperta wykazał, iż wystąpiła szkoda całkowita.

Ubezpieczyciel uznał więc w większości roszczenia poszkodowanego, dokonał dopłaty świadczenia oraz refundacji wydatków poniesionych na sporządzenie ekspertyzy. Tym samym, ubezpieczyciel przesądził, że w niniejszych okolicznościach faktycznych poniesione przez poszkodowanego uboczne wydatki były celowe i zasadne oraz mieściły się w granicach adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonując analizy kilkudziesięciu postępowań skargowych, w których tematem głównym lub ubocznym (obok innych roszczeń wynikających ze szkody majątkowej) było zagadnienie refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanego na ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy zauważył, iż podczas niektórych postępowań skargowych zakłady ubezpieczeń, pomimo przesłanego pisma interwencyjnego bądź odwołania poszkodowanego, w ogóle nie odnosiły się do zasadności roszczenia poszkodowanego o zwrot wydatków poniesionych na usługi niezależnego rzeczoznawcy. Ubezpieczyciele w pismach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych

¹⁴¹ Skarga RU/WSI/G/5707/PO/14.

oraz poszkodowanych, nie przedstawiali w ogóle uzasadnienia dla odmowy uznania roszczenia kierowanego przez skarżącego¹⁴². Zaniechanie uzasadnienia stanowiska w przedmiocie odmowy uznania roszczeń poszkodowanych świadczy o nienależytym wykonaniu obowiązku wynikającego z treści art. 29 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych¹⁴³ (dalej: ustawa o Rzeczniku Ubezpieczonych) w związku z art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W kilku z analizowanych spraw, Rzecznik Ubezpieczonych zauważył, iż ubezpieczyciele, odmawiając zwrotu kosztów poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę wskazują na naruszenie przez poszkodowanego zasady współdziałania dłużnika z wierzycielem, która określona jest w art. 354 k.c. Naruszenie to polega, w ocenie ubezpieczyciela, na zasięgnięciu opinii niezależnego rzeczoznawcy bez konsultacji z zakładem ubezpieczeń oraz generowaniem z tego powodu dodatkowych kosztów. Przepis art. 354 k.c. stanowi, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. W taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Argumentując to stanowisko wskazują, że realizując zasadę współdziałania, poszkodowani powinni dążyć do minimalizacji strat i nie powiększania rozmiarów szkody¹⁴⁴.

Argumentując swoje stanowisko w przedmiocie odmowy refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanego na niezależnego rzeczoznawcę, ubezpieczyciele również opierają się na treści uchwały Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 1998 r.¹⁴⁵ Warto tutaj zwrócić uwagę na jedną ze skarg, która została skierowana do Rzecznika Ubezpieczonych przez pełnomocnika poszkodowanego¹⁴⁶. W ocenie Rzecznika,

¹⁴² Skargi: RU/WSI/G/3961/KD/13; RU/WSI/G/3571/BK/13; RU/WSI/G/2869/GC/13 – w przedmiotowej sprawie ubezpieczyciel (BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.) dokonał dopłaty świadczenia, jednakże nie odniósł się do kwestii roszczenia o zwrot wydatków poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę. Ponadto skargi: RU/WSI/G/1741/KC/13; RU/WSI/6769/MKO – podobnie uznano częściowo roszczenia poszkodowanego, jednakże nie dokonano refundacji wydatków poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę; skarga RU/WSI/G/7808/MKO/14 – na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczyciel (TUiR Warta S.A.) dokonał refundacji wydatku z tytułu ekspertyzy rzeczoznawcy. Zanim złożono skargę ubezpieczyciel uznał częściowo roszczenia poszkodowanego na skutek odwołania, nie odniósł się jednak do roszczenia z tytułu kosztów poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę.

¹⁴³ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 290.

¹⁴⁴ Skarga RU/WSI/G/3513/PO/13; podobnie naruszenie zasady współdziałania wierzyciela z dłużnikiem zarzucono poszkodowanemu w skargach: RU/WSI/G/5879/KD/14; RU/WSI/G/7535/KD/14.

¹⁴⁵ II CKN 639/97.

¹⁴⁶ Skarga RU/WSI/G/3556/KD/13.

ubezpieczyciel nietrafnie przywołał w swoim piśmie zawierającym wyjaśnienia w sprawie, wyżej wskazane orzeczenie Sądu Najwyższego. Stan faktyczny, na kanwie którego doszło do rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, a okoliczności faktyczne skargi, są zgoła odmienne. Orzeczenie wydane zostało na podstawie stanu faktycznego, w którym to powód (poszkodowany) odmówił przedstawienia pojazdu do oględzin na terenie Polski, mimo że ubezpieczyciel zgłaszał takie żądanie względem powoda. Powód natomiast dokonał naprawy i oględzin pojazdu na własną rękę na terenie Niemiec, następnie zażądał on wypłaty kosztów poniesionych tytułem zlecenia sporządzenia ekspertyzy. Natomiast w stanie faktycznym wynikającym z analizowanej skargi, poszkodowany współdziałał z ubezpieczycielem w toku postępowania likwidacyjnego, a dopiero gdy nie zgodził się ze zbyt niskim odszkodowaniem wypłaconym przez ubezpieczyciela, skorzystał z usług niezależnego rzeczoznawcy w celu weryfikacji kosztorysu sporządzonego przez zakład ubezpieczeń. Opinia rzeczoznawcy wykazała, że ubezpieczyciel dopuścił się błędów na etapie postępowania likwidacyjnego przy wyliczaniu wartości kosztów naprawy. W związku z powyższym, ubezpieczyciel niezasadnie powołał się na brak współdziałania poszkodowanego z zakładem ubezpieczeń. Równocześnie nie sposób uznać, że poszkodowany swoim zachowaniem dopuścił do powiększenia rozmiarów szkody z tego powodu, iż poniósł wydatek na sporządzenie wyceny przez niezależnego rzeczoznawcę.

W toku analizy stanowisk odmownych zakładów ubezpieczeń można również spotkać się z argumentem ubezpieczycieli, który wskazuje, że poniesienie kosztów niezależnego rzeczoznawcy przez poszkodowanego jest szkodą wykraczającą poza normalny i adekwatny związek przyczynowo-skutkowy określony w art. 361 § 1 k.c. Powyższy przepis stanowi, iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Norma ta oznacza, że podmiot zobowiązany do naprawienia szkody (zakład ubezpieczeń) ponosi odpowiedzialność tylko za te szkody, które wynikają z określonego zdarzenia. Przy czym, następstwa tego zdarzenia powinny mieć charakter naturalny i powinny one wynikać z tego zdarzenia w sposób normalny, jako normalna kolej rzeczy. Przytaczając definicję adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego określonego w art. 361 § 1 k.c. można wskazać na orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lipca 2014 r.¹⁴⁷ W orzeczeniu tym wskazano, że istota regulacji art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie

¹⁴⁷ I ACa 66/14.

odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych (bezpprawnych) zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który – przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego – jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu.

W toku analizy poszczególnych skarg i stanowisk zakładu ubezpieczeń można było więc zauważyć tendencję, w której ubezpieczyciele stwierdzali, że poniesienie kosztów niezależnego rzeczoznawcy było szkodą, która wykraczała poza adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c.¹⁴⁸ W sprawach tych, poszkodowani korzystali z usług niezależnych rzeczoznawców, również z tego powodu, że nie zgadzali się z kwotą przyznanego świadczenia. Ekspertyzy te stanowiły fundament dla pism odwoławczych (wezwań do zapłaty) składanych przez poszkodowanych.

Warto tutaj zwrócić uwagę na argumentację jednego z zakładów ubezpieczeń zaprezentowaną w piśmie zawierającym wyjaśnienia skierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w toku prowadzonej interwencji. W analizowanej sprawie, ubezpieczyciel odmówił refundacji kosztów wykonania ekspertyzy wskazując, że: *„Polskie prawo cywilne przyjmuje rozwiązanie, zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego działania (art. 361 § 1 kodeksu cywilnego). Przyjmuje się, że kryterium normalności odpowiada teorii adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza uznanie tylko tych skutków, które są dla danego zdarzenia typowe. **Sprawca nie odpowiada za szkodę w takim zakresie, w jakim poszkodowany sam przyczynił się do jej powstania lub zwiększenia – również poprzez wybór nadmiernie kosztownej metody likwidacji szkody (art. 363 k.c.). Co za tym idzie, obowiązkiem sprawcy, a tym samym, zakładu ubezpieczeń jest naprawienie szkody w takim rozmiarze, jaki jest normalnym następstwem działania sprawcy – czyli zakładając, że szkoda jest likwidowana w sposób racjonalny, możliwie najtańszym kosztem. Poszkodowany natomiast ma obowiązek współpracować z dłużnikiem w wykonaniu zobowiązania (art. 354 § 2 k.c.). Zgodnie z przytaczaną zasadą minimalizacji rozmiarów***

¹⁴⁸ Skargi: RU/WSI/G/3513/PO/13; RU/WSI/G/3007/PO/13; RU/WSI/G/1773/GC/13; RU/WSI/G/5885/KD/14; RU/WSI/G/6125/GC/14 ; RU/WSI/G/8346/MKO/14.

*szkody, poszkodowany powinien dolożyć wszelkich starań w celu zmniejszenia strat*¹⁴⁹.

Jak wynika zatem z powyższego stanowiska ubezpieczyciela, poszkodowany korzystając z pomocy niezależnego rzeczoznawcy, a następnie żądając od ubezpieczyciela zwrotu wydatków poniesionych z tego tytułu, niezasadnie powiększa rozmiar szkody oraz narusza zasadę współdziałania dłużnika z wierzycielem. W ocenie ubezpieczyciela, poszkodowany powinien dążyć do wyboru jak najtańszej metody likwidacji szkody.

Rzecznik Ubezpieczonych z przyczyn oczywistych nie podziela tak ukształtowanego stanowiska zakładu ubezpieczeń. Likwidacja szkody powinna nastąpić takim kosztem, który obiektywnie umożliwi wyrównanie strat powstałych w majątku poszkodowanego na skutek zdarzenia. Świadczenie zakładu ubezpieczeń powinno więc przywrócić stan poprzedni w rozumieniu art. 363 § 1 k.c. Poszkodowany nie ma zatem żadnego obowiązku, aby dokonywać likwidacji szkody w sposób najtańszy, np. przy użyciu najtańszych części zamiennych – co jest równie częstym argumentem wskazywanym przez ubezpieczycieli. Poszkodowany powinien dążyć do tego, aby naprawienie szkody umożliwiło przywrócenie uszczerbku majątkowego powstałego na skutek zdarzenia.

Ubezpieczyciele często powołują argument przemawiający za odmową uznania roszczenia z tytułu zwrotu kosztów niezależnego rzeczoznawcy wskazując jednocześnie, że ubezpieczyciel nie zlecał sporządzenia ekspertyzy oraz, że wykonanie ekspertyzy nie zostało uzgodnione indywidualnie z zakładem ubezpieczeń¹⁵⁰. W analizowanych sprawach ubezpieczyciele wskazywali, że wszelkie zastrzeżenia dotyczące wysokości szkody ustalonej przez ubezpieczyciela mogły być zgłaszane bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń, bez potrzeby sięgania do opinii rzeczoznawcy.

Trudno wymagać od poszkodowanego, aby za każdym razem, gdy chce kwestionować kosztorysy sporządzone przez ubezpieczyciela, konsultował z ubezpieczycielem konieczność sporządzenia ekspertyzy bądź zwracał się do zakładu ubezpieczeń z prośbą o akceptację na poniesienie wydatku związanego ze sporządzeniem ekspertyzy. Poszkodowany podejmuje przecież takie działania w warunkach sporu (konfliktu) z zakładem ubezpieczeń dotyczącym wysokości świadczenia odszkodowawczego. W związku z powyższym, powinien on przedstawić dowody potwierdzające jego żądania. Często zdarza się, że poszkodowany otrzymuje od zakładu

¹⁴⁹ Pismo Generali TU S.A. z dnia 8 maja 2013 r., skarga RU/WSI/G/3513/PO/13.

¹⁵⁰ Zob. skargi: RU/WSI/G/3979/NK/13; RU/WSI/G/1123/PO/13; RU/WSI/G/2654/NK/13; RU/WSI/G/864/PO/13; RU/WSI/G/6767/MKO/14; RU/WSI/G/835/PO/13; RU/WSI/G/6414/NK/14.

ubezpieczeń bezsporną kwotę odszkodowania oraz jedynie pouczenie o możliwości dochodzenia dalszych roszczeń przed sądem powszechnym. Trudno w takich warunkach uznać, że poszkodowany powinien dodatkowo występować do ubezpieczyciela o zgodę na sporządzenie alternatywnej wyceny. Wymóg współdziałania wierzyciela z dłużnikiem, o którym mowa w art. 354 k.c. nie powinien podlegać poszerzonej interpretacji. Zakres współdziałania nie powinien obejmować każdorazowo obowiązku uzyskania od ubezpieczyciela zgody na poniesienie kosztów ubocznych związanych z likwidacją szkody, a szczególnie, gdy koszty te ponoszone są w warunkach sporu bądź konfliktu z zakładem ubezpieczeń.

3. Podsumowanie

W przeważającej większości analizowanych spraw odmawiano, co do zasady, refundacji kosztów poniesionych przez poszkodowanych na niezależnego rzeczoznawcę. W stanach faktycznych będących przedmiotem analizy, poszkodowany korzystał z usług niezależnego rzeczoznawcy wyłącznie w celach związanych z odwołaniem się od ustaleń poczynionych przez ubezpieczyciela. Poszkodowani nie zlecali podmiotom trzecim sporządzania wycen bez otrzymania od ubezpieczyciela kosztorysu potwierdzającego wartość kosztów naprawy, bądź też wartość pojazdu w stanie sprzed szkody czy wartość pozostałości. Skorzystanie z pomocy rzeczoznawcy było wyłącznie spowodowane działaniem ubezpieczyciela. W niektórych przypadkach uznawano jednak roszczenie o zwrot kosztów poniesionych tytułem sporządzenia wyceny przez niezależnego rzeczoznawcę¹⁵¹. Rzecznik Ubezpieczonych z pełną aprobatą przyjmuje tego typu działania zakładów ubezpieczeń, bowiem świadczą one o respektowaniu praw poszkodowanych i obowiązującej wykładni przepisów prawnych dokonanej przez Sąd Najwyższy.

W analizowanych stanach faktycznych trudno uznać za trafne argumenty ubezpieczycieli wskazujące, że wydatek poniesiony na niezależnego rzeczoznawcę nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym określonym w art. 361 k.c. Nieuzasadniona jest argumentacja zakładu ubezpieczeń wskazująca, że sporządzenie wyceny przez niezależnego rzeczoznawcę nie było konsultowane, bądź zlecane przez zakład ubezpieczeń. Taka konsultacja będzie niewykonalna w okolicznościach, w których

¹⁵¹Zob. skargi: RU/WSI/G/4172/PB/13; RU/WSI/G/2624/NK/13.

poszkodowany pozostaje z zaniżoną kwotą świadczenia odszkodowawczego oraz informacją, że dalszych roszczeń odszkodowawczych może dochodzić na drodze sądowej bądź też, że dopłata może nastąpić po dokonaniu naprawy pojazdu i weryfikacji rachunków potwierdzających prace naprawcze. Nie można zarzucać poszkodowanemu braku współdziałania z ubezpieczycielem w sytuacji, gdy poszkodowany szuka pomocy w dochodzeniu należnych mu roszczeń u zaufanego podmiotu profesjonalnego, który jest w stanie, w miarę możliwości, obiektywnie i niezależnie zweryfikować ustalenia zakładu ubezpieczeń w przedmiocie wysokości kosztów naprawy czy wartości pojazdu w stanie sprzed/po szkodzie. Należy pamiętać o tym, że poszkodowany jest pozbawiony jakichkolwiek skutecznych i wiążących instrumentów prawnych, które umożliwią mu odwołanie się od ustaleń faktycznych dokonanych przez ubezpieczyciela. Jediną możliwością jest kwestionowanie tych ustaleń w drodze pisma o charakterze odwołania (*quasi* reklamacji) i oparcie swoich roszczeń na prywatnych ekspertyzach. Ekspertyzy te powinny być przez zakład ubezpieczeń przeanalizowane, a ubezpieczyciele w odpowiedziach kierowanych do poszkodowanych powinni przedstawić uzasadnienie faktyczne i prawne w razie odmowy uznania roszczenia z tytułu kosztów poniesionych przez poszkodowanych na ekspercką pomoc rzeczoznawców. Jeżeli w wyniku przedłożenia ekspertyzy, ubezpieczyciel dokonuje dopłaty świadczenia oznacza to, iż uznaje chociażby częściowo żądania poszkodowanego oraz ustalenia poczynione przez niezależnego eksperta. W takiej sytuacji nie ma podstaw, aby kwestionować zasadność wydatku poszkodowanego na sporządzenie ekspertyzy niezależnego rzeczoznawcy. Jeżeli ubezpieczyciel zgadza się na ustalenia wynikające z ekspertyzy to oznacza, iż przyznaje rację poszkodowanemu oraz akceptuje stanowisko rzeczoznawcy. W takim przypadku, ubezpieczyciel powinien zwrócić wydatki poniesione przez poszkodowanego tytułem zlecenia sporządzenia ekspertyzy.

Warto zaznaczyć, że Rzecznik Ubezpieczonych postulował do Komisji Nadzoru Finansowego na etapie konsultacji i ustalania kształtu Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych, aby uzupełnić ten dokument o wytyczną, która będzie opisywać możliwość zwrotu wydatków poniesionych przez poszkodowanego na ekspertyzy, opinie techniczne oraz wydatki poniesione na profesjonalnego pełnomocnika na etapie postępowania likwidacyjnego, o ile poniesienie tych wydatków będzie oczywiście celowe i ekonomicznie uzasadnione¹⁵². W odpowiedzi na powyższy postulat,

¹⁵² Zob. pismo Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 12 września 2014 r. skierowane do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego.

Komisja Nadzoru Finansowego wskazała, że w opinii Urzędu brak jest ugruntowanej linii orzeczniczej, która uprawniałaby organ nadzoru do uznania jako standardowy element procesu likwidacji szkody, dodatkowych szkód w postaci wydatków poniesionych na niezależnego rzeczoznawcę. Komisja Nadzoru Finansowego wskazała również, że rozważania przedstawione w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. wskazują na konieczność indywidualnej oceny każdego roszczenia o zwrot kosztów pomocy na etapie czynności likwidacyjnych. W związku z powyższym, organ nadzoru nie zaakceptował postulatu sygnalizowanego przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Wytyczne w sprawie likwidacji szkód komunikacyjnych w obecnym kształcie nie zawierają więc żadnej instrukcji dotyczącej refundacji przez zakłady ubezpieczeń wydatków poniesionych przez poszkodowanego na pomoc niezależnego rzeczoznawcy na etapie postępowania likwidacyjnego. Skala zjawiska polegająca na automatycznych odmowach ze strony zakładów ubezpieczeń refundacji powyższych kosztów pokazuje natomiast, że Wytyczne sporządzone przez organu nadzoru powinny zostać w tym zakresie uzupełnione.

Aczkolwiek warto zwrócić uwagę na pkt 15.5 Wytycznych, w którym wskazano, że w przypadku kwestionowania przez ubezpieczyciela wyliczenia kosztów naprawy pojazdu zawartych w kosztorysie sporządzonym przez rzeczoznawcę lub warsztat naprawczy na zlecenie uprawnionego, zakład ubezpieczeń powinien uzasadnić, na jakiej podstawie przyjął, że kosztorys jest nieprawidłowy. W toku prowadzonych postępowań likwidacyjnych, ubezpieczyciele powinni stosować się więc do powyższej Wytycznej oraz wskazać poszkodowanemu należyte uzasadnienie (faktyczne i prawne) dla odmowy uznania w całości lub części roszczenia wynikającego z kosztorysu sporządzonego na zlecenie poszkodowanego.

Kończąc należy wskazać, że rola niezależnych rzeczoznawców na etapie postępowania likwidacyjnego jest nie do przecenienia. Jest to trzeci uczestnik postępowania likwidacyjnego, który nie jest, co prawda bezpośrednio zaangażowany w spór z ubezpieczycielem, ale pełni jednak rolę „pomocnika” dla osoby poszkodowanej. W większości przypadków rola niezależnego rzeczoznawcy ogranicza się do sporządzenia ekspertyzy i dokonania pewnych ustaleń faktycznych w wąskiej i specjalistycznej dziedzinie, jednakże bez fachowej wiedzy oraz wsparcia merytorycznego poszkodowany nie posiadałby pełnej wiedzy o wysokości szkody przez niego poniesionej na skutek wypadku. W pewnych sytuacjach zdarza się też, że niezależny rzeczoznawca dochodzi roszczeń odszkodowawczych w imieniu i na rzecz poszkodowanego, oczywiście zakres

czynności, do których upoważniony jest rzeczoznawca określa stosowne pełnomocnictwo udzielone przez poszkodowanego. Niezależny rzeczoznawca występuje więc w toku postępowania likwidacyjnego jako merytoryczne i specjalistyczne wsparcie dla poszkodowanego. Dokument sporządzony przez takiego rzeczoznawcę jest oczywiście prywatną ekspertyzą, jednakże jest to bardzo istotny dokument wspomagający poszkodowanego w dochodzeniu należnych mu świadczeń odszkodowawczych od ubezpieczyciela.

Rozdział IV. Opieszałość w likwidacji szkód z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Na wstępie należy zaznaczyć, iż postępowanie likwidacyjne, którego zasadniczym celem jest ustalenie odpowiedzialności sprawcy i jego ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia, podlega regulacji ustawowej przewidzianej w przepisach ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Postępowanie likwidacyjne powinno być przeprowadzone przy uwzględnieniu norm art. 355 § 2 k.c. w związku z art. 354 k.c., bowiem zakład ubezpieczeń jest podmiotem profesjonalnym i powinien współpracować z poszkodowanym będącym wierzycielem. Również zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej¹⁵³ wprowadzono zasadę prowadzenia działalności gospodarczej na zasadach uczciwej konkurencji oraz poszanowania dobrych obyczajów i słuszych interesów konsumentów.

Warto wskazać, że postępowanie likwidacyjne wyróżnia się pewnymi indywidualnymi cechami, które zostaną omówione poniżej. Cechy te wyraźnie oddzielają postępowanie likwidacyjne od innych postępowań uregulowanych w kodeksie postępowania administracyjnego, cywilnego czy karnego.

Po pierwsze, najważniejszą cechą wpływającą na zakres uprawnień uczestników postępowania likwidacyjnego jest **brak równości stron postępowania likwidacyjnego**. Nie powinno budzić wątpliwości, że pozycja korporacyjna ubezpieczyciela, a poszkodowanego (w przeważającej liczbie skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych osoby poszkodowane to osoby fizyczne i laicy, którzy nie posiadają odpowiedniej wiedzy prawniczej) w toku likwidacji szkody jest nierówna.

Po drugie, **brak jest w przepisach regulujących zasady postępowania likwidacyjnego wyraźnie unormowanej ścieżki odwoławczej dla poszkodowanego lub jego pełnomocnika**. Analiza przepisów określających zasady prowadzonego postępowania likwidacyjnego nasuwa wniosek, iż brak jest regulacji przewidującej uprawnienie do złożenia odwołania oraz terminy rozpatrzenia pisma odwoławczego złożonego przez poszkodowanego czy jego pełnomocnika. Jedyne regulacje w tym zakresie zamieszczone są w Kodeksie Dobrych Praktyk przyjętych i opracowanych przez Polską Izbę Ubezpieczeń w 2009 r. W pkt 9 przedmiotowego uregulowania wskazano, że: „zakłady ubezpieczeń skargi na swoją działalność rozpoznają bez zbędnej zwłoki, rzetelnie

¹⁵³ Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 672.

*i w dobrej wierze, odpowiadając na stawiane im zarzuty. Zakłady ubezpieczeń zmagają się do tego, by termin udzielenia odpowiedzi na skargę nie był dłuższy niż jeden miesiąc*¹⁵⁴. Jednakże, powyższy dokument będący miękkim prawem powoduje, że jego moc prawna jest ograniczona do roli niewiążącego zalecenia czy też instrukcji. Rzecznik Ubezpieczonych nie posiada wiedzy czy dokument ten został przyjęty w drodze wewnętrznych aktów przez ubezpieczycieli oraz ilu ubezpieczycieli zobowiązało się do przestrzegania powyższego Kodeksu Dobrych Praktyk. Dokument taki nie stanowi w żadnej mierze źródła powszechnie obowiązującego prawa. W praktyce, poszkodowani na masową skalę wnoszą do ubezpieczycieli wezwania do zapłaty lub odwołania, jednakże żadne przepisy prawa nie regulują zasad i terminów rozpatrzenia tych środków odwoławczych przez ubezpieczycieli w trybie postępowania wewnątrz-zakładowego.

Po trzecie, w toku postępowania likwidacyjnego **odmiennie kształtuje się ciężar dowodu** oraz postępowanie to ma **charakter niesporny**. Ogólna zasada mówiąca o ciężarze dowodzenia na gruncie sporów cywilnoprawnych wyrażona jest w treści art. 6 k.c. Przepis ten stanowi, iż ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Natomiast, jak wskazuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego¹⁵⁵, postępowanie likwidacyjne nie jest z założenia postępowaniem spornym, w jakim mógłby funkcjonować ciężar dowodu w rozumieniu art. 6 k.c. W toku likwidacji szkody poszkodowany ma niewielkie obowiązki proceduralne polegające głównie na przedstawieniu dokumentacji żądanej przez zakład ubezpieczeń, natomiast główny ciężar dowodowy w zakresie ustalenia odpowiedzialności, wysokości szkody, okoliczności zdarzenia leży po stronie ubezpieczyciela. Również wszelkie okoliczności wpływające na zmniejszenie bądź odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczyciel powinien udowodnić i przedstawić w formie pisemnej osobie zgłaszającej roszczenie.

Po czwarte, należy mieć na uwadze, że ubezpieczyciel jest **instytucją zaufania publicznego, a umowa ubezpieczenia kontraktem najwyższego zaufania**. Oznacza to, iż ubezpieczyciele powinni w zakresie obsługi roszczeń odszkodowawczych spełniać normatywne kryteria oraz kierować się najwyższym stopniem jakości świadczonych usług.

Terminy likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m. regulują normy art. 14 ust. 1-3a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz art. 16 ust. 1-3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

¹⁵⁴ <http://piu.org.pl/zasady-dobrych-praktyk/project/132/pagination/1>.

¹⁵⁵ Zob. wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. (IV CKN 387/01).

Stosownie do normy art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Za złożenie zawiadomienia o szkodzie należy uznać poinformowanie ubezpieczyciela w dowolnej formie (np. elektronicznej, pisemnej, telefonicznej) o fakcie wystąpienia zdarzenia. Następnie, stosownie do treści art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

Jak wskazuje się w piśmiennictwie, ubezpieczyciel, domagając się jakiegokolwiek dokumentu, powinien móc wykazać, iż jego żądanie jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Wskazuje się, że skoro na zakładzie ubezpieczeń ciąży obowiązek przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, a roszczęcy ma ograniczone obowiązki dowodowe, ubezpieczyciel nie powinien żądać dokumentów, które może pozyskać samodzielnie (np. dokumentacji medycznej, notatki policji). Za niedopuszczalne należy również uznać żądanie dokumentów, których uzyskanie wiązałoby się z nadmiernymi trudnościami dla zgłaszającego roszczenie¹⁵⁶.

Zgodnie z powyższymi normami, zasadą jest zatem przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Wyjątek od tej zasady przewiduje art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Przepis ten wskazuje, że gdyby wyjaśnienie wszelkich okoliczności faktycznych w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie okazało się niemożliwe, to odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, o ile ustalenie odpowiedzialności zakładu

¹⁵⁶ Zob. M. Surdek, M. Przywara, *Podstawowe zasady postępowania likwidacyjnego*, „Dziennik Ubezpieczeniowy” z dnia 19 sierpnia 2011 r.

ubezpieczeń bądź wysokości świadczenia zależy od toczącego się postępowania cywilnego lub karnego.

Zastosowanie przepisu art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, który umożliwia ubezpieczycielowi przedłużenie terminu likwidacji szkody powinno nastąpić wyłącznie w sytuacji, gdy ubezpieczyciel przy wykorzystaniu posiadanych środków i uprawnień nie może samodzielnie ustalić zakresu odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia odszkodowawczego. Warto zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2011 r.¹⁵⁷, w którym zauważono, że *ratio legis* art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, podobnie jak i art. 817 k.c., opiera się na uprawnieniu do wstrzymania wypłaty odszkodowania w sytuacjach wyjątkowych, gdy istnieją niejasności odnoszące się do samej odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości szkody. Ustanawiając krótki termin spełnienia świadczenia ustawodawca wskazał na konieczność szybkiej i efektywnej likwidacji szkody ubezpieczeniowej¹⁵⁸. Po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku ubezpieczyciel lub Fundusz – jako profesjonalista korzystający z wyspecjalizowanej kadry i w razie potrzeby z pomocy rzeczoznawców (art. 355 § 2 k.c.) – obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, czyli samodzielnego i aktywnego wyjaśnienia okoliczności wypadku oraz wysokości powstałej szkody. Nie może też biernie oczekiwać na prawomocne rozstrzygnięcie sądu. Oczekiwanie przez ubezpieczyciela na wynik toczącego się procesu naraża go na ryzyko popadnięcia w opóźnienie lub zwłokę w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego. Rolą sądu w ewentualnym procesie może być jedynie kontrola prawidłowości ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania.

W razie zastosowania możliwości przedłużenia procesu likwidacji szkody określonej w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczyciel w terminie 30 dni od daty złożenia zawiadomienia o szkodzie powinien poinformować osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynie braku możliwości zaspokojenia roszczeń w całości lub w części. Ubezpieczyciel powinien również powiadomić zgłaszającego roszczenie o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska w przedmiocie zgłoszonych roszczeń oraz wypłacić poszkodowanemu bezsporną część świadczenia. Są to bezwzględne obowiązki, które powinny być spełnione przez ubezpieczyciela w razie skorzystania z uprawnienia określonego w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Obowiązki informacyjne powinny zostać spełnione w formie pisemnej

¹⁵⁷ V CSK 38/11.

¹⁵⁸ Zob. także orzeczenie SA w Lublinie z dnia 29 stycznia 2013 r. (I ACa 701/12).

oraz przesłane do osoby zgłaszającej roszczenie w taki sposób, aby mogła ona zapoznać się z ich treścią. Należy mieć na względzie również, że ubezpieczyciel powinien przedstawić osobie zgłaszającej roszczenie wyraźną i przejrzystą informację w przedmiocie braku spełnienia całości bądź części świadczenia oraz o przypuszczalnym terminie zajęcia stanowiska w sprawie zgłoszonych roszczeń. Dodatkowo, ubezpieczyciel powinien wypłacić bezsporną kwotę świadczenia.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że przepisy prawa nie definiują pojęcia kwoty bezspornej. Ogólnie rzecz biorąc, za kwotę bezsporną należy uznać świadczenie odszkodowawcze ustalone jednostronnie przez ubezpieczyciela, które przekazywane jest poszkodowanemu. Uprawniony nie może odmówić przyjęcia kwoty bezspornej, jednakże jej przyjęcie nie pozbawia możliwości dochodzenia dalszych roszczeń odszkodowawczych.

Jak wskazuje się w piśmiennictwie, kwota bezsporna nie występuje wówczas, gdy ubezpieczyciel wypłacił świadczenie w wysokości niższej niż żądana przez poszkodowanego i uważa, że świadczenie w tej wysokości całkowicie zaspokaja roszczenia poszkodowanego oraz nie prowadzi dalszych czynności w celu ustalenia wysokości i zasadności roszczeń. Do tych czynności, nie można zaliczyć działań podjętych przez ubezpieczyciela w ramach wewnętrznego postępowania podjętego na skutek odwołania złożonego przez poszkodowanego. Kwestią determinującą czy mamy do czynienia z kwotą bezsporną jest okoliczność, czy ubezpieczyciel po wypłacie ustalonego świadczenia podejmuje kolejne czynności w celu ustalenia dalszych okoliczności w toku postępowania likwidacyjnego oraz czy powiadamia uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń i przypuszczalnym terminie zajęcia stanowiska. W razie konieczności wypełnienia przez ubezpieczyciela powyższych obowiązków informacyjnych, jednocześnie po stronie ubezpieczyciela powstaje obowiązek wypłaty uprawnionemu kwoty bezspornej¹⁵⁹.

W przypadku, gdy ubezpieczyciel nie uwzględni całości bądź też części roszczeń uprawnionego, a nie zachodzą okoliczności umożliwiające przedłużenie ubezpieczycielowi postępowania likwidacyjnego stosownie do treści art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, to zastosowanie ma norma art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, która również w sposób bezwzględny nakłada na zakład ubezpieczeń określone obowiązki informacyjne. Przepis ten stanowi, że jeżeli odszkodowanie nie

¹⁵⁹ Zob. B. Wojno, *Uwagi na tle niektórych przepisów dotyczących tzw. postępowania likwidacyjnego w ubezpieczeniach obowiązkowych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” nr 6 (1/2009), s. 70.

przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem w terminie, o którym mowa w ust. 1 albo 2 (tj. 30 dni od daty złożenia zawiadomienia o szkodzie), wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Pismo zakładu ubezpieczeń powinno zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Z treści powyższej normy, w sposób niebudzący wątpliwości wynika, że ubezpieczyciel, który odmawia uznania w całości lub w części roszczeń zgłoszonych przez uprawnionego powinien powiadomić uprawnionego o tym fakcie. Jednocześnie ustawa przewiduje następujące warunki formalne i materialne, które powinno zawierać pismo o którym mowa w art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych:

- 1) **termin** – poszkodowany powinien otrzymać stosowne pismo od ubezpieczyciela, co do zasady, w ciągu 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie;
- 2) **uzasadnienie częściowej lub całkowitej odmowy uznania roszczenia** – pismo powinno zawierać opis okoliczności faktycznych, jak również wskazanie podstawy prawnej w oparciu, o którą ubezpieczyciel podjął określone stanowisko;
- 3) **wskazanie przyczyn w oparciu, o które ubezpieczyciel odmawia wiarygodności dowodom przedstawionym przez uprawnionego** – przykładowo: jeżeli poszkodowany przedstawia ekspertyzę niezależnego rzeczoznawcy, która to zawiera określoną wysokość kosztów naprawy, to ubezpieczyciel odmawiając uznania roszczeń poszkodowanego, powinien przedstawić na piśmie stanowisko, w którym uzasadni brak akceptacji kosztorysu poszkodowanego¹⁶⁰;
- 4) **pouczenie** – w piśmie skierowanym do osoby zgłaszającej roszczenie, ubezpieczyciel powinien zawrzeć stosowne pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w drodze powództwa cywilnego przed sądem powszechnym;
- 5) **przejrzysta, jednoznaczna treść oraz należyte i rzeczowe uzasadnienie stanowiska** – warunek ten należy wyprowadzić z treści art. 355 § 2 k.c. w związku z art. 354 k.c. – ubezpieczyciel powinien zadbać o to, aby pismo kierowane do poszkodowanego

¹⁶⁰ Warto wskazać, iż w pkt 15.5 Wytycznych dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych przyjętych przez Komisję Nadzoru Finansowego w dniu 16 grudnia 2014 r. wskazano, że w przypadku kwestionowania przez ubezpieczyciela wyliczenia kosztów naprawy pojazdu zawartych w kosztorysie sporządzonym przez rzeczoznawcę lub warsztat naprawczy na zlecenie uprawnionego, zakład ubezpieczeń powinien uzasadnić, na jakiej podstawie przyjął, że kosztorys jest nieprawidłowy.

zawierało wszelkie wyżej wskazane elementy, dodatkowo było sporządzone w sposób profesjonalny, merytoryczny oraz czytelny z punktu widzenia przeciętnego odbiorcy niebędącego profesjonalistą.

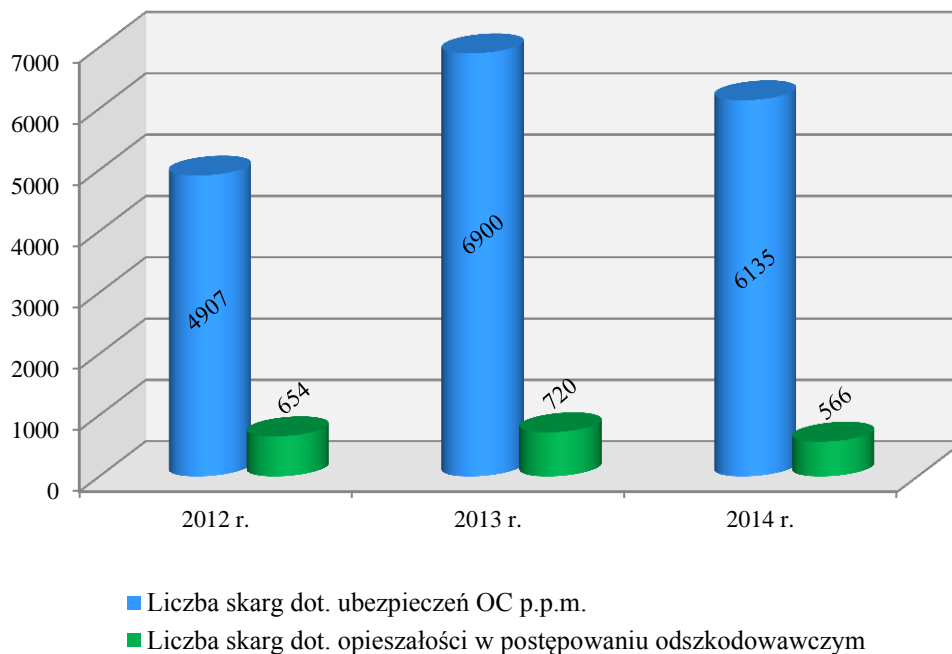
1. Praktyki zakładów ubezpieczeń dotyczące opieszałości w likwidacji szkód komunikacyjnych

Na potrzeby opracowania niniejszego raportu, Rzecznik Ubezpieczonych dokonał wnikliwej analizy postępowań skargowych prowadzonych w latach 2012-2014 r. W toku prowadzonej analizy zapoznano się w sposób szczegółowy ze stanowiskiem skarżącego bądź jego pełnomocnika oraz wyjaśnieniami udzielanymi przez zakłady ubezpieczeń w wyniku wystąpienia interwencyjnego kierowanego przez Rzecznika Ubezpieczonych na skutek wniesionych skarg, bądź wniosków o podjęcie interwencji.

Łączna liczba analizowanych na potrzeby niniejszego raportu postępowań skargowych w latach 2012-2014 r. dotyczących nieterminowości w likwidacji szkód komunikacyjnych z ubezpieczenia OC p.p.m. przez zakłady ubezpieczeń oraz oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń wyniosła 200 skarg.

Jak wynika z poniższego wykresu, w 2012 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 4907 skarg z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m., z czego 654 skargi dotyczyły opieszałości/zwłoki w procesie likwidacji szkód, co stanowiło 13% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczenia OC p.p.m. Natomiast w 2013 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 720 skarg z zakresu opieszałości w procesie likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m., co stanowiło 10,4% ogólnej liczby skarg z zakresu likwidacji szkód z obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego. W 2014 r. z kolei liczba skarg na nieterminowość wyniosła 566, co stanowiło już 9,2% ogólnej liczby skarg z zakresu nieprawidłowości w likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m.

Wykres 5. Liczba skarg z zakresu opieszałości w postępowaniu likwidacyjnym na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



Niniejsza część raportu poświęcona została opisowi niezgodnych z prawem praktyk, które występują w toku likwidacji szkód komunikacyjnych z ubezpieczenia OC p.p.m. Praktyki te polegają w głównej mierze na naruszaniu terminów prowadzenia postępowania likwidacyjnego określonych w ww. przepisach art. 14 ust. 1 w związku z ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych; niewypełniania obowiązków informacyjnych określonych w art. 14 ust. 3 ww. ustawy oraz art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Przeważająca liczba zarzutów kierowanych przez skarżących bądź ich pełnomocników w skargach napływających do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczy naruszenia terminów likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m., określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Analizowane sprawy pozwalają na stwierdzenie, że ubezpieczyciele przedstawiają w toku korespondencji z Rzecznikiem Ubezpieczonych różnorodne wyjaśnienia mające na celu usprawiedliwienie nieterminowości w wypłatach świadczeń odszkodowawczych z ubezpieczenia OC p.p.m. Roszczenia kierowane przez poszkodowanych do zakładów ubezpieczeń obejmują zarówno szkodę majątkową, jak i osobową. W analizowanych sprawach skarżący

występowali do ubezpieczycieli osobiście, jak również korzystali z usług profesjonalnych pełnomocników (adwokatów, radców prawnych) oraz tzw. kancelarii i doradców odszkodowawczych.

W celu przybliżenia oraz szczegółowego opisu powstałych praktyk, Rzecznik posłuży się następującymi przykładami prowadzonych przez niego postępowań skargowych.

W jednej ze spraw, pełnomocnik zgłosił w imieniu poszkodowanego szkodę osobową oraz sformułował roszczenie o wypłatę 20 000 zł zadośćuczynienia z tytułu rozstroju zdrowia poszkodowanego po wypadku oraz 1000 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia. Szkada została zgłoszona w dniu 29 sierpnia 2013 r., a **Generali TU S.A.** w dniu 2 października 2013 r. poinformowało pełnomocnika, że nie jest możliwe zajęcie stanowiska w sprawie z powodu konieczności „ustalenia następstw zdarzenia w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu”. Na skutek skargi oraz wystąpienia Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń pismem z dnia 21 listopada 2013 r. udzielił Rzecznikowi Ubezpieczonych lakonicznych wyjaśnień, w których wskazał, że stanowisko zostanie podjęte po uzyskaniu wyników badań lekarskich, na które skierowano poszkodowanego. W kolejnym piśmie (z dnia 4 marca 2014 r.), ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że badania lekarskie zostały przeprowadzone, w związku z czym, ubezpieczyciel wypłacił poszkodowanemu kwotę 1000 zł¹⁶¹.

Rzecznik Ubezpieczonych nie widzi podstaw, dla których ubezpieczyciel zwlekał z zajęciem stanowiska od dnia zgłoszenia szkody (sierpień 2013 r.) do marca 2014 r. w celu przeprowadzenia stosownych badań lekarskich. Ubezpieczyciel posiadał stosowną dokumentację nadesłaną przez poszkodowanego, ponadto jako profesjonalista powinien sprawnie i niezwłocznie przeprowadzić badania lekarskie w celu ustalenia uszczerbku poszkodowanego, o ile oczywiście istnieje konieczność przeprowadzenia tego typu badań. W zaistniałej sprawie, ubezpieczyciel nie miał podstawy do uzasadnienia stanu zwłoki, a świadczenie powinien wypłacić wraz z odsetkami ustawowymi za zwłokę.

W innym stanie faktycznym, pełnomocnik poszkodowanego zgłosił w dniu 12 grudnia 2013 r. szkodę do zakładu ubezpieczeń, jednakże **PZU S.A.** pozostawał bezczynny, w związku z powyższym, pełnomocnik wielokrotnie wzywał zakład ubezpieczeń do podjęcia działań i spełnienia świadczenia odszkodowawczego. Ubezpieczyciel nie odpowiedział jednak na przedmiotowe wezwania. Skarga na

¹⁶¹ Skarga RU/WSI/G/13068/ET/13.

bezczyńność sporządzona przez pełnomocnika wpłynęła do Rzecznika Ubezpieczonych w dniu 17 marca 2014 r. W wyniku interwencji podjętej przez Rzecznika, zakład ubezpieczeń pismem z dnia 6 maja 2014 r. poinformował Rzecznika o zajęciu stanowiska w dniu 1 kwietnia 2014 r. i przyznaniu stosownego odszkodowania w wysokości 35 000 zł. Jednakże, z uwagi na ustalenie przez ubezpieczyciela, iż poszkodowany przyczynił się do zdarzenia w 70%, świadczenie wypłacone zostało w kwocie 5500 zł. Ubezpieczyciel nie przedstawił jednak żadnych informacji uzasadniających zwłokę oraz nie wypłacił poszkodowanemu świadczenia ubocznego w postaci odsetek¹⁶².

W powyższym stanie faktycznym, ubezpieczyciel naruszył w sposób ewidentny normę art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, która nakłada na zakład ubezpieczeń obowiązek wystąpienia do poszkodowanego z wnioskiem o przedstawienie dokumentacji niezbędnej w celu likwidacji szkody. Ubezpieczyciel również powinien poinformować poszkodowanego oraz Rzecznika Ubezpieczonych o przyczynach braku zaspokojenia roszczenia odszkodowawczego w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Ubezpieczyciel nie podał również Rzecznikowi Ubezpieczonych żadnego uzasadnienia faktycznego, które uprawniałoby go do zastosowania przyczynienia się poszkodowanego do szkody na poziomie 70%. W korespondencji ograniczył się jedynie do stwierdzenia, że po „uwzględnieniu przyczynienia w wysokości 70% wypłacono kwotę 5500 zł”¹⁶³. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, takie wyjaśnienia są lakoniczne i niewystarczające.

W kolejnej sprawie, skarżący w piśmie z dnia 19 lutego 2014 r. wskazał, że na miejscu zdarzenia sprawca złożył oświadczenie, w którym przyznał się do odpowiedzialności za szkodę. Oświadczenie to zostało dodatkowo potwierdzone przez dwóch świadków zdarzenia. Jednakże **Generali TU S.A.**, pomimo interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, odmówiło przyjęcia odpowiedzialności w sprawie, bowiem wskazało, że zebrany materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie przez niego odpowiedzialności. Swoje stanowisko ubezpieczyciel uzasadnił tym, że sprawca nie potwierdził swojej odpowiedzialności, a właściciel pojazdu zaprzeczył jakoby jego pojazd uczestniczył w kolizji drogowej. Ubezpieczyciel wysłał do sprawcy pismo, w którym zażądał potwierdzenia jego odpowiedzialności. Pismo to pozostało bez odpowiedzi ze strony sprawcy¹⁶⁴.

¹⁶² Skarga RU/WSI/G/3460/ET/14.

¹⁶³ Zob. stanowisko PZU S.A. z dnia 6 maja 2014 r., skarga RU/WSI/G/3460/ET/14.

¹⁶⁴ Skarga RU/WSI/2359/NK/14.

Ubezpieczyciel uznał więc, iż skoro sprawca nie odpowiada na pismo wzywające do złożenia oświadczenia w przedmiocie odpowiedzialności to równoznaczne jest z tym, że sprawca odmawia uznania odpowiedzialności. Tego typu interpretacja nie jest w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych uzasadniona i nie znajduje oparcia w przepisach prawa. Ubezpieczyciel jest przecież podmiotem profesjonalnym, który powinien samodzielnie oraz z należytą starannością podejmować działania w celu ustalenia odpowiedzialności sprawcy zdarzenia oraz wysokości świadczenia odszkodowawczego. Mając na uwadze, że postępowanie likwidacyjne nie jest postępowaniem spornym, to rolą ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest przede wszystkim rozważenie i ocena materiału dowodowego przesądzającego o odpowiedzialności sprawcy zdarzenia. Ubezpieczyciel nie może, powołując się na przepis art. 6 k.c., żądać od poszkodowanego przedłożenia dokumentacji potwierdzającej odpowiedzialność sprawcy, powinien to działanie podjąć samodzielnie.

W kolejnej skardze, pełnomocnik poszkodowanego wskazał, że dokonał zawiadomienia o szkodzie w dniu 26 lutego 2014 r., natomiast w dniu 25 marca 2014 r. przesłał do **STU Ergo Hestia S.A.** pismo wraz ze wskazaniem roszczeń odszkodowawczych oraz ich udokumentowaniem. Pomimo prób kontaktu ze strony pełnomocnika, ubezpieczyciel nie dokonał wypłaty świadczenia do dnia 21 maja 2014 r. Przyczyną zwłoki był fakt, iż pracownik zakładu ubezpieczeń przysyłał korespondencję (potwierdzenie zgłoszenia szkody oraz dokumenty żądane przez ubezpieczyciela w toku likwidacji szkody) na adres zameldowania poszkodowanego, mimo że poszkodowany w tym miejscu nie zamieszkiwał oraz mimo faktu, że pełnomocnik i poszkodowany wyraźnie zaznaczyli (przy zgłoszeniu szkody i w późniejszej korespondencji z zakładem ubezpieczeń), aby korespondencję w toku likwidacji szkody kierować na adres pełnomocnika. Ubezpieczyciel w piśmie skierowanym do Rzecznika Ubezpieczonych na skutek podjętej interwencji wskazał, że opieszałość wynikała z błędnego zapisania przez pracownika towarzystwa adresu mailowego poszkodowanego podczas rejestracji szkody¹⁶⁵.

W zaistniałej sprawie, zakład ubezpieczeń nierzetelnie przeprowadził proces postępowania likwidacyjnego. W sytuacji, gdy poszkodowany bądź jego pełnomocnik wyraźnie wskazali adres, pod który korespondencja zakładu ubezpieczeń powinna być kierowana, ubezpieczyciel powinien z takim wskazaniem się zapoznać i do niego zastosować. W zaistniałej sprawie, brak wypłaty odszkodowania w terminie spowodowany

¹⁶⁵ Skarga RU/WSI/G/6432/MKO/14.

został przez zawinione działanie zakładu ubezpieczeń, a świadczenie powinno zostać wypłacone wraz z odsetkami ustawowymi za zwłokę.

W kolejnym analizowanym stanie faktycznym, pełnomocnik poszkodowanego zgłosił roszczenia do zakładu ubezpieczeń pismem z dnia 14 marca 2013 r. Do chwili złożenia skargi w dniu 23 maja 2013 r., **Gothaer TU S.A.** nie podjęło żadnych działań w sprawie. Na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, ubezpieczyciel udzielił wyjaśnień, przyznając się do błędu i wskazał, że przekazana przez pełnomocnika dokumentacja dotycząca szkody osobowej została omyłkowo zarejestrowana jako szkoda w pojeździe i nie przekazana do rejestracji w ramach szkody osobowej. Rejestracji dokonano dopiero w dniu 17 czerwca 2013 r. W dniu 19 czerwca 2013 r. dokonano wypłaty kwot bezspornych oraz zlecono przeprowadzenie komisji lekarskich, które odbyły się w dniach 26 czerwca oraz 15 lipca 2013 r. Ubezpieczyciel przeprosił za zwłokę oraz wskazał, iż jest to jednorazowy przypadek¹⁶⁶.

Nie budzi wątpliwości, iż opóźnienie w wypłacie należnego poszkodowanemu świadczenia nastąpiło z przyczyn, za które zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność. Poszkodowany nie może ponosić negatywnych następstw zwłoki ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń działając jako podmiot profesjonalny, powinien prawidłowo zarejestrować szkodę, bowiem procedury w tym zakresie są regulowane wewnętrznie przez ubezpieczyciela. Z punktu widzenia poszkodowanego bądź jego pełnomocnika okoliczność, że ubezpieczyciel błędnie zarejestrował dokumenty szkody osobowej jako szkodę majątkową (na pojeździe) nie ma żadnego znaczenia. Poszkodowany powinien mieć zapewnioną wypłatę świadczenia odszkodowawczego w ustawowym terminie. Z aprobatą należy przyjąć jednak treść wyjaśnień zakładu ubezpieczeń, w których ubezpieczyciel zidentyfikował swój błąd i niezwłocznie po jego wykryciu podjął czynności w ramach likwidacji szkody. Należy mieć jednak na uwadze, że w niniejszej sprawie poszkodowany może skutecznie zwrócić się do ubezpieczyciela o wypłatę odsetek za zwłokę liczonych od 31 dnia od dnia zgłoszenia szkody. Dobrą praktyką w niniejszej sprawie byłaby wypłata przez ubezpieczyciela odsetek bez wezwania pełnomocnika, szczególnie w sytuacji, gdy ubezpieczyciel sam wskazał, że przyczyna zwłoki wynikała z jego nieprawidłowego działania.

W innej sprawie, poszkodowany motocyklista w zdarzeniu drogowym z dnia 29 września 2013 r. zgłosił telefonicznie szkodę do **PZU S.A.** w dniu wypadku. Zarzuty

¹⁶⁶ RU/WSI/G/7082/BK/13.

przedstawione przez poszkodowanego w skardze skierowanej w dniu 8 stycznia 2014 r. dotyczyły następujących aspektów: braku wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody, braku odniesienia się do zgłoszenia szkody na mieniu, braku jakiegokolwiek stanowiska w przedmiocie wypłaty bądź odmowy wypłaty świadczenia. Skarżący nie posiadał, co prawda, dowodu potwierdzającego złożenie wymaganej dokumentacji do zakładu ubezpieczeń, jednakże oświadczył w skardze, że w dniu 2 października 2014 r. podczas spotkania z przedstawicielem zakładu ubezpieczeń przedstawił żądane dokumenty. W dniu 30 października 2014 r. ubezpieczyciel przesłał poszkodowanemu pismo, w którym wskazał, że wypłata świadczenia odszkodowawczego nie jest możliwa z uwagi na brak przekazania przez poszkodowanego następującej dokumentacji: dowodu rejestracyjnego, informacji o numerze konta bankowego, notatki policyjnej, prawa jazdy. W odpowiedzi na pismo, poszkodowany przekazał ponownie wymaganą dokumentację.

Na skutek wniesionej skargi, Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do ubezpieczyciela z interwencją. Po interwencji, ubezpieczyciel pismem z dnia 16 stycznia 2014 r. dokonał wypłaty świadczenia odszkodowawczego z tytułu szkody majątkowej. Ubezpieczyciel zastosował również tzw. potrącenia amortyzacyjne na elementy odzieży oraz wyposażenia motocyklisty (m.in. rękawice, buty motocyklowe, kombinezon, kask itp.). Skarżący nie zgodził się z dokonanymi przez zakład ubezpieczeń potrąceniami amortyzacyjnymi, o czym powiadomił Rzecznika Ubezpieczonych. Kolejna interwencja ze strony Rzecznika nie doprowadziła jednak do zmiany stanowiska ubezpieczyciela¹⁶⁷.

W zaistniałej sprawie, ubezpieczyciel powinien dokonać wypłaty świadczenia odszkodowawczego w ustawowym terminie. Brak było podstaw do zwłoki z wypłatą, szczególnie w sytuacji, gdy ubezpieczyciel mógł z łatwością zdobyć żadaną dokumentację. Ponadto skarżący wskazywał, że przekazał zakładowi ubezpieczeń stosowne dokumenty, których analiza pozwoliłaby ubezpieczycielowi ustalić swoją odpowiedzialność w sprawie w wymaganym terminie. Warto też zaznaczyć, że poszkodowany w dniu 6 listopada oraz 16 grudnia 2014 r. przesłał do zakładu ubezpieczeń pisma o charakterze odwoławczym – zażalenie oraz wezwanie do zapłaty. Ubezpieczyciel w zaistniałej sprawie w sposób rażący naruszył normy art. 14 ust. 1-3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Dopiero interwencja podjęta przez Rzecznika Ubezpieczonych przyniosła rezultat w postaci przyjęcia odpowiedzialności za szkodę i wypłatę świadczeń odszkodowawczych. Jednakże

¹⁶⁷ Skarga RU/WSI/G/254/UB/14.

część świadczenia obejmującego odszkodowanie za odzież i wyposażenie, została pomniejszona o amortyzację. Działanie takie, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, jest oczywiście sprzeczne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz stanowiskiem judykatury.

W innym przypadku, pełnomocnik skarżącego wniósł skargę w przedmiocie zwłoki ubezpieczyciela z wypłatą roszczenia z tytułu najmu pojazdu zastępczego. Pełnomocnik wskazał, iż przedstawił **BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.** (pismami z dnia 1 oraz 17 października 2013 r.) roszczenia wraz z dokumentacją potwierdzającą fakt wynajmu pojazdu zastępczego oraz stawki czynszu za najem. Do dnia wpłynięcia skargi (14 stycznia 2014 r.) pełnomocnik wskazał, iż zakład ubezpieczeń nie dokonał wypłaty świadczenia oraz nie przedstawił żadnego stanowiska mimo upływu ustawowego terminu. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń udzielił wyjaśnień wskazując, że roszczenie dotyczące zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego wpłynęło do zakładu ubezpieczeń w dniu 5 grudnia 2013 r. Wskazano również, że poinformowano poszkodowanego i jego pełnomocnika o konieczności uzupełnienia dokumentacji niezbędnej do ustalenia roszczenia w postaci umowy najmu oraz oświadczenia dotyczącego niezbędności najmu pojazdu zastępczego. Poinformowano również, że skarżący odwołał się od tak przedstawionego stanowiska zakładu ubezpieczeń i w dniu 30 grudnia 2013 r. ponownie przesłano skarżącemu informację dotyczącą dokumentacji niezbędnej – w ocenie zakładu ubezpieczeń – do rozpatrzenia roszczenia z tytułu najmu pojazdu zastępczego. W toku interwencji okazało się, że poszkodowany wniósł pozew o zapłatę odszkodowania z tytułu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego. Ubezpieczyciel poinformował Rzecznika Ubezpieczonych, że w dniu 28 marca 2014 r. przesłano skarżącemu propozycję ugody zawierającą świadczenie z tytułu najmu pojazdu zastępczego. Ubezpieczyciel skierowanie propozycji ugodowej argumentował tym faktem, że do pozwu o zapłatę została załączona niezbędna dokumentacja, której rzekomo zakład ubezpieczeń posiadał na etapie likwidacji szkody¹⁶⁸.

Należy wskazać, że w aktach postępowania skargowego posiadanych przez Rzecznika Ubezpieczonych znajduje się faktura VAT wystawiona poszkodowanemu przez przedsiębiorcę zajmującego się wynajmem pojazdów zastępczych. Z informacji przedstawionych przez pełnomocnika skarżącego wynika, że dokument ten został przedłożony ubezpieczycielowi wraz z roszczeniem o zwrot wydatków poniesionych na

¹⁶⁸ Skarga RU/WSI/G/418/MKJ/14.

najem pojazdu zastępczego. Ubezpieczyciel w toku postępowania likwidacyjnego konsekwentnie odmawiał wypłaty przedmiotowego roszczenia. Ubezpieczyciel dokonał zmiany stanowiska dopiero wówczas, gdy poszkodowany wniósł do sądu powszechnego pozew o zapłatę. Można więc przypuszczać, że na zmianę stanowiska zakładu ubezpieczeń wpłynęła realna wizja przyszłego postępowania sądowego i koszty uboczne związane z tym postępowaniem w postaci odsetek ustawowych za zwłokę; koszty postępowania oraz zastępstwa procesowego.

W kolejnej sprawie podlegającej analizie, poszkodowany złożył skargę z powodu zaniechania wypłaty przez **TUZ TUW** roszczenia z tytułu najmu pojazdu zastępczego oraz dopłaty świadczenia za zniszczenia pojazdu w ustawowym terminie. Skarżący wskazał, iż w dniu 4 grudnia 2012 r. poinformował ubezpieczyciela o szkodzie i konieczności wynajmowania pojazdu zastępczego. Po przeprowadzeniu pierwszych oględzin, poszkodowany zwrócił uwagę, iż pojazd posiadał dodatkowe uszkodzenia, które nie były ujęte w protokole. Poszkodowany zwrócił uwagę w skardze, iż dopiero po upływie około miesiąca od chwili złożenia żądania przeprowadzenia oględzin skontaktował się z nim telefonicznie likwidator zakładu ubezpieczeń. Zarzuty skarżącego dotyczyły również aroganckich i nie kulturalnych zachowań pracownika zakładu ubezpieczeń względem skarżącego podczas rozmowy telefonicznej. Skarżący wskazał, że pracownik towarzystwa sugerował, że poszkodowany nie otrzyma świadczenia odszkodowawczego oraz zwrotu kosztów najmu pojazdu zastępczego. Skarżący wskazał również, że pracownik towarzystwa wywierał presję na poszkodowanym i namawiał go do zaprzestania wynajmowania pojazdu zastępczego. Skarżący nie zgadzał się również z wysokością świadczenia i żądał przeprowadzenia powtórnych oględzin przez pracownika zakładu ubezpieczeń. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń poinformował, że wypłata świadczenia nastąpiła w dniu 6 lutego 2013 r. oraz że opieszałość została spowodowana tym, że skarżący wyraził zgodę wyłącznie na pisemny kontakt z towarzystwem w toku likwidacji szkody. Poszkodowany nie wyraził zgody na kontakt telefoniczny bądź przez e-mail. Ubezpieczyciel zaznaczył także, że na skutek rozpatrzenia odwołania poszkodowanego dokonano dopłaty świadczenia za zniszczenie pojazdu oraz uznano w całości roszczenie o zwrot kosztów najmu pojazdu zastępczego i wypłacono świadczenie zgodnie z przedstawioną fakturą VAT. Ubezpieczyciel wskazał także, że rozmowy telefoniczne nie są nagrywane, w związku z powyższym, nie odniósł się do zarzutu aroganckiego traktowania poszkodowanego przez pracownika TUZ TUW. Ubezpieczyciel poinformował jednak, że likwidator przeprosił

poszkodowanego pisemnie w dniu 31 stycznia 2013 r. za wszelkie niedogodności powstałe na etapie likwidacji szkody¹⁶⁹.

Nie budzi wątpliwości, że pracownicy zakładów ubezpieczeń kontaktujący się bezpośrednio z klientami czy poszkodowanymi powinni spełniać powszechnie obowiązujące wymogi etyczne w relacjach międzyludzkich. Pracownik towarzystwa ubezpieczeń nie może wprowadzać w błąd poszkodowanych podczas rozmów telefonicznych, ani tym bardziej, wywierać na nich presji w celu zaprzestania dochodzenia dalszych roszczeń czy wynajmowania pojazdu zastępczego w sytuacji, gdy roszczenia poszkodowanych są uzasadnione i słuszne. Likwidator powinien współpracować z poszkodowanym oraz zachować pełen profesjonalizm w podejmowanych czynnościach.

Pozytywnie jednak należy ocenić fakt, że na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych do poszkodowanego zostało przesłane pismo zawierające przeprosiny ze strony pracownika towarzystwa. Natomiast w sytuacji, gdy poszkodowany kieruje do ubezpieczyciela żądanie przeprowadzenia powtórnych oględzin uszkodzonego pojazdu, to zakład ubezpieczeń powinien niezwłocznie odnieść się do takiego żądania i podjąć niezbędne działania, tj.: przeprowadzić oględziny, bądź – w razie uznania, iż przeprowadzenie takich oględzin jest bezprzedmiotowe – poinformować skarżącego o tym fakcie i przedłożyć stosowne uzasadnienie dla odmowy dokonania tej czynności.

W analizowanym stanie faktycznym, skarżący zgłosił szkodę do zakładu ubezpieczeń w dniu 2 kwietnia 2013 r. Do dnia złożenia skargi (13 maja 2013 r.) **Link4 TU S.A.** nie przedstawiło żadnego stanowiska w sprawie oraz nie poinformował poszkodowanego o przyczynach braku zajęcia stanowiska w terminie, mimo że poszkodowany dopełnił wszystkich obowiązków nałożonych przez ubezpieczyciela w toku postępowania likwidacyjnego (tj. przedstawił pojazd do oględzin, na wniosek zakładu ubezpieczeń opisał okoliczności zdarzenia, przedłożył zeznania świadka). Na miejsce zdarzenia została wezwana policja, która jednoznacznie wskazała winę ubezpieczonego w Link4 TU S.A., sporządziła protokół i ukarała winnego mandatem. Sprawca przyznał się do winy i przyjął mandat.

Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń udzielił następujących wyjaśnień: w dniu 2 kwietnia 2013 r. została przyjęta przez zakład ubezpieczeń szkoda, po jej przyjęciu ubezpieczyciel podjął postępowanie likwidacyjne. W dniu 29 kwietnia 2013 r. ubezpieczyciel poinformował poszkodowanego o przyczynach

¹⁶⁹ Skarga RU/WSI/G/768/NK/13.

niemożności zajęcia stanowiska w ustawowym terminie, poszkodowany miał być również informowany o stanie sprawy podczas przeprowadzanych rozmów telefonicznych z pracownikami ubezpieczyciela. W dniu 2 maja 2013 r. na podstawie zgromadzonych dokumentów zostało zajęte stanowisko w sprawie. W dniu 6 maja 2013 r. po akceptacji stanowiska, świadczenie zostało przyznane na rachunek bankowy.

Ubezpieczyciel zajął również stanowisko w przedmiocie szkody osobowej, która została zgłoszona w dniu 5 kwietnia 2013 r., a wypłata zadośćuczynienia nastąpiła w dniu 6 maja 2013 r. Mimo przesłanego przez poszkodowanego odwołania w przedmiocie zaniżenia wysokości zadośćuczynienia, ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko.

W odpowiedzi na ww. wyjaśnienia poszkodowany przesłał do Rzecznika Ubezpieczonych wyjaśnienia, w których wskazał, że w dniu 29 kwietnia 2013 r. otrzymał wiadomość e-mail o rozmiarach szkody w pojeździe, w której wskazano, że informacje zawarte w wiadomości *„nie oznaczają przyjęcia odpowiedzialności przez LINK4 za powstałą szkodę”*. Następnie w dniu 6 maja 2013 r. otrzymał on pismo w którym wskazano wyłącznie, że: *„w dalszym ciągu toczy się postępowanie odszkodowawcze w przedmiotowej sprawie”*. Ostateczne stanowisko w sprawie poszkodowany otrzymał w dniu 14 maja 2013 r. pismem opatrzonym datą dnia 6 maja 2013 r. Poszkodowany wskazał również, że ubezpieczyciel nie zajął stanowiska w przedmiocie roszczenia o zwrot kosztów holowania i parkowania uszkodzonego pojazdu, pomimo że poszkodowany wezwał ubezpieczyciela do zapłaty tych roszczeń pismem z dnia 10 czerwca 2013 r. Po powtórnej interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, ubezpieczyciel częściowo zweryfikował roszczenia poszkodowanego i dokonał wypłaty świadczenia z tytułu kosztów holowania i parkowania¹⁷⁰.

W zaistniałej sytuacji, jeżeli ubezpieczyciel posiadał wszystkie niezbędne dokumenty umożliwiające ustalenie odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia, powinien wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od daty zgłoszenia zawiadomienia o szkodzie. W przypadku, gdy ubezpieczyciel przedstawił pismo, w którym lakonicznie wskazał, że postępowanie odszkodowawcze się toczy, to nie jest to wystarczające uzasadnienie. Ubezpieczyciel powinien przedstawić poszkodowanemu rozsądne i racjonalne argumenty przemawiające za brakiem możliwości zajęcia stanowiska w podstawowym terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zawiadomienia o szkodzie.

¹⁷⁰ Skarga RU/WSI/G/6351/WM/13.

Ubezpieczyciel powinien również bez zbędnej zwłoki zapoznać się roszczeniami dodatkowymi (kosztami holowania i parkowania pojazdu) wskazanymi w piśmie oraz udzielić poszkodowanemu stosownej informacji w przedmiocie uznania roszczeń, a w razie odmowy ich uznania, powinien przedstawić należyte uzasadnienie faktyczne i prawne dla tak podjętego stanowiska. Dopiero interwencja Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęła na to, że ubezpieczyciel uznał w znacznej części roszczenia poszkodowanego z tytułu parkowania i holowania uszkodzonego pojazdu.

W kolejnej sprawie, pełnomocnik skarżącego wysłał do **PZU S.A.** w dniu 25 lutego 2013 r. zgłoszenie szkody niemajątkowej i wezwał zakład ubezpieczeń do zapłaty zadośćuczynienia z tytułu śmierci osoby najbliższej. W dniu 3 kwietnia 2013 r. przesłano do ubezpieczyciela ponaglenie, jednakże pozostało ono bez odpowiedzi. W dniu sporządzenia skargi (30 kwietnia 2013 r.) pełnomocnik wskazał, że nie otrzymał od zakładu ubezpieczeń żadnego stanowiska w przedmiocie uznania bądź odmowy uznania roszczeń. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń odmówił uznania roszczenia z tytułu zadośćuczynienia na podstawie art. 23 i 24 k.c. w związku z art. 448 k.c. (wypadek miał miejsce w dniu 12 grudnia 2006 r.)¹⁷¹.

Nie budzi wątpliwości, iż ubezpieczyciel powinien przedstawić pełnomocnikowi w terminie 30 dni od daty zgłoszenia zawiadomienia pismo, w którym informowałaby o zajęтым stanowisku w sprawie oraz wskazałaby, że uznaje bądź odmawia uznania roszczeń odszkodowawczych. Dopiero interwencja Rzecznika Ubezpieczonych zainicjowała przedstawienie przez ubezpieczyciela merytorycznego stanowiska w sprawie, w którym odmówił on zapłaty zadośćuczynienia za śmierć osoby najbliższej wynikającego z treści art. 24 k.c. w związku z art. 448 k.c. Odnosząc się na marginesie do materialnoprawnego aspektu sporu należy wskazać, iż w zaistniałej problematyce istnieje ugruntowane orzecznictwo Sądu Najwyższego, jak również sądów powszechnych, które potwierdza prawo poszkodowanego do wystąpienia z roszczeniem o zadośćuczynienie za śmierć osoby najbliższej w wypadku sprzed 3 sierpnia 2008 r.¹⁷²

Jak wynika z powyższych przykładów, w dużej ilości analizowanych przypadków, nieterminowość w wypłacie świadczenia odszkodowawczego wynika ze sporu co do wysokości świadczenia odszkodowawczego należnego poszkodowanemu. Istnieje też duży

¹⁷¹ Skarga RU/WSI/G/6455/JP/13; podobnie w skardze RU/WSI/G/6457/JP/13. W obu sprawach roszczeń dochodziły siostry zmarłej. Podobne praktyki tego samego ubezpieczyciela zaobserwowano w skargach: RU/WSI/6457/JP/13; RU/WSI/G/6484/ET/13; RU/WSI/6494/BAP/13.

¹⁷² Część orzecznictwa w tej problematyce znajduje się na http://rzu.gov.pl/orzecznictwo/art-448-naruszenie-dobra-osobistego/Naruszenie_dobra_osobistego_20226.

odsetek skarg sporządzonych przez samych skarżących bądź ich pełnomocników, które dotyczą sytuacji, kiedy to ubezpieczyciel przyznaje bezsporną część świadczenia odszkodowawczego, a poszkodowany bądź jego pełnomocnik występują z pismem wzywającym do zapłaty świadczenia czy też odwołaniem. Przyczyną opieszałości lub zwłoki w takich sytuacjach jest brak jakiegokolwiek odpowiedzi ubezpieczyciela na wezwanie bądź odmowne stanowisko, co z przyczyn oczywistych przedłuża proces likwidacji szkody¹⁷³. Sprawy te dotyczą szkody majątkowej, roszczeń ubocznych z nią związanych oraz roszczeń majątkowych i niemajątkowych wynikających ze szkody osobowej.

Bezpośrednim powodem złożenia skargi w takich sytuacjach jest całkowita bierność zakładu ubezpieczeń w udzieleniu odpowiedzi na odwołanie/wezwanie bądź podtrzymanie dotychczasowego stanowiska w odpowiedzi na wezwanie skierowane przez poszkodowanego lub jego pełnomocnika.

W części analizowanych postępowań skargowych skarżący wskazywali, iż nieterminowość w prowadzeniu postępowania likwidacyjnego została spowodowana biernym oczekiwaniem przez zakład ubezpieczeń na uzyskanie potwierdzenia okoliczności zdarzenia przez sprawcę szkody, bądź też na uzyskanie notatki policyjnej zawierającej okoliczności faktyczne zdarzenia oraz informację na temat odpowiedzialności sprawcy¹⁷⁴.

Celem uzasadnienia takich praktyk, powoływano argumenty, iż samo oświadczenie sprawcy bądź też notatka policyjna sporządzona na miejscu zdarzenia jest dokumentem niewystarczającym do podjęcia działań w celu ustalenia odpowiedzialności sprawcy zdarzenia. Jako przyczynę nieterminowości wskazywano również na trudności w kontakcie ze sprawcą zdarzenia i uzyskanie od sprawcy stosownych informacji potwierdzających okoliczności wypadku oraz odpowiedzialność sprawcy.

Jak uprzednio wskazano, stosownie do art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie, a jeżeli wyjaśnienie w tym terminie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe,

¹⁷³ Skargi: RU/WSI/G/7257/MKO/14; RU/WSI/G/6612/MKO/12; RU/WSI/G/6894/MKO/14; RU/WSI/G/6195/BK/14; RU/WSI/6977/MKO.

¹⁷⁴ Omawiana problematyka ujawniła się m.in. w skargach: RU/WSI/G/433/MKJ/13; RU/WSI/G/396/MKJ/13; RU/WSI/G/10555/NK/14; RU/WSI/G/2359/NK/14; RU/WSI/G/6476/ET/14.

odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie. Ustawa przewiduje jeden wyjątek od wskazanych zasad, bowiem przekroczenie maksymalnego terminu 90 dni jest możliwe jedynie w przypadku, gdy stwierdzenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub też określenie wysokości odszkodowania uzależnione jest od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Zasadą jest jednak, że zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego we własnym zakresie, wobec czego zastosowanie tego przepisu jest możliwe jedynie w szczególnych przypadkach.

Poniżej zaprezentowane zostaną wybrane stany faktyczne, w których ubezpieczyciele uzasadniali nieterminowość w likwidacji szkód w oparciu o argumenty takie jak: niemożność uzyskania potwierdzenia okoliczności zdarzenia przez sprawcę, brak otrzymania notatki policyjnej, trudności w kontakcie ze sprawcą zdarzenia, czy też konieczność uzyskania opinii biegłego.

W jednej z analizowanych spraw, poszkodowany zgłosił w dniu 15 marca 2013 r. szkodę do **STU Ergo Hestia S.A.** Ubezpieczyciel dokonał wyceny wartości pojazdu w stanie sprzed szkody oraz wartości pozostałości, a także poinformował poszkodowanego o możliwości zbycia wraku pojazdu za pośrednictwem serwisu aukcyjnego. Sprzedaż wraku nie była skuteczna, a po upływie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody, poszkodowany przesłał do ubezpieczyciela pismo z prośbą o przesłanie stanowiska uzasadniającego zwłokę. Ubezpieczyciel wskazał w odpowiedzi, iż opóźnienie w wypłacie świadczenia wynikało z braku potwierdzenia okoliczności przez sprawcę zdarzenia oraz braku otrzymania notatki sporządzonej przez funkcjonariuszy policji na miejscu zdarzenia. Skarżący wskazał w skardze, iż analiza dokumentacji świadczy o tym, że ubezpieczyciel nie wystąpił do jednostki policji z prośbą o przedstawienie notatki z miejsca zdarzenia oraz uzyskał od policji informację, że zakład ubezpieczeń nie kontaktował się ze sprawcą w celu potwierdzenia odpowiedzialności.

W odpowiedzi na interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, STU Ergo Hestia S.A. w swoim stanowisku z dnia 18 czerwca 2013 r. uznało odpowiedzialność za zdarzenie, dokonało wypłaty świadczenia odszkodowawczego oraz przyznało, iż dopuściło się zwłoki w likwidacji szkody. Ubezpieczyciel przyznał, że likwidator wystąpił z prośbą o przedstawienie dokumentów (m.in. oświadczenia o przyznaniu odpowiedzialności) zbyt późno, tj. w dniu 24 kwietnia 2013 r. podczas, gdy zgłoszenie szkody nastąpiło w dniu 13

marca 2013 r. Ubezpieczyciel wskazał jednak, że niezwłocznie po otrzymaniu dokumentacji od sprawcy, podjęto ostateczne stanowisko w sprawie¹⁷⁵.

Pomimo ewidentnej zwłoki w wypłacie świadczenia, powyższe wyjaśnienia zakładu ubezpieczeń należałoby ocenić jako rzetelne. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, powyższa sprawa jest jedną z nielicznych, w której zakład ubezpieczeń przyznał bezspornie swoją odpowiedzialność za zwłokę oraz udzielił Rzecznikowi Ubezpieczonych tak szczegółowych wyjaśnień w toku postępowania skargowego. Oczywiście nie budzi wątpliwości, iż w niniejszej sprawie zakład ubezpieczeń dopuścił się zwłoki oraz naruszył bezwzględnie obowiązujące terminy przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, co należy oceniać negatywnie.

W kolejnej sprawie, pełnomocnik poszkodowanej złożył w dniu 9 stycznia 2013 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych skargę, wskazując jednocześnie, że do dnia złożenia skargi ubezpieczyciel nie dokonał wypłaty odszkodowania z tytułu poniesionych kosztów naprawy pojazdu oraz najmu pojazdu zastępczego. W skardze wskazano, że ubezpieczyciel, mimo przedstawionej dokumentacji oraz zgłoszenia szkody w dniu 5 kwietnia 2012 r. zwlekał z wypłatą świadczenia. Powodem nieterminowości ze strony zakładu ubezpieczeń był utrudniony kontakt ze sprawcą zdarzenia. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń wyjaśnił, że na miejscu zdarzenia nie było policji, świadków, a sprawca nie ułatwił ubezpieczycielowi ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody. W związku z powyższym, ubezpieczyciel zwrócił się do biegłego z zakresu techniki samochodowej i ruchu drogowego w celu przeprowadzenia rekonstrukcji wypadku i ustalenia odpowiedzialności sprawcy. W piśmie wyjaśniającym ubezpieczyciel wskazał także, że dokonał zapłaty żądanego przez poszkodowaną świadczenia oraz przyznał, iż dopuścił się nieterminowej likwidacji szkody, a także wypłacił ustawowe odsetki za zwłokę¹⁷⁶.

W opisywanych okolicznościach faktycznych, ubezpieczyciel – nawet jeżeli miał trudności z uzyskaniem niezbędnych informacji od sprawcy – mógł podjąć działania w celu zakończenia postępowania likwidacyjnego w ustawowym terminie. W celu wyjaśnienia wątpliwości ubezpieczyciel powinien doprowadzić do tego, aby opinia niezależnego rzeczoznawcy mająca na celu dokonanie rekonstrukcji przebiegu zdarzenia została wykonana w terminie 30 dni od daty zgłoszenia zawiadomienia o szkodzie.

¹⁷⁵ Skarga RU/WSI/G/5654/BK/13.

¹⁷⁶ Skarga RU/WSI/G/763/PO/13.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, działanie takie nie powinno doprowadzić do nieterminowości i mogło zostać zrealizowane w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. W realiach przedmiotowej sprawy przyjęcie zgłoszenia szkody nastąpiło w dniu 5 kwietnia 2012 r., a wypłata świadczenia dopiero po interwencji wysłanej przez Rzecznika Ubezpieczonych do ubezpieczyciela w dniu 21 lutego 2013 r. Pozytywnie należy ocenić wyjaśnienia ubezpieczyciela złożone na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, w których wskazano, że dokonano dopłaty świadczeń odszkodowawczych w żądanej wysokości, a za zwłokę zostały dopłacone poszkodowanej odsetki ustawowe.

W kolejnej sprawie, skarżący zgłosił szkodę do **InterRisk TU S.A. VIG** za pośrednictwem sieci internetowej w dniu 4 grudnia 2012 r. W dniu 4 stycznia 2013 r. otrzymał od zakładu ubezpieczeń stanowisko, w którym wskazano, że wypłata odszkodowania nie może nastąpić w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie. W piśmie tym nie wskazano przyczyny przedłużenia procesu likwidacji szkody. Ubezpieczyciel wskazał jedynie, że powróci do analizy sprawy po otrzymaniu dokumentu potwierdzającego winę sprawcy. Skarżący w skardze z dnia 14 stycznia 2013 r. skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych wskazał, że zakład ubezpieczeń w trakcie postępowania likwidacyjnego przypisał poszkodowanemu numer rejestracyjny pojazdu należący do sprawcy (WI1859T). Dodatkowo, w kosztorysie naprawczym ubezpieczyciel wskazał, że pojazd należący do poszkodowanego to Toyota Avensis Verso, pomimo że w rzeczywistości posiada pojazd marki Toyota Verso. W aktach prowadzonego postępowania interwencyjnego znajduje się oświadczenie sprawcy zdarzenia z aktualnym numerem rejestracyjnym (WI1859T). Oświadczenie to zostało przesłane do ubezpieczyciela w trakcie postępowania likwidacyjnego. Na skutek wystąpienia interwencyjnego Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń wskazał, że zwłoka została spowodowana brakiem możliwości uzyskania potwierdzenia okoliczności zdarzenia od sprawcy oraz koniecznością potwierdzenia numeru rejestracyjnego pojazdu poszkodowanego oraz numeru pojazdu sprawcy¹⁷⁷.

Ubezpieczyciel mógł w niniejszej sprawie z łatwością zweryfikować numer rejestracyjny pojazdu sprawcy na podstawie posiadanych dokumentów i ewidentnie popełnił błąd przypisując numer rejestracyjny pojazdu sprawcy do pojazdu poszkodowanego, co spowodowało zwłokę i komplikacje dla poszkodowanego na etapie

¹⁷⁷ Skarga RU/WSI/G/680/KD/13.

postępowania likwidacyjnego. W dokumentacji posiadanej przez Rzecznika Ubezpieczonych w aktach postępowania skargowego, znajduje się bowiem oświadczenie sprawcy zawierające prawidłowy i aktualny numer rejestracyjny pojazdu należącego do sprawcy. Należy zwrócić uwagę, iż oświadczenie sprawcy, które nie budzi wątpliwości może być dokumentem, na podstawie którego można bez przeszkód ustalić odpowiedzialność sprawcy. Jeżeli ubezpieczyciel kwestionowałby oświadczenie sprawcy, to powinien przedstawić dowód na okoliczność, że oświadczenie zostało sfalszowane bądź zawierało nieprawdziwe informacje. W niniejszej sprawie, ubezpieczyciel takiego dowodu nie przedstawił. Dlatego też, niezasadnie zwlekał z wypłatą świadczenia odszkodowawczego należnego poszkodowanemu. Nawet jeżeli ubezpieczyciel dysponował w swojej bazie nieaktualnym numerem rejestracyjnym pojazdu sprawcy, to posiadał przecież informacje o pojeździe i danych osobowych sprawcy. Mógł więc zweryfikować przedmiot ubezpieczenia za pomocą posiadanych informacji. W zaistniałej sprawie, nieterminowość zakładu ubezpieczeń wynika z przyczyn, za które odpowiedzialność ponosi zakład ubezpieczeń.

W innej skardze wskazano, że poszkodowany dokonał zgłoszenia szkody w dniu 17 listopada 2012 r. do **BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.** Po przeprowadzeniu oględzin w dniu 26 listopada 2012 r., poszkodowany otrzymał od ubezpieczyciela druk zgłoszenia szkody oraz prośbę o uzupełnienie danych, a następnie przesłał on do ubezpieczyciela wymagane dane wraz z opisem zdarzenia. W dniu 27 grudnia 2012 r. zakład ubezpieczeń ponownie przesłał prośbę o uzupełnienie dokumentacji oraz wskazał, iż nie posiada potwierdzenia okoliczności zdarzenia ze strony sprawcy. W dniu 11 grudnia 2012 r. ubezpieczyciel poinformował poszkodowanego, iż decyzja dotycząca szkody nie zostanie podjęta z powodu braku potwierdzenia okoliczności przez sprawcę wypadku. Poszkodowany wezwał w dniu 16 grudnia 2012 r. ubezpieczyciela do zapłaty, przesyłając ponownie oświadczenie sprawcy zdarzenia sporządzone w dniu kolizji. W dniu 24 grudnia 2012 r. poszkodowany otrzymał stanowisko podmiotu likwidującego szkodę na zlecenie ubezpieczyciela, w którym wskazano, że decyzja w przedmiocie wypłaty świadczenia nie zostanie podjęta, bowiem mimo dwukrotnego przesłania pisma do sprawcy oraz kontaktu telefonicznego, podczas którego sprawca zobowiązał się do przesłania potwierdzenia okoliczności zdarzenia, ubezpieczyciel nie otrzymał rzeczonego potwierdzenia.

Poszkodowany osobiście skontaktował się ze sprawcą i uzyskał informację, że sprawca wyśle niezwłocznie do zakładu ubezpieczeń niezbędne dokumenty w celu dalszej likwidacji szkody.

Po dwukrotnej interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, ubezpieczyciel udzielił wyjaśnień, iż na podstawie oświadczenia sporządzonego na miejscu zdarzenia nie mógł przyjąć odpowiedzialności za szkodę, bowiem uznał, iż oświadczenie to nie spełnia wszystkich wymogów wiarygodności, nie zawiera opisu i okoliczności zdarzenia ani miejsca zdarzenia. Ubezpieczyciel wskazał też, że trzykrotnie próbowano kontaktować się ze sprawcą zdarzenia pisemnie oraz regularnie próbowano kontaktu telefonicznego. Ubezpieczyciel wskazał, że ostatnia próba kontaktu w dniu 8 stycznia 2013 r. przyniosła rezultaty i w tym samym dniu postanowiono wydać stanowisko w sprawie uznające odpowiedzialność ubezpieczyciela¹⁷⁸.

W niniejszej sprawie należy ocenić, czy w świetle posiadanych możliwości, strony mogły dochować należytej staranności i współdziałać w toku postępowania likwidacyjnego. Jak wynika z informacji przedstawionych przez skarżącego, dopełnił on wszelkich zobowiązań oraz przesłał zakładowi ubezpieczeń niezbędną dokumentację. Ubezpieczyciel z drugiej strony, słusznie podniósł, iż oświadczenie sporządzone i przedstawione ubezpieczycielowi jest niekompletne, bowiem z jego analizy wynikało, że nie zawierało ono opisu okoliczności zdarzenia, miejsca zdarzenia oraz wyraźnego przyznania się sprawcy do odpowiedzialności za zdarzenie. Ubezpieczyciel wskazał również, że kontaktował się wielokrotnie ze sprawcą zdarzenia w celu ustalenia niezbędnych okoliczności faktycznych. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, nie było przeszkód do tego, aby ubezpieczyciel w toku nagrywanej przecież rozmowy, mógł uzyskać od sprawcy informację dotyczącą przebiegu zdarzenia oraz innych niezbędnych okoliczności.

2. Nieterminowość oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń w likwidacji szkód komunikacyjnych

Na polskim rynku ubezpieczeniowym istnieje pewna grupa podmiotów, które funkcjonują w formie prawnej jako oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Oddziały te wykonują czynności ubezpieczeniowe określone w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a w szczególności sprzedają produkty ubezpieczeniowe i zawierają umowy ubezpieczenia oraz wykonują czynności związane z likwidacją szkody.

¹⁷⁸ Skarga RU/WSI/G/2/ASO/13.

Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował, że oddziały te dopuszczają się pewnych istotnych nieprawidłowości, szczególnie na etapie likwidacji szkód komunikacyjnych z ubezpieczenia OC p.p.m.

Jak wynika ze statystyk posiadanych przez Rzecznika Ubezpieczonych, w 2012 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło ogółem 15 273 skarg. Spośród nich 96 skarg dotyczyło nieterminowości oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń, z czego 82 skargi dotyczyły opieszałości Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct) w procesie likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m. W 2013 r. ogólna liczba skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych wyniosła 16 516, z czego 139 skarg złożonych zostało z powodu nieterminowości oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Również w tym przypadku znaczna większość skarg z tej grupy (105 skarg) została złożona na działalność Axa Direct. Natomiast w 2014 r. do Biura Rzecznika wpłynęło ogółem 15 429 skarg, z czego 112 skarg dotyczyło opieszałości bądź zwłoki oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Niemal połowa z nich (51 skarg) została złożona na działalność Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce funkcjonującą pod marką Proama.

W części z analizowanych spraw, oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń nie odpowiadały na pismo przesłane przez Rzecznika Ubezpieczonych w ramach prowadzonego postępowania interwencyjnego, zawierające prośbę o udzielenie wyjaśnień w sprawie, przez co naruszały normę art. 29 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych. Przepis ten stanowi, że podmiot, który otrzymał wniosek Rzecznika w sprawach objętych zakresem jego działania, jest obowiązany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajętym stanowisku. Jest to szczególnie rażące naruszenie prawa, bowiem świadczy ono o braku respektowania uprawnień Rzecznika Ubezpieczonych, który jest publicznym organem administracji publicznej chroniącym interesy prawne i majątkowe osób dochodzących roszczeń od ubezpieczycieli.

Poniżej Rzecznik pragnie przedstawić wybrane stany faktyczne wynikające z przeanalizowanych postępowań wszczętych na skutek skarg składanych przez poszkodowanych na działalność oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń.

W analizowanej sprawie, szkoda osobowa została zgłoszona przez pełnomocnika poszkodowanego do **Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce (Proama)**, w dniu 18 grudnia 2013 r. oddział od czasu otrzymania zgłoszenia szkody nie podejmował działań, co spowodowało skierowanie przez pełnomocnika w dniu 22 stycznia 2014 r. wezwania do zapłaty świadczenia. Ubezpieczyciel nie przesłał również dokumentu zawierającego

uzasadnienie faktyczne dla braku spełnienia świadczenia w terminie 30 dni oraz nie podał przypuszczalnego terminu zajęcia stanowiska. Na skutek pisma interwencyjnego przesłanego przez Rzecznika Ubezpieczonych, oddział zagranicznego zakładu ubezpieczeń poinformował Rzecznika Ubezpieczonych, iż w dniu 25 kwietnia 2014 r. dokonał wypłaty świadczenia z tytułu zadośćuczynienia w kwocie 800 zł¹⁷⁹.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych, oddział zagranicznego zakładu ubezpieczeń był wyjątkowo bierny w procesie likwidacji szkody. Nie zajął żadnego stanowiska w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, nie wystąpił do poszkodowanego z żądaniem przedłożenia dokumentacji w sprawie, ani tym bardziej nie dokonał wypłaty kwoty bezspornej świadczenia odszkodowawczego żadanego przez pełnomocnika poszkodowanego. Dopiero działania Rzecznika przyniosły rezultat w postaci wypłaty świadczenia. Ubezpieczyciel w piśmie skierowanym do Rzecznika przeprosił za zwłokę w wypłacie świadczenia, jednakże nie udzielił żadnych informacji w przedmiocie wypłaty odsetek za zwłokę. Ubezpieczyciel pozostawał zatem w nieuzasadnionej zwłoce z wypłatą świadczenia odszkodowawczego.

W kolejnej sprawie, pełnomocnik skierował do **Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Ubezpieczenia)** zawiadomienie o szkodzie w dniu 31 maja 2013 r. W dniu 10 czerwca 2013 r. zakład ubezpieczeń potwierdził zgłoszenie szkody. Pełnomocnik nie otrzymał żadnego stanowiska zakładu ubezpieczeń ani tym bardziej kwoty bezspornej na dzień wniesienia skargi do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, tj. w dniu 31 lipca 2013 r. W wyjaśnieniach przedstawionych w odpowiedzi na korespondencję Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń stwierdził, że roszczenia zostały zgłoszone do zakładu ubezpieczeń w dniu 31 maja 2013 r., a w dniu 2 lipca 2013 r. pełnomocnikowi została przedstawiona propozycja ugodowego rozpatrzenia sporu, a wobec braku zgody pełnomocnika świadczenie zostało wypłacone w dniu 30 lipca 2013 r.¹⁸⁰

Należy mieć na uwadze, że w niniejszej sprawie, poza nieterminowością w likwidacji szkody zakład ubezpieczeń uchybił również obowiązkowi wypłaty kwoty bezspornej świadczenia oraz poinformowania poszkodowanego o przyczynach niemożliwości zaspokojenia jego roszczenia w podstawowym 30-dniowym terminie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

¹⁷⁹ Skarga RU/WSI/G/2848/ET/14; analogiczną praktykę tego samego oddziału można zaobserwować w skardze RU/WSI/G/1699/ASO/14.

¹⁸⁰ Skarga RU/WSI/G/10203/ET/13.

W innej sprawie, skarżący we wnioskach o podjęcie interwencji skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w dniach 7 maja 2014 r. oraz 1 czerwca 2014 r. wskazał, iż **Liberty Ubezpieczenia** pozostawał w zwłoce, co do wypłaty świadczenia odszkodowawczego wynikającego z kosztorysu sporządzonego na zlecenie poszkodowanego. Skarżący skorzystał z pomocy niezależnego eksperta, bowiem ubezpieczyciel w rozliczeniu kosztorysowym zastosował ceny części zamiennych oraz potrącenia amortyzacyjne. Pismem z dnia 31 maja 2014 r. poszkodowany wezwał ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia wynikającego z ww. kosztorysu. W odpowiedzi na interwencję, ubezpieczyciel wskazał, że szkoda została zgłoszona w dniu 17 marca 2014 r., a w dniu 19 marca 2014 r. wysłano do sprawcy pismo z prośbą o potwierdzenie okoliczności zdarzenia oraz dokonano oględzin. Powtórne oględziny zostały przeprowadzone w dniu 9 kwietnia 2014 r. Ubezpieczyciel wskazał również, że w dniu 18 kwietnia 2014 r. przesłał do poszkodowanego pismo zawierające przyczyny niemożliwości przyjęcia przez oddział odpowiedzialności i dokonania wypłaty świadczenia w terminie określonym w art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Stwierdzono, iż do przyjęcia odpowiedzialności oraz wyjaśnienia w pełni okoliczności faktycznych zdarzenia, konieczna była analiza dokumentacji zdjęciowej pojazdu sprawcy. W konsekwencji, pismem z dnia 13 maja 2014 r. poinformowano poszkodowanego o przyznaniu świadczenia wraz z odsetkami za opóźnienie¹⁸¹.

W zaistniałej sytuacji ubezpieczyciel w toku prowadzonej interwencji przyznał, iż dopuścił się opóźnienia w likwidacji szkody oraz wypłacił poszkodowanemu świadczenie wraz z odsetkami z tytułu zwłoki. Pozytywnie należy ocenić sytuację, w której ubezpieczyciel w wyjaśnieniach przedstawionych na etapie postępowania interwencyjnego przyznaje się do nieterminowości i dokonuje zapłaty odsetek ustawowych. Biorąc pod uwagę fakt, że ubezpieczyciel samodzielnie uznał, że szkoda została zlikwidowana z naruszeniem terminów ustawowych z całą pewnością można stwierdzić, że proces likwidacji szkody w zaistniałej sprawie ubezpieczyciel mógł przeprowadzić terminowo oraz z zachowaniem należytej staranności.

W skardze przesłanej do Rzecznika Ubezpieczonych skarżący wskazywał, iż zgłosił szkodę do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)** w dniu 27 września 2011 r. Zakład ubezpieczeń w toku procesu likwidacji szkody otrzymał nie budzące wątpliwości oświadczenie sprawcy zdarzenia wskazujące na przyznanie się sprawcy do

¹⁸¹ Skarga RU/WSI/G/5845/ASO/14.

winy oraz zawierające opis najistotniejszych okoliczności faktycznych wypadku. Oświadczenie było również załączone do skargi. Ubezpieczyciel po oględzinach pojazdu uszkodzonego ustalił wysokość świadczenia odszkodowawczego i poinformował o tym fakcie uszkodzonego. W dniu 2 listopada 2011 r. uszkodzony otrzymał drogą mailową informację o wycenie. Następnie, ubezpieczyciel udzielił informacji, iż świadczenie nie może zostać wypłacone terminowo z powodu braku potwierdzenia okoliczności zdarzenia od sprawcy. Ubezpieczyciel poinformował uszkodzonego, że przekazał sprawę podmiotowi zewnętrznemu w celu ustalenia stanu faktycznego. Uszkodzony przeprowadził w dniu 10 stycznia 2012 r. rozmowę telefoniczną, w której ubezpieczyciel udzielił informacji, iż skontaktował się ze sprawcą oraz, że sprawca udostępnił swój pojazd do oględzin. W dniu 16 stycznia 2012 r. skarga na nieterminowość w działaniu ubezpieczyciela została doręczona do Rzecznika Ubezpieczonych.

Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń lakonicznie wskazał, iż powodem opieszałości był utrudniony kontakt ze sprawcą zdarzenia, który po wypadku przebywał poza granicami kraju. Ubezpieczyciel w odpowiedzi stwierdził, iż powstały wątpliwości dotyczące okoliczności zdarzenia i w celu ich wyjaśnienia konieczne było przeprowadzenie oględzin pojazdu sprawcy. W wyjaśnieniach wskazano, że w dniu 23 stycznia 2013 r. przyjęto odpowiedzialność za zdarzenie, przyznano bezsporną kwotę odszkodowania oraz wypłacono odsetki w wysokości 34,10 zł¹⁸².

Zakład ubezpieczeń nie przedstawił w toku analizowanego postępowania likwidacyjnego uszkodzowanemu ani Rzecznikowi dowodów, dla których kwestionowałyby autentyczność oświadczenia sprawcy zdarzenia oraz prawdziwość okoliczności faktycznych stwierdzonych w oświadczeniu. Rzecznik Ubezpieczonych zapoznał się z załączoną do skargi kserokopią oświadczenia, z której w sposób jednoznaczny wynikał opis kolizji drogowej. W notatce zawarte było również w sposób nie budzący wątpliwości przyznanie się sprawcy do odpowiedzialności.

Ubezpieczyciel jedynie lakonicznie stwierdził, iż w zaistniałej sprawie istnieją wątpliwości, jednakże nie przedstawił w sposób szczegółowy tych okoliczności. Skarżący wskazał również, że ubezpieczyciel poinformował go o tym, że likwidacja szkody została zlecona podmiotowi trzeciemu. Można stwierdzić, że z uwagi na charakter przedmiotowej sprawy było to działanie, które w sposób niepotrzebny przedłużyło proces likwidacji szkody. Jednakże w korespondencji skierowanej do Rzecznika Ubezpieczonych w toku

¹⁸² Skarga RU/WSI/G/668/MI/13.

prowadzonego postępowania skargowego, ubezpieczyciel nie wskazał, iż korzystał z usług podmiotu zewnętrznego w celu wyjaśniania budzących wątpliwości okoliczności.

W innym przypadku, skarżący wskazał, że w dniu 27 listopada 2013 r. złożył do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)** zawiadomienie o szkodzie. Oddział przeprowadził w dniu 29 listopada 2013 r. oględziny, podczas których nie uwzględnił części zakresu uszkodzeń pojazdu, które w ocenie poszkodowanego powinny zostać uwzględnione.

Poszkodowany wskazał również, że podczas dalszego procesu likwidacji szkody miał trudności w kontakcie z oddziałem zakładu ubezpieczeń oraz jego przedstawicielami. W związku z powyższym, poszkodowany zlecił wykonanie naprawy pojazdu warsztatowi. Warsztat korespondował drogą mailową z oddziałem ubezpieczyciela w celu ustalenia zakresu naprawy i zweryfikowania przez oddział ubezpieczyciela propozycji kosztów naprawczych pojazdu przedstawionej przez warsztat. W ocenie ubezpieczyciela, koszt naprawy pojazdu przekraczał wartość pojazdu przed szkodą. Ubezpieczyciel fakt ten ustalił w dniu 2 grudnia 2013 r. Warsztat naprawczy przedstawił alternatywny kosztorys w dniu 3 stycznia 2014 r. W konsekwencji, oddział wypłacił świadczenie odszkodowawcze na podstawie przedstawionych faktur VAT. Wypłaty następowały kolejno w dniach 20 stycznia 2014 r.; 6 oraz 19 marca 2014 r.¹⁸³

W zaistniałej sprawie, oddział zagranicznego ubezpieczyciela ostatecznie zweryfikował swoje stanowisko i ustalił, że koszty naprawy uszkodzonego pojazdu uzasadniają powstanie szkody częściowej. W konsekwencji, dopłacono świadczenie odszkodowawcze za koszty naprawy pojazdu oraz wynajem pojazdu zastępczego. Zakład ubezpieczeń nie przedstawił również Rzecznikowi Ubezpieczonych należytego uzasadnienia dla nieterminowego prowadzenia postępowania likwidacyjnego. W ocenie Rzecznika, w zaistniałej sprawie nie było przeszkód do tego, aby oddział mógł ustalić w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zawiadomienia o szkodzie, że szkoda ma charakter częściowy oraz uwzględnić prawidłowy zakres uszkodzeń pojazdu mechanicznego. Realne działania podjęte przez poszkodowanego oraz warsztat naprawczy dały impuls oddziałowi do wypłaty świadczenia ustalonego w prawidłowej wysokości.

W innej sprawie, poszkodowany w kolizji drogowej z dnia 14 grudnia 2013 r., zgłosił roszczenie do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)** w dniu 16 grudnia 2013 r. Ubezpieczyciel przeprowadził oględziny w dniu 11 stycznia 2014 r. W ocenie

¹⁸³ Skarga RU/WSI/G/779/GC/14.

poszkodowanego, oględziny nie były przeprowadzone z należytą starannością. Wezwał on w dniu 24 stycznia 2014 r. ubezpieczyciela do przeprowadzenia ponownych oględzin. Do chwili złożenia skargi, tj. do dnia 29 stycznia 2014 r. oddział zakładu ubezpieczeń nie odniósł się do wniosków poszkodowanego i nie przeprowadził dalszych działań w celu likwidacji szkody. Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, oddział przedstawił informację, że likwidacja szkody została zakończona w dniu 19 marca 2014 r. wypłatą świadczenia w oparciu o faktury VAT przedstawione przez poszkodowanego. Wskazano również, że pismem z dnia 6 marca 2014 r. przeproszono poszkodowanego za wszelkie niedogodności powstałe na etapie likwidacji szkody¹⁸⁴.

W zaistniałej sytuacji, zakład ubezpieczeń nie miał podstaw do tego, aby likwidować przedmiotową szkodę nieterminowo. Ubezpieczyciel powinien odnieść się do żądania poszkodowanego w przedmiocie przeprowadzenia powtórnych oględzin. Nie wskazano również uzasadnienia faktycznego i prawnego na przedłużenie procesu likwidacji szkody, przez co naruszono normę art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pozytywnie należy jednak ocenić, iż ubezpieczyciel przeprosił poszkodowanego za przedłużenie procesu likwidacji szkody oraz za wszelkie niedogodności, które powstały w toku postępowania likwidacyjnego.

W kolejnym analizowanym przypadku, skarżący wskazał, iż do szkody doszło w dniu 5 lutego 2014 r. Sprawca został ukarany mandatem karnym na miejscu zdarzenia i uznany przez policję za winnego spowodowania kolizji drogowej. Dodatkowo, miejsce zdarzenia było monitorowane. Nagranie z monitoringu zawierało okoliczności zdarzenia. W skardze skierowanej w dniu 27 marca 2014 r. do Rzecznika Ubezpieczonych poszkodowany wskazał, że w dniu 3 marca 2014 r. otrzymał on od **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)** informację, iż „*na chwilę obecną wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności nie było możliwe*”. W ocenie skarżącego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie budzi wątpliwości oraz wszelkie dokumenty zostały przez poszkodowanego przekazane do oddziału. W odpowiedzi na interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, oddział ubezpieczyciela udzielił wyjaśnień, iż wypłata świadczenia oraz przyjęcie odpowiedzialności za zdarzenie nastąpiło w dniu 4 kwietnia 2014 r. Odpowiedzialność została przyjęta na podstawie opinii biegłego z zakresu techniki samochodowej. Ubezpieczyciel wskazał, że wydłużenie terminu wynikało z konieczności

¹⁸⁴ Skarga RU/WSI/G/1219/ASO/14.

ustalenia, że uszkodzenia powstały w okolicznościach podanych przez poszkodowanego. Skarżący został również pisemnie przeproszony przez oddział za nieterminowość¹⁸⁵.

Oddział zakładu ubezpieczeń nie przedstawił, zgodnie z treścią przepisu art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, należytego uzasadnienia faktycznego i prawnego dla braku wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zawiadomienia o szkodzie. Szczególnie należy wziąć pod uwagę fakt, że ubezpieczyciel dysponował niezbędną dokumentacją potwierdzającą odpowiedzialność sprawcy zdarzenia. Na podstawie analizy tej dokumentacji, zakład ubezpieczeń mógł podjąć działania w celu ustalenia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia w terminie ustawowym. Również w toku prowadzonej interwencji, ubezpieczyciel nie wyjaśnił w sposób wystarczający przyczyn, dla których skorzystał z opinii niezależnego rzeczoznawcy w celu ustalenia odpowiedzialności i wyjaśnienia okoliczności faktycznych zdarzenia. Pozytywnie należy natomiast ocenić, iż oddział ubezpieczyciela przyznał, że wypłata nastąpiła z przekroczeniem terminów, za co przeprosił poszkodowanego.

W innej sprawie będącej przedmiotem analizy, poszkodowany zgłosił w dniu 6 grudnia 2013 r. szkodę do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)**. W dniu 8 stycznia 2014 r. oddział poinformował poszkodowanego, iż wyjaśnienie okoliczności faktycznych niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe. Ubezpieczyciel zwrócił się do poszkodowanego z prośbą o dostarczenie dokumentów w postaci oświadczenia sprawcy oraz notatki policyjnej, pomimo że dokumenty te zostały sporządzone na miejscu zdarzenia. Poszkodowany skontaktował się z funkcjonariuszami policji, uzyskał informację, że notatka została sporządzona w dniu 6 grudnia 2013 r. i przesłana do oddziału ubezpieczyciela na jego wniosek. Od konsultanta oddziału uzyskał również informację, iż nadal trwają czynności wyjaśniające w sprawie. W dniu 20 stycznia 2014 r. poszkodowany uzyskał również informację, że stanowisko w przedmiocie likwidacji szkody oczekuje akceptacji ze strony przełożonego pracownika oddziału. Do dnia 31 stycznia 2014 r. (dzień sporządzenia skargi) poszkodowany nie otrzymał ani decyzji, ani wyceny ze strony ubezpieczyciela.

W wyjaśnieniach przedstawionych Rzecznikowi Ubezpieczonych, oddział zakładu ubezpieczeń wskazał, że szkoda została zgłoszona w dniu 11 grudnia 2013 r. (nie, jak twierdził poszkodowany w dniu 6 grudnia 2013 r.). Wskazano również, że w dniu 27 grudnia 2013 r. oddział miał przesłać poszkodowanemu stanowisko w przedmiocie

¹⁸⁵ Skarga RU/WSI/G/3494/NK/14.

nieopłacalności naprawy pojazdu, jednakże otrzymano zwrot korespondencji. W dniu 8 grudnia 2014 r. ponownie przedstawiono tę informację poszkodowanemu. Wskazano także, że przekroczenie terminu 30 dni nastąpiło z tego powodu, że „*zachodziła konieczność uzyskania potwierdzenia ujawnionego rozmiaru szkody we wskazanych przez Poszkodowanego okolicznościach. Niestety takiego potwierdzenia nie uzyskaliśmy od sprawcy zdarzenia, który nie podjął współpracy z AXA Direct po spowodowaniu kolizji. Nie mogąc jednoznacznie wykluczyć odpowiedzialności naszego zakładu ubezpieczeń za ujawnione uszkodzenia pojazdu Audi A6, decyzją z dnia 4 lutego 2014 r. przyznaliśmy Poszkodowanemu odszkodowanie ustalone metodą różnicową [...]. Odszkodowanie wypłaciliśmy w dniu 7 lutego 2014 r.*”¹⁸⁶

Jak wynika z powyższego stanu faktycznego, oddział ubezpieczyciela przekroczył podstawowy 30-dniowy termin na realizację świadczenia. Wyjaśnienia udzielone przez zakład ubezpieczeń Rzecznikowi Ubezpieczonych są niejasne, a w oparciu o nie, Rzecznik nie jest w stanie zweryfikować na jakiej podstawie ubezpieczyciel nie mógł dokonać wypłaty świadczenia w terminie. Ubezpieczyciel wskazał, że odpowiedzialność została przyjęta na podstawie notatki policyjnej oraz oświadczenia sprawcy. W związku z powyższym, ubezpieczyciel mógł w niniejszej sprawie wystąpić do policji o przesłanie oświadczenia sprawcy oraz notatki policyjnej w celu przeprowadzenia dalszych czynności likwidacyjnych. Nie było przeszkód do tego, aby przeprowadzić postępowanie likwidacyjne z należytą starannością oraz bez zbędnej zwłoki. Szczególnie, że oględziny zostały wykonane w dniu 13 grudnia 2013 r. i w tym czasie ubezpieczyciel dysponował już ustaloną wartością szkody.

W kolejnej ze spraw będących przedmiotem analizy, poszkodowany zgłosił w dniu 17 kwietnia 2014 r. szkodę do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)**. Do dnia złożenia skargi (tj. do 4 czerwca 2014 r.) oddział nie zajął żadnego merytorycznego stanowiska oraz nie przedstawił poszkodowanemu informacji o niemożności wypłaty świadczenia w terminie oraz o przypuszczalnym terminie zajęcia stanowiska. Wskazał również, że kontaktował się z konsultantami ubezpieczyciela, jednakże nie uzyskał stanowczej informacji w przedmiocie uznania bądź odmowy uznania roszczeń odszkodowawczych.

Po interwencji Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczyciel ustalił świadczenie odszkodowawcze oraz przyznał, iż pozostawał w zwłoce. Oddział wskazał, że po

¹⁸⁶ Skarga RU/WSI/G/1507/GC/14.

otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie, podjął postępowanie w sprawie ustalenia stanu faktycznego oraz zasadności roszczeń i wysokości świadczenia. W dniu 22 maja 2014 r. oddział oddalił w całości roszczenia poszkodowanego. Nie wskazano jednak powodów, dla których takie stanowisko zostało podjęte. Po wezwaniu do zapłaty, skierowanym przez poszkodowanego, ubezpieczyciel dokonał ponownej weryfikacji sprawy oraz zlecił wykonanie opinii biegłemu z zakresu techniki samochodowej w celu ustalenia odpowiedzialności sprawcy. Ubezpieczyciel w wyjaśnieniach wskazał, że w dniu 4 sierpnia 2014 r. uchylono decyzję w przedmiocie oddalenia roszczeń oraz przyznano świadczenie wraz z odsetkami za zwłokę. Wskazano, że zmiana stanowiska nastąpiła na podstawie opinii biegłego z dnia 23 lipca 2014 r., w której rekomendowano przyjęcie odpowiedzialności i uznanie roszczeń wobec „*braku racjonalnych argumentów merytorycznych niezbędnych do zanegowania zaistnienia kolizji i wykazania jednoznacznej niemożności powstania takiej kolizji wobec kompatybilności śladów uszkodzeń obu pojazdów*”¹⁸⁷.

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że ubezpieczyciel nie przedstawił Rzecznikowi Ubezpieczonych racjonalnego uzasadnienia dla oddalenia roszczeń poszkodowanego w dniu 22 maja 2014 r. Nie znane są powody, dla których takie stanowisko zostało podjęte. Ponadto, jak wynika z przedstawionego stanu faktycznego, ubezpieczyciel podjął realne działania w postaci zasięgnięcia opinii biegłego, dopiero wówczas, gdy poszkodowany skierował do ubezpieczyciela wezwanie do zapłaty. Powstaje więc pytanie, dlaczego zakład ubezpieczeń nie skorzystał z opinii biegłego wcześniej, tj. w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie.

Z całą pewnością pozytywnie należy jednak ocenić fakt, iż ubezpieczyciel przyznał, iż nieterminowość zaistniała z przyczyn, za które ponosi on odpowiedzialność oraz dokonał wypłaty świadczenia poszkodowanemu wraz z odsetkami ustawowymi. Należy stwierdzić, iż w tego typu sprawie, ubezpieczyciel powinien ustalić swoją odpowiedzialność oraz dokonać wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o szkodzie. Nie powinien również biernie oczekiwać z podjęciem takich działań do czasu złożenia przez poszkodowanego wezwania do zapłaty.

W innej sprawie, pełnomocnik poszkodowanego w skardze sporządzonej w dniu 13 maja 2013 r. wskazał, iż pracownik poszkodowanego zgłosił w dniu 25 stycznia 2013 r. szkodę do **Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)**, a w dniu 19 lutego 2013 r.

¹⁸⁷ Zob. pismo z dnia 5 sierpnia 2014 r., skarga RU/WSI/G/6979/NK/14.

przedstawiono oddziałowi zagranicznego ubezpieczyciela fakturę potwierdzającą naprawienie szkody w pojeździe. W dniu 22 kwietnia 2013 r. pełnomocnik zwrócił się do oddziału z zapytaniem o postępy w sprawie. W odpowiedzi otrzymał on informację, iż rzeczoznawca oddziału „*nadal nad nią pracuje*”. Mimo zgłoszenia szkody, zakład ubezpieczeń ani nie wypłacił poszkodowanemu kwoty bezspornej ani nie przedstawił żadnego stanowiska w sprawie. Pełnomocnik poszkodowanego wskazał również, że oddział otrzymał wszelkie niezbędne dokumenty potwierdzające sprawstwo oraz okoliczności zdarzenia, a poszkodowany dochował należytej staranności na etapie likwidacji szkody.

W odpowiedzi na interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, zakład ubezpieczeń udzielił wyjaśnień, w których wskazał, że po przyjęciu zgłoszenia dokonano oględzin pojazdu, a w dniu 29 stycznia 2013 r. wystąpiono do sprawcy o przesłanie dokumentów i informacji niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności za zdarzenie i rozpatrzenia roszczeń. W dniu 21 lutego 2013 r. przesłano do poszkodowanego pismo informujące o braku możliwości zakończenia postępowania. W uzasadnieniu pisma wskazano, że nieterminowość wynika z konieczności uzyskania notatki policyjnej oraz przeprowadzenia postępowania zmierzającego do ustalenia stanu faktycznego zdarzenia. Oddział przyznał, że w dniu 26 lutego 2013 r. oraz 14 marca 2013 r. wpłynęły informacje dotyczące zdarzenia drogowego. Z informacji tych wynikało, że sprawca zdarzenia oddalił się z miejsca zdarzenia pozostawiając tablicę rejestracyjną. Mimo powyższego, dopiero w dniu 11 czerwca 2013 r. ubezpieczyciel dokonał wypłaty świadczenia odszkodowawczego na podstawie faktury potwierdzającej dokonanie naprawy pojazdu¹⁸⁸.

W zaistniałej sprawie, zwłoka wynikała z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność zakład ubezpieczeń. Dopiero w dniu 21 lutego 2013 r. wysłano monit do Komendy Miejskiej Policji w Legnicy, mimo że szkodę zgłoszono do oddziału w dniu 25 stycznia 2013 r. W dniach 26 lutego oraz 14 marca 2013 r. ubezpieczyciel posiadał również niezbędne dokumenty pozwalające na bezsporne ustalenie odpowiedzialności sprawcy i okoliczności faktycznych zdarzenia. Dodatkowo, jak wskazuje pełnomocnik, faktura została doręczona do oddziału w dniu 19 lutego 2013 r.

Z okoliczności sprawy i dokumentacji znajdującej się w aktach postępowania skargowego wynika, że oddział mógł przeprowadzić proces likwidacji szkody w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Mógł wystąpić do policji

¹⁸⁸ Skarga RU/WSI/G/6375/MI/13.

o przedstawienie dokumentów niezwłocznie od dnia otrzymania zawiadomienia, szczególnie, że oddział posiadał potwierdzenie, że sprawca był na miejscu zdarzenia. Dodatkowo, proces likwidacji szkody powinien ułatwić fakt, że poszkodowany przedstawił fakturę VAT potwierdzającą dokonaną naprawę. Niezrozumiały dla Rzecznika Ubezpieczonych jest fakt, że ubezpieczyciel dokonał wypłaty dopiero w dniu 11 czerwca 2013 r., pomimo że faktura została mu przedstawiona już w dniu 19 lutego 2013 r.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, ubezpieczyciel powinien przyznać, iż był w zwłoce w niniejszej sprawie oraz powinien dokonać wypłaty odsetek ustawowych za zwłokę bez wezwania wierzyciela.

Na marginesie, należy zaznaczyć, że istnieją oddziały, które nie udzielają w ogóle odpowiedzi na interwencję przesłaną przez Rzecznika Ubezpieczonych. Działanie takie stanowi naruszenie bezwzględnie obowiązującej normy art. 29 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Ubezpieczonych. W części z analizowanych spraw¹⁸⁹ oddziały zagranicznych ubezpieczycieli pozostają bierne w przedmiocie udzielania wyjaśnień. W takich sytuacjach Rzecznik Ubezpieczonych przesyła do podmiotów tych pisma ponagające bądź informuje Komisję Nadzoru Finansowego o dostrzeżonych nieprawidłowościach.

Powyższe praktyki oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń pokazują, iż podmioty te w części przypadków nie dostosowały swojej działalności do powszechnie obowiązujących przepisów prawa polskiego. Analizowane sprawy są dowodem na to, iż w części prowadzonych postępowań likwidacyjnych oddziały zagranicznych zakładów działają w sposób niestaranny, nieprofesjonalny oraz nie zabezpieczają należycie interesów osób poszkodowanych. Należy też uznać, że brak odpowiedzi na interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, bądź rażąca zwłoka w odpowiedzi świadczy o nieposzanowaniu i lekceważeniu przez oddziały instytucji publicznych działających w Polsce na podstawie uregulowań ustawowych.

Pojawienie się na rynku ubezpieczeń gospodarczych oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń doprowadziło do pewnych istotnych zmian na rynku podmiotów świadczących usługi ubezpieczeniowe. Podmioty te nie podlegają bowiem bezpośredniemu nadzorowi ze strony Komisji Nadzoru Finansowego, co może wpływać na

¹⁸⁹ Skarga RU/WSI/G/5956/MI/14 – w przedmiotowej sprawie skarga została doręczona w dniu 12 maja 2014 r., w dniu 12 czerwca 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z interwencją, Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce nie przedstawił w terminie żadnych wyjaśnień, w związku z powyższym, pismami z dnia 9 października 2014 r. oraz z dnia 2 grudnia 2014 r. wezwano ubezpieczyciela ponownie do udzielenia informacji. Do chwili obecnej nie przedstawiono Rzecznikowi Ubezpieczonych wyjaśnień. Podobne praktyki tego podmiotu zostały zaobserwowane w skargach: RU/WSI/G/9420/KD/14; RU/WSI/G/7304/MI/14; RU/WSI/G/6597/PO/14; RU/WSI/G/6135/NK/14; RU/WSI/G/4985/BK/14.

brak równych warunków dla prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na terytorium Polski.

Brak równości może przejawiać się w nieustannie trwającej wojnie cenowej, w której oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń, nie licząc się z ewentualnymi sankcjami ze strony nadzoru polskiego, mogą (choćby okresowo) oferować klientom obowiązkowe ubezpieczenie OC p.p.m. na znacznie lepszych warunkach cenowych, niż zakłady ubezpieczeń z siedzibą w Polsce. Taki stan rzeczy może powodować nieadekwatność składki ubezpieczeniowej w relacji do świadczonych usług na etapie posprzedażowym, czyli podczas procesu likwidacji szkody.

Podmioty nie podlegające nadzorowi mogą w pewnych okresach podejmować działania w celu odebrania klientów większym graczom np.: poprzez stosowanie daleko idących zniżek na składki ubezpieczeniowe. Odpowiedzią na takie działania jest z kolei zaniżanie wysokości składek przez pozostałych uczestników rynku. Stan ten prowadzi do wyniszczającej wojny cenowej, w której najwięcej tracą osoby poszkodowane w zdarzeniach drogowych. Zaniżanie wysokości składek ubezpieczeniowych powoduje brak wystarczających środków na pokrycie zobowiązań wynikających z roszczeń odszkodowawczych kierowanych przez poszkodowanych do zakładów ubezpieczeń, co powoduje szereg nieprawidłowości, m.in.: polegających na nieterminowych wypłatach świadczeń odszkodowawczych.

Dlatego też, dla usprawnienia istniejącego systemu konieczne wydaje się objęcie przez nadzór finansowy działalności ubezpieczeniowej świadczonej na terytorium RP przez oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Rzecznik Ubezpieczonych w pełni pozytywnie ocenia działania Komisji Nadzoru Finansowego zmierzające do rozszerzenia swoich kompetencji również na te podmioty. Z całą pewnością dopiero symetryczne podejście nadzoru do podmiotów oferujących ubezpieczenia OC p.p.m. da szersze możliwości oddziaływania na rzecz zapewnienia adekwatnej wysokości składki, poprawy jakości obsługi na poziomie likwidacji szkody, a tym samym jednolitych standardów.

3. Kary pieniężne nakładane na zakłady ubezpieczeń w drodze decyzji Komisji Nadzoru Finansowego

Rzecznik Ubezpieczonych od dłuższego czasu obserwuje oraz, co do zasady, pozytywnie ocenia aktywne działania organu nadzoru w sferze nakładania na ubezpieczycieli sankcji w postaci kar pieniężnych z powodu naruszenia przepisów art. 14 ust. 1 i 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Podstawę prawną zawierającą uprawnienie organu nadzoru do nakładania kar pieniężnych na zakłady ubezpieczeń stanowi przepis art. 14 ust. 3a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w związku z art. 212 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Kary określone w powyższej normie stosowane są w razie następujących naruszeń: braku wypłaty świadczenia w terminie określonym w art. 14 ust. 1 oraz ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz braku spełnienia obowiązków informacyjnych określonych w art. 14 ust. 3 ww. ustawy. W razie dokonania naruszenia, organ nadzoru w drodze decyzji nakłada na członków zarządu zakładu ubezpieczeń lub prokurentów kary pieniężne do wysokości odpowiadającej trzykrotnemu przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy (art. 212 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) albo nakłada na zakłady ubezpieczeń kary pieniężne do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto uzyskanej przez zakład ubezpieczeń w roku poprzednim, a w przypadku gdy zakład ubezpieczeń nie prowadził działalności lub miał zbiór składki przypisanej poniżej 20 mln złotych do wysokości 100 000 zł (art. 212 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Jak wynika z wykazu kar nałożonych przez Komisję Nadzoru Finansowego opublikowanego na stronie internetowej urzędu, aktywność organu nadzoru w obszarze nakładania kar finansowych na ubezpieczycieli za nieterminowość przy likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m. w latach 2013-2014 przedstawia się następująco:

Tabela 8. Wykaz kar finansowych nałożonych przez Komisję Nadzoru Finansowego na zakłady ubezpieczeń za nieterminowość przy likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m. w latach 2013-2014

Lp.	Zakład ubezpieczeń	Rodzaj naruszenia	Wysokość kary	Data wydania decyzji
1.	Link4 TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	25 000 zł	16.12.2014
2.	Gothaer TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	100 000 zł	16.12.2014
3.	TUZ TUW	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m.	7000 zł	18.11.2014
4.	Compensa TU S.A. VIG	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	70 000 zł	18.11.2014
5.	STU Ergo Hestia S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia	100 000 zł	18.11.2014

		OC p.p.m.		
6.	PZU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	150 000 zł	04.11.2014
7.	Aviva TUO S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	5000 zł	21.10.2014
8.	BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m.	3000 zł	23.09.2014
9.	MTU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	40 000 zł	02.09.2014
10.	Benefia TU S.A. VIG	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem,	40 000 zł	22.07.2014

		że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.		
11.	InterRisk TU S.A. VIG	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	50 000 zł	24.06.2014
12.	TUiR Warta S.A (jako następca prawny HDI Asekuracja TU S.A.)	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	100 000 zł	10.06.2014
13.	TUiR Warta S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	120 000 zł	10.06.2014
14.	Compensa TU S.A. VIG	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje	70 000 zł	10.06.2014

		w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.		
15.	TUW TUW	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	30 000 zł	08.04.2014
16.	TUiR Allianz Polska S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	40 000 zł	20.12.2013
17.	PZU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	150 000 zł	03.09.2013
18.	MTU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	20 000 zł	13.08.2013

19.	TUW TUW	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	15 000 zł	13.08.2013
20.	Unią TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	10 000 zł	02.07.2013
21.	Generali TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	50 000 zł	02.07.2013
22.	Gothaer TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu.	20 000 zł	18.06.2013
23.	TUiR Warta S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań	150 000 zł	26.02.2013

		z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu. Naruszenie zostało stwierdzone przez organu nadzoru po raz czwarty.		
24.	Gothaer TU S.A.	Niewypłacenie w ustawowym terminie odszkodowań z obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. oraz niewywiązanie się w ustawowym terminie z obowiązku poinformowania osoby występującej z roszczeniem, że odszkodowanie jej nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu. Również w tym przypadku naruszenie zostało stwierdzone po raz czwarty.	25 000 zł	26.02.2013

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Komisji Nadzoru Finansowego, http://bip.knf.gov.pl/?l=/Komisja/050_Kary/kary.html.

Jak wynika z powyższego zestawienia kar pieniężnych nakładanych przez organ nadzoru – w 2013 r. nałożono na zakłady ubezpieczeń 9 kar pieniężnych, podczas gdy w 2014 r. liczba ta wynosiła już 15.

Rzecznik Ubezpieczonych chciałby zwrócić jednak szczególną uwagę na wysokość kar finansowych w poszczególnych przypadkach, które wydają się być zbyt niskie, a tym samym mało dotkliwe dla podmiotów korporacyjnych, którymi są zakłady ubezpieczeń. Należy mieć na uwadze, że kara finansowa jest publiczną sankcją administracyjną, która powinna być odczuwalna i dotkliwa dla podmiotu sankcjonowanego. Sankcja za naruszenie bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa powinna uderzyć w interesy majątkowe przedsiębiorcy oraz mieć charakter prewencyjny, tj.: oddziaływać w ten sposób, żeby przedsiębiorca zagrożony realną sankcją nie dokonywał tych samych

naruszeń w przyszłości. Sankcja powinna być dolegliwa oraz odstrasżająca. Istotą nadzoru jest przecież regulowanie rynku oraz zapobieganie naruszeniom poprzez stosowanie w ramach posiadanych kompetencji środków nadzorczych (w zaistniałym przypadku kar o charakterze pieniężnym).

Niewątpliwie aktywność oraz inicjatywę nadzoru w zakresie nakładania kar finansowych należy ocenić pozytywnie. Rzecznik Ubezpieczonych popiera również działania nadzoru finansowego, których celem jest wpłynięcie na polepszenie procedur likwidacyjnych zakładów ubezpieczeń oraz zapewnienie należytej obsługi poszkodowanych na etapie likwidacji szkody. Z założenia, nakładanie kar finansowych powinno przynieść taki skutek chociażby pośrednio. Należy jednak zwrócić uwagę, że najważniejszym czynnikiem świadczącym o dolegliwości sankcji jest wysokość kary. Jeżeli kary finansowe będą wyższe, to tym bardziej mogą one wpłynąć na zakłady ubezpieczeń w ten sposób, że poprawią one swoje praktyki w likwidacji szkód z ubezpieczenia OC p.p.m. oraz będą dążyć do przestrzegania obowiązujących przepisów.

Przy mierzeniu stopnia dolegliwości danej sankcji finansowej należy również wziąć pod uwagę sytuację finansową podmiotu, wobec którego sankcja jest nałożona. Niewątpliwie zakłady ubezpieczeń są podmiotami o dużej i wielowarstwowej strukturze korporacyjnej, posiadają majątek oraz liczne aktywa. Zakłady ubezpieczeń posiadają również zapewnione odpowiednie rezerwy finansowe na wypadek ich niewypłacalności. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, nakładanie kar na ubezpieczycieli w wysokości 3000 zł (BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. w 2014 r.), 5000 zł (AVIVA TUO S.A. w 2014 r.) oraz 7000 zł (TUZ TUW w 2014 r.) jest zdecydowanie niewystarczającym i mało efektywnym środkiem nadzorczym dla takich podmiotów. W takich przypadkach, sankcje finansowe powinny być bardziej wymierne. Zapłata tak niskich kwot dla ubezpieczycieli nie jest żadną dolegliwością, a kara finansowa nie spełni swojej roli i zakładanej funkcji.

Jak wynika również ze sporządzonego zestawienia, najwyższa kara finansowa w analizowanym okresie wyniosła 150 000 zł i została nałożona na 2 największych ubezpieczycieli występujących na rynku – PZU S.A. (w 2013 r. oraz 2014 r.) oraz TUiR Warta S.A. (w przypadku stwierdzenia naruszenia po raz czwarty). Również i w tym przypadku należy poddać w wątpliwość wysokość sankcji w odniesieniu do majątku oraz struktury dwóch największych graczy występujących na rynku usług ubezpieczeniowych. Kary finansowe powinny być szczególnie wyższe w przypadku dostrzeżenia przez organ nadzorczy tego samego naruszenia po raz kolejny. Ponowne naruszenia zostały

zidentyfikowane w przypadku Gothaer S.A. oraz TUiR Warta S.A. Jednakże, w przypadku Gothaer S.A. kara nałożona w 2013 r. wyniosła jedynie 25 000 zł.

Reasumując, z pełną aprobatą należy ocenić działania nadzorcze KNF polegające na wymierzaniu sankcji za nieterminowość w likwidacji szkód z OC p.p.m. i niespełnienie obowiązków informacyjnych, jednakże należy uczulić nadzorcę, aby zwracano uwagę na głębszą dolegliwość sankcji. Zwiększenie represyjności oraz prewencji sankcji osiągnąć można poprzez wymierzanie wyższych kar finansowych, które na pewno przyczynią się do polepszenia jakości przestrzegania przepisów prawa przez ubezpieczycieli i tym samym, wpłyną na zwiększenie ochrony osób poszkodowanych.

4. Podsumowanie

Niewątpliwie praktyki zakładów ubezpieczeń naruszające normy określające terminy przeprowadzenia likwidacji szkody z ubezpieczenia OC p.p.m. oraz nakładające na ubezpieczycieli określone obowiązki informacyjne, w rażącym stopniu krzywdzą interesy prawne i majątkowe osób poszkodowanych.

Analiza spraw napływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych pozwala zaobserwować, iż zarówno zakłady ubezpieczeń, jak i oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń dopuszczają się nieprawidłowości polegających na nieprzestrzeganiu terminów określonych ustawą. Jak wynika z przeprowadzonej analizy postępowań skargowych, praktyki ubezpieczycieli likwidujących szkody komunikacyjne z ubezpieczenia OC p.p.m. polegają na:

- naruszaniu terminu wypłaty odszkodowania określonego w art. 14 ust. 1 ustawy ubezpieczeniach obowiązkowych;
- niewypełnianiu obowiązków informacyjnych określonych w art. 14 ust. 2 ww. ustawy;
- niewskazywaniu bądź nierzetelnym wskazywaniu podstawy prawnej i faktycznej uzasadniającej odmowę uznania roszczeń w całości lub części stosownie do treści art. 14 ust. 3 ww. ustawy;
- oczekiwaniu z wypłatą świadczenia odszkodowawczego do czasu uzyskania potwierdzenia okoliczności zdarzenia przez sprawcę, mimo że z posiadanych dokumentów ubezpieczyciel mógł ustalić odpowiedzialność za szkodę;
- oczekiwaniu z wypłatą świadczenia do czasu uzyskania notatki policyjnej bądź opinii biegłego;
- przewlekaniu i nierzetelnym prowadzeniu procesu likwidacji szkody;

- zaniechaniu odpowiedzi na zgłoszenie szkody lub wezwanie do zapłaty składane przez poszkodowanych lub ich pełnomocników.

Pozytywnie należy oczywiście oceniać, iż ubezpieczyciele w części spraw przyznawali się do zwłoki lub opieszałości oraz dokonywali dopłaty odsetek z tego tytułu bez wezwania poszkodowanego. Jednakże była to znikoma liczba spośród wszystkich przeanalizowanych spraw na potrzeby niniejszego raportu.

Warto wskazać, iż poszkodowany, względem którego zakład ubezpieczeń opieszale likwiduje szkodę posiada mocno ograniczone środki prawne na etapie postępowania przedsądowego, które umożliwią mu wpłynięcie na bierność ubezpieczyciela i uzyskanie świadczenia odszkodowawczego w terminie. Przede wszystkim, poszkodowany powinien w takim przypadku wezwać ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia oraz zażądać od zakładu ubezpieczeń odsetek ustawowych za zwłokę lub opóźnienie. Oczywiście zasadnym działaniem byłoby również na tym etapie złożenie skargi do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do Komisji Nadzoru Finansowego w celu poinformowania organu nadzoru o dostrzeżonych nieprawidłowościach.

Należy w tym miejscu wskazać również, że organ nadzoru dysponuje określonymi wiążącymi instrumentami prawnymi, których użycie może wpłynąć realnie na polepszenie jakości procedur likwidacyjnych. Poza omawianymi w niniejszym rozdziale karami pieniężnymi o charakterze administracyjnym, organ nadzoru może również – stosownie do treści art. 209 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 2 o działalności ubezpieczeniowej – wydawać zalecenia w stosunku do zakładu ubezpieczeń w celu zapobieżenia naruszaniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, zaś w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie wykonuje w wyznaczonym terminie zaleceń, organ nadzoru może, w drodze decyzji, zobowiązać zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń. Dlatego też, w realnych działaniach nadzoru należy upatrywać perspektyw na polepszenie jakości świadczonych usług likwidacyjnych. Rzecznik Ubezpieczonych natomiast stale monituje oraz opisuje praktyki ubezpieczycieli godzące w powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, a także wyciąga stosowne wnioski z zaobserwowanych praktyk ubezpieczycieli, dając tym samym impuls do podjęcia dalszych działań przez organy ochrony prawnej, takie jak: Komisja Nadzoru Finansowego czy Urząd Ochrony konkurencji i Konsumentów.

Szczególnie istotne jest, aby nadzorem zostały objęte również oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Jak zostało wskazane w niniejszym raporcie, podmioty te dopuszczają się licznych nieprawidłowości na etapie likwidacji szkody oraz nie zwracają szczególnej uwagi na obowiązujące standardy w likwidacji szkód komunikacyjnych. Objęcie nadzorem oddziałów przywróci w pewnym stopniu równowagę na rynku oraz może zmniejszyć istniejącą wojnę cenową. Trzeba pamiętać, że zgodnie z treścią art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, składka ubezpieczeniowa powinna być ustalona w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, dopiero szczegółowa kontrola prawidłowości wykonywania zobowiązań przez oddziały zagranicznych ubezpieczycieli zweryfikowałaby, czy składka ustalana w ramach ubezpieczenia OC p.p.m. jest adekwatna do przyjmowanego ryzyka.

Należy też mieć na uwadze, iż w przypadku przesądzenia, iż poszkodowany dochodzący odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC p.p.m., jest konsumentem w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, praktyki polegające na nieterminowej oraz nieprofesjonalnej likwidacji szkód komunikacyjnych należy oceniać jako praktyki naruszające zbiorowe interesy konsumentów, które ostatecznie powinny być poddane również analizie przez Prezesa UOKiK. Na chwilę obecną, Sąd Najwyższy rozpatruje zapytanie prawne przekazane przez Sąd Apelacyjny w Warszawie w związku ze sprawą VI ACa 1938/19. Sąd Apelacyjny zwrócił się do Sądu Najwyższego z następującym pytaniem: *„Czy w świetle art. 24 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50 poz. 331 ze zm.) za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów może być uznane działanie ubezpieczyciela polegające na ograniczeniu zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec poszkodowanego będącego osobą fizyczną, nieprowadzącą działalności gospodarczej, dochodzącą roszczenia od ubezpieczyciela w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych”*.

W związku z powyższym, Rzecznik Ubezpieczonych oczekuje, iż w niedługim czasie powyższe zagadnienie zostanie rozstrzygnięte przez Sąd Najwyższy w sposób jednoznaczny i być może stworzy okazję do dalszego, efektywnego procesu naprawy procedur likwidacyjnych, m.in. w zakresie terminowej likwidacji szkód.

Rozdział V. Opieszałość w likwidacji szkód z powodu biernego oczekiwania na zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie

W świetle art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Zgodnie z art. 355 k.c. dłużnik zobowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność), zaś staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Jak trafnie wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 26 marca 2006 r.¹⁹⁰ *„Należyta staranność dłużnika określana przy uwzględnieniu zawodowego charakteru prowadzonej przez niego działalności gospodarczej uzasadnia zwiększone oczekiwania co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość prawa oraz następstw z niego wynikających w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej.[...] Obowiązek należytej staranności dotyczy wszystkich etapów wykonywania zobowiązania, tj. fazy przygotowawczej, zasadniczej i końcowej. Przez cały czas tego wykonywania dłużnik powinien zachować stosowną pilność, uwagę, ostrożność, zdrowy rozsądek oraz troskę o zrealizowanie zamiaru”*.

Oceny wyrażone przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu mają charakter uniwersalny i nabierają szczególnego charakteru w przypadku działalności ubezpieczeniowej i umowy ubezpieczenia – kontraktu najwyższego zaufania. Nie tylko ubezpieczający, czy ubezpieczony – strona umowy, ale także poszkodowany, dochodzący roszczeń z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., ma prawo oczekiwać od ubezpieczyciela odpowiednich umiejętności, wiedzy, skrupulatności podczas ustalania podstaw odpowiedzialności i wysokości odszkodowania. Poszkodowany zasadnie może oczekiwać

¹⁹⁰ I ACa 1018/05.

od ubezpieczyciela znajomości prawa, uczciwości, troski o zrealizowanie zasadnych roszczeń i uwzględnienia chronionego interesu wierzyciela.

Stosownie zaś do art. 354 § 1 k.c. dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom.

Termin wymagalności świadczenia odszkodowawczego w przypadku odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. (termin do wypłaty odszkodowania) jest określony w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Zgodnie z art. 14 ust. 1 tejże ustawy **zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie**. W świetle zaś ust. 2 tegoż przepisu w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, **odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego**.

Na gruncie art. 817 k.c. zapadło szereg orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w sprawie wymagalności świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności kiedy możemy stosować normę z § 2 tego przepisu i kiedy możemy zasadnie twierdzić, iż ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania uzależnione było wyłącznie od wyników toczącego się postępowania karnego lub cywilnego¹⁹¹. Zachowują one pełną aktualność również w przypadku terminu wymagalności świadczenia odszkodowawczego z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. Orzeczenia te mogą stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną dla formułowania ocen o prowadzeniu przez ubezpieczyciela postępowania likwidacyjnego z zachowaniem należytej staranności, jakiej należy oczekiwać od profesjonalisty oraz do określenia istnienia lub nieistnienia

¹⁹¹ Zgodnie z art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. W świetle art. 817 § 2 k.c. gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w §1.

stanu opóźnienia. Do najważniejszych orzeczeń Sądu Najwyższego i sądów powszechnych w tej materii można zaliczyć:

- **wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 lipca 1993 r.**¹⁹²:
„Żaden przepis prawa, ani postanowienie umowy ubezpieczenia autocasco nie przewiduje jako niezbędnego warunku wypłaty odszkodowania przedstawienia przez ubezpieczającego postanowienia o umorzeniu śledztwa wobec niewykrycia sprawcy przestępstwa z art. 208 kk w zbiegu z art. 203 § 2 kk w związku z art. 10 § 2 kk.”

- **wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 1993 r.**¹⁹³:
„Uzależnienie w treści art. 817 § 2 k.c. ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń od wyjaśnienia okoliczności dotyczących kwestii, czy posiadacz lub kierowca pojazdu mechanicznego są zobowiązani na podstawie art. 435 czy 436 k.c. do zapłaty odszkodowania za szkodę wyrządzoną tym pojazdem, nie oznacza, że za takie "wyjaśnienie" może być uznany tylko wyrok sądu, i to karny, skazujący. Żaden przepis prawa z zakresu ubezpieczeń komunikacyjnych nie utożsamia kwestii wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości świadczenia z koniecznością wyczekiwania na wyrok sądowy. Nic nie stoi na przeszkodzie, by wyjaśnienie powyższych okoliczności nastąpiło w drodze tzw. likwidacji szkody przeprowadzonej przez organy zakładu ubezpieczeń”.

- **wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2000 r.**¹⁹⁴:
„Przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej”.

W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy wskazał na bardzo istotną kwestię, mianowicie, że po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku zakład ubezpieczeń obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności oraz do zbadania okoliczności dotyczących wysokości szkody. Tego obowiązku, należącego do istoty działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie może przerzucić na inne podmioty. W szczególności nie może on biernie oczekiwać na wynik postępowania karnego dotyczącego zdarzenia wywołującego odpowiedzialność ubezpieczeniową, a jeżeli tak

¹⁹² I ACr 443/93.

¹⁹³ I ACr 93/93.

¹⁹⁴ III CKN 1105/98.

postąpi, to narazi się na odpowiedzialność wobec wierzyciela za zwłokę w wykonaniu zobowiązania. W ocenie Sądu Najwyższego działalność ubezpieczeniowa ma charakter profesjonalny, dlatego należy przyjąć, że zakład ubezpieczeń jest w stanie sprawnie przeprowadzić postępowanie likwidacyjne we własnym zakresie, korzystając z wyspecjalizowanej kadry oraz – w razie potrzeby – z pomocy rzeczoznawców. W warunkach istnienia rynku ubezpieczeniowego oraz wolnej konkurencji przyjęcie innego stanowiska byłoby powrotem do minionego systemu gospodarczego, w którym państwowi monopoliści mieli uprzywilejowany status. Z tych względów Sąd uznał, że przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca, chroniony umową ubezpieczenia OC. Obowiązek udowodnienia istnienia okoliczności z art. 817 § 2 k.c. oraz ich zasięgu obciąża ubezpieczyciela (art. 6 k.c.). Obowiązany jest on w szczególności wykazać, że przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego nastąpiło bez nieuzasadnionej zwłoki, z zachowaniem interesu wierzyciela (art. 354 § 1 k.c. i art. 355 § 2 k.c.). Usprawiedliwioną przyczyną opóźnienia nie może być bierność zakładu ubezpieczeń.

- **wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 września 2002 r.**¹⁹⁵:
„Obowiązek wypłaty przez zakład ubezpieczeń odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu, który wyrządził szkodę, powstaje nie z chwilą uprawomocnienia się wyroku karnego ustalającego winę sprawy wypadku, lecz generalnie rzecz biorąc, z chwilą najwcześniejszego, jak to możliwe, wyjaśnienia przez zakład ubezpieczeń okoliczności wypadku. Zakład ten bowiem, zgodnie art. 817 k.c., ma obowiązek, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku, ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, to znaczy aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Nie może obowiązku tego przerzucić na inne podmioty i biernie oczekiwać na wynik postępowania karnego”.
- **wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2009 r.**¹⁹⁶:
„Świadczenie ubezpieczyciela polegające na zapłacie odszkodowania jest uzależnione od zajścia przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 1 i 2 pkt 1 k.c.). Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc

¹⁹⁵ V CKN 1134/00.

¹⁹⁶ II CSK 257/09.

od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 § 1 k.c.). Świadczenie ubezpieczyciela ma zatem charakter terminowy. Gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe (art. 817 § 2 k.c.). Oznacza to, że spełnienie świadczenia w terminie późniejszym może być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy ubezpieczyciel powoła się na istnienie przeszkód w postaci niemożliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, mimo działań podejmowanych ze szczególną starannością”.

Z powyższego wynika zatem, że zasadniczym terminem do ustalenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w związku z ruchem pojazdu mechanicznego i wypłaty odszkodowania jest termin 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Termin, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych jest odstępstwem od zasady i może być brany pod uwagę tylko wówczas, gdy ubezpieczyciel przy zachowaniu należytej staranności obiektywnie nie był w stanie w ciągu 30 dni wyjaśnić podstaw swojej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania. Uznanie odpowiedzialności i wypłata odszkodowania w terminie przekraczającym 90 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie może nastąpić, gdy ustalenia te wyłącznie zależą od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Z taką sytuacją możemy mieć do czynienia, gdy podjęte przez ubezpieczyciela czynności likwidacyjne, wykorzystane przez wszystkie możliwe instrumenty nie przyniosły obiektywnie rezultatów, które pozwoliłyby na stwierdzenie istnienia lub nieistnienia odpowiedzialności, a określenie to może być dokonane wyłącznie dzięki ustaleniom faktycznym, poczynionym w procesie karnym lub cywilnym. To czy ubezpieczyciel należycie zrealizował swoje obowiązki likwidacyjne, czy odszkodowanie mógł wypłacić w podstawowym terminie, czy w terminach, o których mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, każdorazowo należy oceniać przez to jakie czynności podjął, jakie mógł i powinien podjąć jako profesjonalista. Sam fakt wszczęcia określonego postępowania, negocjowanie odpowiedzialności przez sprawcę szkody, czy konieczność wypłaty odszkodowania nie są okolicznościami uzasadniającymi powstrzymanie się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia

postępowania karnego lub cywilnego. Ciężar udowodnienia faktu, że świadczenie odszkodowawcze mogło być spełnione wyłącznie po prawomocnym zakończeniu się postępowania karnego lub cywilnego obciąża wyłącznie ubezpieczyciela. Dowodzenie to nie może być oparte tylko na uzasadnieniu, że zostało wszczęte określone postępowanie lub że sprawca neguje swoją odpowiedzialność. Ubezpieczyciel winien obiektywnie wykazać, że tylko dzięki rozstrzygnięciu, które ma zapaść w postępowaniu karnym lub cywilnym możliwe jest ustalenie i przyjęcie odpowiedzialności.

W zdecydowanej większości sytuacji sprawca szkody wyrządzonej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego ponosi jednocześnie odpowiedzialność za wykroczenie przeciwko bezpieczeństwu i porządkowi w komunikacji¹⁹⁷. W sytuacji odmowy przyjęcia mandatu karnego lub braku warunków formalnych do jego nałożenia wszczynane jest przez Policję postępowanie wyjaśniające w celu skierowania wniosku o ukaranie do sądu. Powstać może zasadne pytanie, czy fakt wszczęcia postępowania w sprawie o wykroczenie uprawnia ubezpieczyciela do powstrzymania się z likwidacją szkody do czasu jego prawomocnego zakończenia, analogicznie jak w przypadku postępowania karnego lub cywilnego. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych wszczęcie postępowania w sprawie o wykroczenie nie powoduje dopuszczalności powstrzymania się przez ubezpieczyciela z likwidacją szkody ponad termin 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Na przyjęcie odmiennego wniosku nie pozwala wykładania językowa i celowościowa (celowościowa historyczna) art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Po pierwsze, norma z art. 14 ust. 2 wyraźnie wskazuje tylko na dwa rodzaje postępowań sądowych – postępowanie karne i cywilne. Postępowanie w sprawie o wykroczenie postępowaniem karnym nie jest. Po drugie, ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenie weszła w życie z dniem 31 października 2001 r., natomiast ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych z dniem 1 stycznia 2004 r. Gdyby racjonalny ustawodawca uznał, że również w przypadku postępowania w sprawie o wykroczenie możliwe jest wydłużenie terminu wymagalności świadczenia odszkodowawczego z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. ponad 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie to dałby temu normatywny wyraz. *De lege lata* z takim zdarzeniem nie mamy do czynienia. Oczywiście nie oznacza to, że zajście kolizji drogowej w określonych sytuacjach nie wywołuje komplikacji w precyzyjnym określeniu przyczyn tej kolizji, jej

¹⁹⁷ Najczęściej za wykroczenie z art. 86 § 1 k.w. – Kto na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub strefie ruchu, nie zachowując należytej ostrożności, powoduje zagrożenie bezpieczeństwa w ruchu drogowym, podlega karze grzywny.

przebiegu i osoby odpowiedzialnej za jej spowodowanie. W sferze terminu wymagalności odszkodowania fakt wszczęcia postępowania w sprawach o wykroczenie, zgromadzone w nim dowody i poczynione ustalenia faktyczne mogą w określonych sytuacjach uzasadniać wydłużenie terminu wymagalności do 14 dni od dnia otrzymania informacji lub dokumentów z tego postępowania, pozwalającego na ostateczne przyjęcie odpowiedzialności lub odmowę jej uznania, ale nie później niż 90 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o szkodzie. Jeżeli jednak okoliczności danej sprawy powodują, że obiektywnie nie można było ustalić odpowiedzialności w terminie 90 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, nadal toczy się postępowanie w sprawie o wykroczenie i dzięki wyłącznie ustaleniom z tego postępowania możliwe jest przyjęcie odpowiedzialności, to należałoby wydać stanowisko o odmowie przyjęcia odpowiedzialności i przedstawić dowody na jego poparcie, nie zaś informować poszkodowanego o powstrzymaniu się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia tego postępowania. Taki tryb postępowania wynika bowiem z przedstawionej powyżej wykładni przepisów art. 14 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Spowodowanie kolizji lub wypadku drogowego rodzi nie tylko odpowiedzialność cywilną ich sprawcy za szkodę na osobie lub w mieniu, ale również odpowiedzialność karną lub za wykroczenie. Rzecznik Ubezpieczonych podczas analiz skarg poszkodowanych na procesy likwidacji szkód komunikacyjnych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., obserwuje, że w wielu przypadkach sam fakt wszczęcia postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie przeciwko kierującemu pojazdem w związku z ruchem którego została wyrządzona szkoda, wykorzystywany jest przez ubezpieczycieli jako powód do nieuzasadnionego wydłużenia likwidacji szkody do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie. Jednocześnie ubezpieczyciele stawiają znak równości pomiędzy postępowaniem karnym a postępowaniem w sprawie o wykroczenie i przekonują co do prawnej dopuszczalności powstrzymania się z przyjęciem odpowiedzialności i wypłatą odszkodowania dłużej niż 90 dni od zawiadomienia o szkodzie również w przypadku postępowania w sprawie o wykroczenie. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to postępowanie nieprawidłowe, ponieważ norma z art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zezwala na powstrzymanie się z przyjęciem odpowiedzialności i wypłatą odszkodowania ponad termin 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie tylko w przypadku postępowania karnego lub

cywilnego i w sytuacji, gdy wyłącznie od wyników tego postępowania możliwe jest przyjęcie odpowiedzialności. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy podjęte przez ubezpieczyciela z należytą starannością czynności likwidacyjne, wykorzystane przez niego dostępne instrumenty, obiektywnie nie rozstrzygnęły czy posiadacz pojazdu mechanicznego lub kierujący, za których ponosi odpowiedzialność gwarancyjną, ponoszą odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną szkodę w mieniu lub na osobie, a tego rodzaju ustalenia mogą nastąpić wyłącznie na drodze postępowania karnego lub cywilnego.

Rzecznik Ubezpieczonych, analizując skargi na opieszałość zakładów ubezpieczeń w likwidacji szkód komunikacyjnych w sytuacjach, w których zostały wszczęte postępowania karne lub w sprawie o wykroczenie, dostrzega brak aktywnych i samodzielnych czynności podejmowanych przez ubezpieczycieli w celu ustalenia odpowiedzialności. W aktach postępowania skargowego, czy w samych aktach szkody, oprócz zawiadomienia o szkodzie, wystąpienia do poszkodowanego o przekazanie określonych dokumentów związanych z likwidacją szkody (głównie dotyczących tytułu własności do uszkodzonej lub zniszczonej rzeczy, itp.), wystąpienia do sprawcy szkody o potwierdzenie okoliczności zdarzenia, wystąpienia do Policji o przekazanie notatki z miejsca zdarzenia oraz kalkulacji naprawy, brak jest dowodów potwierdzających podejmowanie innych, istotnych działań mających na celu wyjaśnienie istnienia lub nieistnienia odpowiedzialności za szkodę, np. przeprowadzenia oględzin z miejsca zdarzenia, sporządzenia dokumentacji fotograficznej z miejsca zdarzenia, ułatwiającej w wielu przypadkach określenie przy pomocy innych już dowodów przyczyn powstania szkody i osoby sprawcy, prowadzenia analiz korelacyjnych pojazdów uczestniczących w zdarzeniu, czy sporządzenia innych uzewnętrzzonych analiz, mających na celu zrekonstruowanie przyczyn i przebiegu kolizji drogowej, nie mówiąc już o zleceniu wykonania opinii przez niezależnych rzeczoznawców. Gdyby ubezpieczyciel podjął te działania mógłby sformułować prawidłowe wnioski określonego rodzaju o możliwości lub niemożliwości sprawczego zachowania kierującego pojazdem. Wielokrotnie też opis zdarzenia przedstawiony przez poszkodowanego i sprawcę, nie negującego swojej odpowiedzialności, potwierdzony przez ustalenia Policji z miejsca zdarzenia oraz ujawniony zakres uszkodzeń pojazdów mechanicznych, pozwalają na precyzyjne określenie przebiegu zdarzenia i określenie podmiotu odpowiedzialnego za skutki kolizji lub wypadku drogowego, bez konieczności prawomocnego zakończenia postępowania karnego, czy w sprawie o wykroczenie i to w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Jednocześnie w aktach postępowania skargowego, czy

w samych aktach szkody brak jest jakichkolwiek dowodów, że ubezpieczyciel nie mógł samodzielnie wyjaśniać podstaw swojej odpowiedzialności, a ich ustalenie mogło nastąpić wyłącznie na drodze postępowania karnego. Uzyskana przez ubezpieczyciela informacja z Policji o fakcie wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub postępowania przygotowawczego jest natomiast sygnałem do natychmiastowego zajęcia stanowiska o niemożności przyjęcia postępowania do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Zajęcie tego rodzaju stanowiska następuje niezależnie od zgromadzonych już dowodów, potwierdzających już dostatecznie sprawstwo kierującego albo z pominięciem możliwości samodzielnego ich uzyskania. Z góry i w oderwaniu od ustalonego stanu faktycznego przyjmowane jest założenie, że bez prawomocnego wyroku sądu nie jest możliwe przyjęcie odpowiedzialności. Dla powstrzymania się z przyjęciem odpowiedzialności wystarcza również nie poparte żadnymi dowodami zanegowanie odpowiedzialności przez sprawcę szkody. W przypadku odpowiedzialności na zasadzie ryzyka odmowa przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub cywilnego następuje nawet wówczas, gdy brak jest jakichkolwiek dowodów, pozwalających na uznanie, że zachodzi jedna z przesłanek egzoneracyjnych.

Rzecznik Ubezpieczonych, analizując skargi na opieszałą likwidację szkody, dostrzega często nieskorzystanie przez ubezpieczycieli z uprawnienia do wglądu w akta postępowania przygotowawczego lub sporządzenia kopii określonych informacji lub dokumentów z tych akt. Tego rodzaju działanie nie następuje również na etapie postępowania sądowego, pomimo że od ustaleń poczynionych w tych postępowaniach i zgromadzonych w nim dowodów, ubezpieczyciel uzależnia przyjęcie swojej odpowiedzialności. W analizowanych skargach z tego obszaru następuje co najwyżej zwykle monitorowanie przebiegu postępowania, zazwyczaj poprzez telefoniczne uzyskanie informacji z Policji, prokuratury lub sądu, że trwa postępowanie przygotowawcze, czy postępowanie sądowe, że nie został wyznaczony termin rozprawy, etc. Jednocześnie nie są przy tym podejmowane samodzielne czynności mające na celu ustalenie odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania. Pomijany jest przy tym zaistniały stan faktyczny. Występują również przypadki, w których po otrzymaniu informacji o wszczęciu określonego postępowania ubezpieczyciel informuje poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności, zobowiązuje się powrócić do sprawy po uzyskaniu wglądu w akta postępowania lub uprawomocnieniu się wyroku, a następnie w żaden sposób nie interesuje się przebiegiem postępowania i nie podejmuje jakichkolwiek działań.

O wynikach postępowania dowiadyuje się zazwyczaj od poszkodowanego lub od Rzecznika Ubezpieczonych, a i to nie zawsze prowadzi do przyjęcia odpowiedzialności, albowiem poszkodowany częstokroć jest informowany, że stanowisko zostanie przyjęte pod warunkiem przekazania przez poszkodowanego kopii wyroku, choć zakład ubezpieczeń sam ma możliwość jego uzyskania. Występują również liczne przypadki, że podjęcie czynności mających na celu uzyskanie informacji i dokumentów z akt postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie następuje dopiero w wyniku interwencji Rzecznika. W wielu przypadkach, gdyby nie aktywność poszkodowanego, czy interwencja Rzecznika Ubezpieczonych, bierne oczekiwanie przez ubezpieczyciela na zakończenie postępowania w sprawach o wykroczenie mogłoby skutkować przedawnieniem roszczenia.

Rzecznik Ubezpieczonych zauważył również, że ubezpieczyciele całkowicie pomijają osobowe źródła dowodowe w postaci naocznych świadków zdarzenia, niebędących uczestnikami wypadku lub kolizji drogowej. Tego rodzaju dowody nie brane są pod uwagę, choć osoby te zeznawały w postępowaniach w charakterze świadków, a wiarygodność ich zeznań nie została podważona innymi dowodami. Zdarzają się również sytuacje, gdy ubezpieczyciel pomimo posiadania danych osobowych świadków, nieskładających żadnych zeznań w określonym postępowaniu, nie zwraca się do nich z prośbą o przekazanie informacji, które mogły mieć istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności lub potwierdzenia już zebranych dowodów na sprawcę działanie posiadacza pojazdu lub kierującego. Natomiast wyjaśnienia sprawcy szkody, często nie poparte żadnymi dowodami lub nawet sprzeczne z istniejącym materiałem dowodowym, traktowane są jako najważniejszy dowód, który pozwala na odmowę wypłaty odszkodowania lub powstrzymanie się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie.

Wytworzenie stanu niemożności przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania poprzez powołanie się na fakt wszczęcia określonego postępowania i negocjowanie przez sprawcę szkody swojej odpowiedzialności, nie poparte żadnymi obiektywnymi dowodami, jest pozorne i świadomie ukierunkowane na odroczenie w czasie konieczności wypłaty odszkodowania. Jednocześnie wielokrotnie naruszana jest przy tym norma z art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych poprzez nieterminowe zajęcie stanowiska o niemożności przyjęcia odpowiedzialności lub poprzez nieprzedstawienie w takim stanowisku żadnych obiektywnych faktów i dowodów, uzasadniających niemożność przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie.

Jeżeli chodzi o statystyczne ujęcie skarg na opieszałość w likwidacji szkody, to w 2012 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęły 654 skargi z tego zakresu, na łączną liczbę 4907 skarg z zakresu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. W 2013 r. liczba skarg z omawianego zakresu wyniosła 720 (na tle łącznej liczby 6900 wszystkich skarg w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m.). Natomiast w 2014 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 566 skarg na opieszałość ubezpieczycieli w likwidacji szkody z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. (na tle łącznej liczby 6135 skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m.). Większość skarg na opieszałość w likwidacji szkody dotyczyła biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie. Wykres dotyczący liczby skarg z zakresu opieszałości w postępowaniu likwidacyjnym na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014 znajduje się w rozdziale IV niniejszego raportu.

W omawianym okresie skargi dotyczyły wszystkich ubezpieczycieli likwidujących szkody komunikacyjne z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. Z uwagi na liczbę skarg skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych z omawianego obszaru, nie jest możliwe przedstawienie wszystkich przykładów opieszałości ubezpieczycieli w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie, dlatego poniżej zostaną przedstawione niektóre, wybrane przykłady. Przedstawione zostaną skargi na działalność: Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce (Proama), InterRisk TU S.A. VIG, Generali TU S.A., Gothaer TU S.A., Pocztove TUV, PZU S.A., Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych TUV, TUZ TUV, TUiR Warta S.A.¹⁹⁸

1. Przykłady biernego oczekiwania zakładu ubezpieczeń na prawomocne zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie

W skargach na działalność **InterRisk TU S.A. VIG** podczas wykonywania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujący przypadek rażącej opieszałości w likwidacji szkody poprzez biernie oczekiwanie na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Zakłady ubezpieczeń zostały przedstawione w kolejności alfabetycznej.

¹⁹⁹ Skarga RU/WSI/G/2803/BK/13.

W dniu 20 listopada 2011 r. w miejscowości położonej w województwie lubelskim doszło do kolizji drogowej. Na skrzyżowaniu kierujący pojazdem, który miał zawartą umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. w PZM TU S.A. (obecnie InterRisk TU S.A. VIG), nie zachowując należytej staranności i bezpiecznego odstępu oraz nie dostosowując prędkości do warunków ruchu drogowego, uderzył w pojazd uszkodzowany, który wcześniej zatrzymał się na skrzyżowaniu w związku z wyświetleniem się koloru czerwonego w sygnalizacji świetlnej dla jego kierunku jazdy. Doszło zatem do najechania na pojazd uszkodzowany. Na miejscu zdarzenia interweniowali funkcjonariusze Policji. Sprawca kolizji odmówił przyjęcia mandatu karnego, wobec czego zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające w celu skierowania wniosku o ukaranie do sądu. Poszkodowany niezwłocznie zgłosił do ubezpieczyciela szkodę. Zakład ubezpieczeń po uzyskaniu notatki Policji z informacją o wszczęciu postępowania wyjaśniającego niezwłocznie odmówił przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie. Uzasadnienie niemożności przyjęcia odpowiedzialności było bardzo lakoniczne – *„Na podstawie zgromadzonych dotychczas w toku postępowania wyjaśniającego informacji i dokumentów nie było możliwe ustalenie odpowiedzialności PZM TU S.A., z uwagi na toczące się postępowanie prowadzone przez prokuraturę, Sąd”*. Dodatkowo zawierało nieprawdziwą informację, ponieważ – ani prokuratura, ani sąd nie prowadziły żadnego postępowania. Wszczęte zostało jedynie postępowanie wyjaśniające w sprawie o wykroczenie w celu skierowania do sądu wniosku o ukaranie.

Z akt szkody nie wynika, ażeby ubezpieczyciel samodzielnie podjął się czynności zmierzających do ustalenia odpowiedzialności za skutki kolizji. W aktach szkody znajdowało się: zawiadomienie o szkodzie, kosztorys naprawy, notatka Policji i wezwania pełnomocnika uszkodzowanego do zapłaty odszkodowania. Do powstrzymania się z likwidacją szkody wystarczyła informacja, iż zostanie skierowany wniosek do sądu o ukaranie. Sprawa ta nie wywoływała żadnych trudności w określeniu przyczyn powstania szkody i osoby sprawcy. Doszło do najechania na zatrzymany na skrzyżowaniu pojazd mechaniczny. Byli też świadkowie zdarzenia. Zakres uszkodzeń pojazdów, uczestniczących w kolizji, również nie powodował żadnych wątpliwości do co przebiegu zdarzenia. Bezprawne zachowanie się sprawcy szkody i związek przyczynowy pomiędzy tym bezprawnym zachowaniem a powstaniem szkody w mieniu uszkodzowanego były oczywiste. Nie było żadnych podstaw do oczekiwania na prawomocne zakończenie się postępowania w sprawie o wykroczenie. Nadto, przepis art. 14 ust. 2 ustawy

o ubezpieczeniach obowiązkowych zezwala na powstrzymanie się z przyjęciem odpowiedzialności ponad termin 90 dni tylko w przypadku toczącego się postępowania karnego lub cywilnego, a nie w sytuacji postępowania w sprawie o wykroczenie. Ostatecznie, przyjęcie odpowiedzialności nastąpiło **po upływie prawie 2 lat od dnia zgłoszenia szkody**, pomimo że sprawa nie miała charakteru spornego, istniała możliwość ustalenia odpowiedzialności w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, ale ubezpieczyciel zachował się całkowicie biernie. Przyjęcie odpowiedzialności nastąpiło dopiero po rozmowie telefonicznej z pracownikiem sądu, podczas której ubezpieczyciel uzyskał informację, że wyrok się uprawomocnił w dniu 30 marca 2012 r. Rozmowa ta została przeprowadzona dopiero po wystąpieniu przez Rzecznika Ubezpieczonych z formalną interwencją. Nie było przy tym dowodów, ażeby ubezpieczyciel kiedykolwiek zwracał się do Policji, a następnie do sądu o wgląd w akta postępowania lub o sporządzenie z nich kopii. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to rażące naruszenie art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Opisany wyżej stan faktyczny stanowi przykład biernego i nieuzasadnionego okolicznościami sprawy oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie.

Opieszałość w likwidacji szkody komunikacyjnej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził również w skargach na działalność **Generali TU S.A.** Przykładowo w jednej ze spraw, będącej przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny²⁰⁰.

W dniu 30 września 2011 r. doszło do wypadku drogowego. Poszkodowana została potrącona na przejściu dla pieszych. W chwili zdarzenia dla pojazdu sprawcy szkody była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z Generali TU S.A. Z uwagi na rodzaj uszczerbku na zdrowiu, którego doznała poszkodowana, zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze o popełnienie przestępstwa spowodowania wypadku drogowego (art. 177 § 1 k.k.).

W dniu 13 października 2012 r. pełnomocnik poszkodowanej złożył zawiadomienie o wypadku. Ubezpieczyciel w terminie 30 dni od dnia powiadomienia o szkodzie nie przedstawił żadnego pisemnego stanowiska. W dniu 27 listopada 2012 r. pełnomocnik poszkodowanej wezwał Generali TU S.A. do zajęcia stanowiska. Pismo to pozostało bez odpowiedzi. Następnie w styczniu 2013 r. pełnomocnik po raz kolejny wezwał

²⁰⁰ Skarga RU/WSI/G/1228/ET/13.

ubezpieczyciela do zajęcia stanowiska. Wobec braku odpowiedzi, pełnomocnik w dniu 28 stycznia 2013 r. złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji.

Pismem z dnia 28 marca 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika Ubezpieczonych o wypłaceniu w tym samym dniu bezspornej części świadczenia. Jednocześnie ubezpieczyciel poinformował, iż w dniu 12 lutego 2013 r. udzielił pełnomocnikowi poszkodowanej odpowiedzi. W świetle tego pisma, Generali TU S.A. poinformowało, że pomimo upływu terminu przewidzianego na zakończenie postępowania likwidacyjnego, nie było możliwe rozpatrzenie zgłoszonych roszczeń. Ubezpieczyciel podzielił stanowisko, że odpowiedzialność cywilna sprawcy szkody oparta była na zasadzie ryzyka. Jednakże nie można było jednoznacznie przesądzić o odpowiedzialności kierującego pojazdem mechanicznym **z uwagi na możliwość ujawnienia się przesłanki egzoneracyjnej w postaci wyłącznej winy poszkodowanej**. Ubezpieczyciel poinformował także, że pozostaje w kontakcie z sądem. Zgodnie z uzyskanymi informacjami postępowanie było w toku, a sprawa oczekiwała na wyznaczenie terminu rozprawy. W momencie ujawnienia nowych faktów albo dokonania wiążących ustaleń w procesie karnym, pozwalających na przyjęcie odpowiedzialności, Generali TU S.A. zobowiązało się do niezwłocznego zajęcia stanowiska w sprawie.

Z akt postępowania skargowego nie wynikało, ażeby ubezpieczyciel samodzielnie podjął się czynności, które miały na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i osoby odpowiedzialnej za wyrządzenie szkody. Nie zlecił sporządzenia wewnętrznych analiz w tym zakresie, nie zlecił również sporządzenia opinii przez niezależnego rzeczoznawcę. W chwili upływu 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie brak było jakichkolwiek dowodów, które wskazywały na zaistnienie przesłanki egzoneracyjnej, wyłączającej odpowiedzialność ubezpieczyciela. Nie istniały żadne dowody, które pozwalałyby nawet na przyjęcie przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Kierujący pojazdem nie ustąpił pierwszeństwa poszkodowanej, która prawidłowo przechodziła przez przejście dla pieszych. Brak zatem było jakichkolwiek podstaw do uzależniania przyjęcia odpowiedzialności od prawomocnego zakończenia postępowania karnego.

Dalej idąc, ubezpieczyciel w ogóle nie odniósł się do zachowania kierującego pojazdem, do istnienia bądź nieistnienia związku przyczynowego pomiędzy niebezpieczeństwem ruchu pojazdu mechanicznego a powstaniem szkody na osobie poszkodowanej. W ocenie Rzecznika podstawą do powstrzymania się z likwidacją szkody do czasu prawomocnego zakończenia się prawomocnego postępowania karnego nie może

być oczekiwanie przez ubezpieczyciela na „możliwość”, ujawnienia się przesłanki egzoneracyjnej, a więc zdarzenie wyłącznie przyszłe i niepewne. Tego rodzaju postępowanie w wątpliwość poddaje profesjonalizm ubezpieczyciela. To rzeczywiste fakty i dowody, a nie chęć uwolnienia się od odpowiedzialności lub ograniczenia jej rozmiarów, winny decydować o istnieniu lub nieistnieniu odpowiedzialności gwarancyjnej. Również informowanie poszkodowanego i Rzecznika o stałym kontakcie z sądem co do stanu procedowania nie może być uznane za samodzielne i aktywne prowadzenie postępowania likwidacyjnego. Z akt postępowania skargowego nie wynikało bowiem, aby ubezpieczyciel zwrócił się do sądu (a posiada takie ustawowe uprawnienie) o bezpośredni wgląd do akt postępowania, czy o sporządzenie kopii z tych akt. W marcu 2012 r., a więc 7 miesięcy przed zgłoszeniem przez poszkodowanego roszczeń, na potrzeby postępowania karnego została sporządzona opinia biegłego. Zawierała ona jednoznaczną konkluzję – to ubezpieczający nie zachował szczególnej ostrożności i nie ustąpił pierwszeństwa. Ubezpieczyciel tę opinię całkowicie pominął, nie wystąpił o przekazanie jej kopii, nie ustosunkował się co do zgodności jej wniosków z zebrany materiał dowodowy, choć następnie poinformował pełnomocnika poszkodowanego, że w razie ujawnienia się nowych faktów i dowodów, niezwłocznie zajmie stanowisko w sprawie. **Przez bierność ubezpieczyciela proces likwidacji szkody trwał 5 miesięcy** (licząc tylko czas od chwili otrzymania zawiadomienia o szkodzie do momentu wypłaty bezspornej części świadczenia), a wypłata świadczenia w pełnej wysokości uzależniona została od prawomocnego zakończenia się postępowania karnego. Niezależnie od powyższego, ubezpieczyciel naruszył obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Rzecznik Ubezpieczonych może również przedstawić inny przykład biernego oczekiwania przez Generali TU S.A. na prawomocne zakończenie postępowania karnego.

W dniu 17 października 2013 r. w jednej z miejscowości położonej w województwie wielkopolskim, kierująca pojazdem, dla którego była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. w Generali TU S.A., włączając się do ruchu z drogi gruntowej podporządkowanej, nie ustąpiła pierwszeństwa i doprowadziła do kolizji z najeżdżającym pojazdem. Kierująca pojazdem znajdowała się w stanie nietrzeźwości. Na miejsce kolizji przybyła Policja, która zabezpieczyła ślady i dowody kolizji, pozwalające na jednoznaczne ustalenie jej przyczyn i osoby sprawcy. Z uwagi na fakt,

iż sprawcy szkody znajdowała się w stanie nietrzeźwości zostało wszczęte postępowanie karne. Odrębnie zostało wszczęte postępowanie w sprawie o wykroczenie.

Ubezpieczyciel wystąpił do Policji o przekazanie notatki. Znajdował się w niej precyzyjny opis zdarzenia i osoby sprawcy kolizji. Po otrzymaniu tej notatki, ubezpieczyciel natychmiast poinformował poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności z uwagi na toczące się postępowanie i konieczność oczekiwania na prawomocne rozstrzygnięcie, które wskaże sprawcę zdarzenia. Ubezpieczyciel nie przedstawił przy tym żadnych dowodów, które w jakikolwiek sposób mogłyby podważyć ustalony przez Policję przebieg zdarzenia. Zajęcie stanowiska o niemożności ustalenia odpowiedzialności nastąpiło już 18 dni po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie. Ostateczne przyjęcie odpowiedzialności nastąpiło w dniu 2 listopada 2014 r., po uprawomocnieniu się wyroku nakazowego i **po upływie prawie roku od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie**. W wyjaśnieniach do Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczyciel wskazał, że musiał czekać na prawomocny wyrok w sprawie, ponieważ ubezpieczająca nie poczuwała się do winy, a z notatki Policji nie wynikało, kto ponosi winę, co było oczywiście nieprawdziwym stwierdzeniem, gdyż notatka ta precyzyjnie opisywała zdarzenie i wskazywała na osobę sprawcy kolizji. Wszczęcie postępowania wyjaśniającego wynikało z przyczyn formalnych – odmowy przyjęcia mandatu karnego – i w żaden sposób nie było spowodowane niemożnością ustalenia osoby sprawcy wykroczenia z art. 86 § 1 k.w.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład rażącej opieszałości w likwidacji szkody, biernego i nieuzasadnionego okolicznościami sprawy oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania. Zakres uszkodzeń pojazdów i brak dowodów co do nieprawidłowości zachowania się poszkodowanego pozwalał na określenie przebiegu zdarzenia i określenie podmiotu odpowiedzialnego za spowodowanie kolizji drogowej bez konieczności oczekiwania na jakiegokolwiek rozstrzygnięcie w postępowaniu karnym, czy w postępowaniu w sprawie o wykroczenie. Przedstawiana przez ubezpieczyciela niemożność ustalenia odpowiedzialności z powodu wszczęcia postępowania w sprawie o wykroczenie miała charakter pozorny. W aktach postępowania skargowego brak było jakichkolwiek dowodów, aby ubezpieczyciel na podstawie wyników oględzin uszkodzonego pojazdu i oględzin miejsca zdarzenia oraz innych uzyskanych dowodów, podjął się samodzielnie albo zlecił biegłemu przeprowadzenie rekonstrukcji kolizji drogowej i oceny o bezprawności zachowania jego ubezpieczającego i odpowiedzialności za wyrządzą szkodę.

W skargach na opieszałość **Gothaer TU S.A.** w likwidacji szkód komunikacyjnych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., Rzecznik Ubezpieczonych może przedstawić przykładowo następujący przypadek biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie. W jednej ze spraw, będącej przedmiotem interwencji Rzecznika Ubezpieczonych, zaistniał następujący stan faktyczny²⁰¹.

W dniu 21 stycznia 2014 r. doszło do kolizji drogowej. Sprawca szkody nie zachował należytej ostrożności, nie ustąpił pierwszeństwa podczas zmiany pasa ruchu i doprowadził do zderzenia z pojazdem kierowanym przez poszkodowanego, poruszającym się prawidłowo po swoim pasie ruchu. Uszkodzeniu uległa prawa przednia część pojazdu, kierowanego przez poszkodowanego. Na miejsce zdarzenia przybyła Policja. Sprawca szkody odmówił przyjęcia mandatu karnego. Na miejscu zdarzenia był także bezpośredni świadek kolizji. Poszkodowany zgłosił do Gothaer TU S.A. szkodę w dniu 19 lutego 2014 r. Przed zgłoszeniem szkody poszkodowany został przesłuchany przez Policję w charakterze świadka, natomiast sprawca w charakterze obwinionego. W dniu 20 lutego 2014 r. ubezpieczyciel wystąpił do Policji o przekazanie notatki z miejsca zdarzenia. Z treści pisma nie wynikało jednoznacznie, żeby Policja udostępniła notatkę z miejsca zdarzenia. Ubezpieczyciel wystąpił również do ubezpieczającego o potwierdzenie zdarzenia. Sprawca szkody nie udzielił odpowiedzi. Pismem z dnia 18 marca 2014 r. Policja odpowiedziała jedynie, że toczy się postępowanie wyjaśniające i wskazała osobę funkcjonariusza bezpośrednio prowadzącego to postępowanie oraz jego dane teleadresowe. W chwili upływu 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie ubezpieczyciel nie otrzymał przydatnych informacji od Policji i wyjaśnień od ubezpieczającego. Zasadnie można przyjąć, iż ubezpieczyciel obiektywnie nie był w stanie w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, bazując tylko na informacjach wskazanych przez poszkodowanego w zgłoszeniu szkody, ustalić istnienia lub nieistnienia swojej odpowiedzialności, choć zakres uszkodzeń pojazdu poszkodowanego, przy braku jakichkolwiek dowodów przeciwnych co do nieprawidłowego kierowania pojazdem przez poszkodowanego, uprawdopodobniał wersję zdarzenia, która została przedstawiona przez poszkodowanego. Świadczenie odszkodowawcze – stosownie do art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych – winno zostać spełnione w terminie 14 dni od dnia

²⁰¹ Skarga RU/WSI/G/8586/PW/14.

wyjaśnienia okoliczności zdarzenia, ale nie później niż 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie.

W dniu 20 marca 2014 r. ubezpieczyciel ponownie wystąpił do Policji o przekazanie informacji z rejestru zdarzeń drogowych. Pismem z dnia 3 kwietnia 2014 r. Policja powtórzyła te same informacje, jak w piśmie z dnia 18 marca 2014 r. Ubezpieczyciel poinformował następnie poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie. Stanowisko to było powtarzane na każde kolejne wezwanie poszkodowanego do zapłaty odszkodowania.

Rzecznik Ubezpieczonych na wniosek poszkodowanego w dniu 22 sierpnia 2014 r. i w dniu 24 października 2014 r. dwukrotnie występował do Gothaer TU S.A. z interwencją w sprawie. W odpowiedzi ubezpieczyciel podtrzymał stanowisko, iż nie jest możliwe przyjęcie odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie. Niemożność wcześniejszego przyjęcia odpowiedzialności miała wynikać z: 1) nieprzyjęcia przez sprawcy szkody mandatu karnego, 2) wniesienia przez sprawcę szkody sprzeciwu od wyroku nakazowego, uznającego go za winnego spowodowania kolizji drogowej. Ubezpieczyciel przekazał również Rzecznikowi pełną kopię akt szkody.

Rzecznik Ubezpieczonych w ponownej interwencji wskazał, iż przepis art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych nie zezwala na powstrzymanie się z przyjęciem odpowiedzialności ponad termin 90 dni od dnia zgłoszenia szkody w razie toczącego się postępowania w sprawie o wykroczenie. Nadto Rzecznik Ubezpieczonych wytknął, że ubezpieczyciel w sytuacji niepełnej informacji z Policji nie skorzystał z uprawnienia bezpośredniego wglądu do akt postępowania wyjaśniającego, zwłaszcza gdy od ustaleń i wyników tego postępowania uzależniał przyjęcie odpowiedzialności i wypłatę odszkodowania. Podobnie, Rzecznik wytknął także Gothaer TU S.A., że pomimo informacji o przesłaniu wniosku o ukaranie, nie zwróciło się do sądu o wgląd lub sporządzenie kopii dokumentów z akt sprawy. Rzecznik wskazał również, że z akt szkody jednoznacznie wynikało, że na miejscu kolizji był świadek zdarzenia, natomiast w aktach szkody brak było dowodu, że ubezpieczyciel kontaktował się z tym świadkiem. W aktach szkody brak było również jakichkolwiek śladów, aby ubezpieczyciel na podstawie chociażby wyników oględzin uszkodzonych pojazdów, samodzielnie podjąłby się przeprowadzenia rekonstrukcji kolizji drogowej lub zlecił to biegłemu. Dodatkowo brak było jakichkolwiek dowodów, że poszkodowany, kierując pojazdem na lewym pasie

ruchu, zachował się nieprawidłowo, w szczególności, iż zamierzał on zmienić pas ruchu na prawy i tym samym doprowadził do zdarzenia. Zakres uszkodzeń potwierdzał wersję zdarzenia przedstawioną przez poszkodowanego. Podobnie, brak było jakichkolwiek dowodów, wskazujących, że manewry zmiany pasa ruchu przez sprawcę i poszkodowanego rozpoczęte zostały równocześnie.

Pismem z dnia 26 listopada 2014 r. Gothaer TU S.A. podtrzymało swoje dotychczasowe stanowisko o niemożności przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie. W kwestii zarzutów Rzecznika o braku wglądu w akta postępowania oraz niezwrócenia się do świadka kolizji o przekazanie posiadanych przez niego informacji na temat zdarzenia, ubezpieczyciel poinformował, iż podjął czynności zmierzające do uzupełnienia materiału dowodowego. Przyznał tym samym, iż w okresie 8 miesięcy od dnia zgłoszenia szkody, nie podjął tych czynności, a które to mogły mieć istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych czynności ubezpieczyciela podczas likwidacji szkody były nieprofesjonalne. Ubezpieczyciel opieszale likwidował szkodę. Po pierwsze, w świetle art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych powstrzymanie się z likwidacją szkody powyżej 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie może nastąpić tylko wówczas, gdy ustalenie odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania uzależnione jest od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia z postępowaniem w sprawie o wykroczenie, nie zaś z postępowaniem karnym. Po drugie, art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z uwzględnieniem wyższego miernika staranności jakiego należy oczekiwać od profesjonalisty (art. 355 § 2 k.c.), nakazują wyraźnie ubezpieczycielowi samodzielne prowadzenie postępowania likwidacyjnego, gromadzenie dowodów i samodzielne przeprowadzenie na ich podstawie oceny o istnieniu lub nieistnieniu odpowiedzialności gwarancyjnej. Żadne z toczących się postępowań nie zwalnia *a priori* ubezpieczyciela z obowiązku samodzielnego prowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym gromadzenia dowodów. Przyznać należy, że obiektywnie ubezpieczyciel nie był w stanie ustalić swojej odpowiedzialności w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Informacje z Policji były nieprzydatne. Ubezpieczyciel jednak, ani w marcu, ani w kwietniu 2014 r., jak i późniejszym okresie nie wystąpił do Policji o bezpośredni wgląd w akta postępowania wyjaśniającego, zwłaszcza w sytuacji, gdy od ustaleń faktycznych poczynionych w postępowaniu w sprawie o wykroczenie uzależniał przyjęcie

odpowiedzialności. Nie uczynił tego również po skierowaniu wniosku o ukaranie do sądu, choć został przez Policję powiadomiony o tym fakcie. W sytuacji nieprzydatnych informacji od Policji i nieprzekazania notatki z miejsca zdarzenia należyta staranność nakazywałaby bezpośredni kontakt z Policją (co umożliwiają obowiązujące przepisy prawa) i skorzystania z uprawnienia wglądu w akta postępowania wyjaśniającego lub uzyskania kopii z tych akt. Materiał dowodowy zgromadzony w tym postępowaniu mógłby być niezmiernie pomocny dla ustalenia odpowiedzialności, zwłaszcza, że zdaniem ubezpieczyciela tylko ustalenia z tego postępowania zezwalały na przyjęcie odpowiedzialności. Również po uzyskaniu informacji o przekazaniu wniosku o ukaranie do sądu, ubezpieczyciel mógł zwrócić się do sądu o udostępnienie akt postępowania sądowego. Z tego uprawnienia ubezpieczyciel nie skorzystał również po otrzymaniu informacji od poszkodowanego o fakcie wydania wyroku nakazowego, uznającego sprawcę szkody za winnego spowodowania kolizji drogowej. Działania ubezpieczyciela skoncentrowały się jedynie na „monitorowaniu” stanu postępowania (ale tylko przez pierwsze 2 miesiące od dnia zawiadomienia o szkodzie) i informowaniu poszkodowanego o niemożności zajęcia stanowiska do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Oprócz powyższego, ubezpieczyciel nie skorzystał z możliwości zwrócenia się do sprawcy o udostępnienie pojazdu do oględzin. Nie podjął się sporządzenia nawet wewnętrznej analizy, nie mówiąc już o zleceniu sporządzenia opinii niezależnego rzeczoznawcy, mającej na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i sformułowania wniosków określonego rodzaju o możliwości lub niemożliwości sprawczego zachowania jego ubezpieczającego. Właściwie ujawniony zakres uszkodzeń pojazdów i brak dowodów co do nieprawidłowości zachowania się poszkodowanego pozwalały na określenie przebiegu zdarzenia i określenie podmiotu odpowiedzialnego za spowodowanie kolizji drogowej. Ubezpieczyciel od chwili zgłoszenia szkody posiadał także informację, że bezpośrednim świadkiem zdarzenia była osoba trzecia i był w posiadaniu jej danych osobowych. Ubezpieczyciel zaniechał kontaktu w celu uzyskania od świadka informacji i ocen na temat przebiegu zdarzenia, a następnie przeprowadzenia oceny ich wiarygodności w oparciu o posiadany już materiał dowodowy. Dopiero wskutek interwencji Rzecznika ubezpieczyciel zobowiązał się do kontaktu ze świadkiem.

Powyżej przedstawione fakty pozwalają, zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, na postawienie ubezpieczycielowi zarzutu nieprofesjonalnego działania i opieszałości w likwidacji szkody oraz bezprawnego uzależniania przyjęcia odpowiedzialności w terminie dłuższym niż 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie od prawomocnego

zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie. Z uwagi na stanowisko ubezpieczyciela, Rzecznik zakończył interwencję w sprawie z uwagi na jej dalszą bezskuteczność. W chwili zakończenia interwencji, likwidacja szkody nadal była w toku, a **ustalenie odpowiedzialności**, wydawałoby się w dość nieskomplikowanym stanie faktycznym, **trwa ponad rok**.

W skargach na działalność **Pocztowego TUW**, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujący przypadek opieszałości w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego²⁰².

W dniu 3 listopada 2013 r. w pewnej miejscowości położonej w województwie śląskim, kierujący pojazdem marki Ford Escort, dla którego była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z Pocztowe TUW, na skrzyżowaniu nie zastosował się do znaku stop, w wyniku czego zderzył się z prawidłowo jadącym samochodem marki Fiat Panda, którego kierujący w wyniku siły uderzenia utracił panowanie nad kierowanym pojazdem, zjechał na przeciwny pas ruchu i zderzył się z samochodem marki VW Golf. Oprócz uszkodzeń pojazdów mechanicznych uczestniczących w zdarzeniu, ranna została pasażerka pojazdu, kierowanego przez sprawcę wypadku. Na miejsce zdarzenia przybyła Policja, która zabezpieczyła ślady i dowody, jednoznacznie wskazujące, że sprawcą wypadku był kierujący pojazdem marki Ford Escort, który nie zastosował się do znaku „Stop”. W związku z obrażeniami ciała pasażerki pojazdu sprawcy zostało wszczęte postępowanie karne o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 k.k. (spowodowania wypadku drogowego).

W dniu 3 listopada 2013 r. właściciel pojazdu marki Fiat Panda złożył zawiadomienie o szkodzie w pojeździe. W dniu 13 listopada 2013 r. (10 dni po zgłoszeniu szkody) ubezpieczyciel poinformował o braku możliwości ustalenia odpowiedzialności za skutki zdarzenia. W dniu 9 grudnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego przekazał kopię notatki Policji z miejsca zdarzenia. W dniu 2 stycznia 2014 r. Pocztowe TUW pisemnie odmówiło przyjęcia odpowiedzialności z uwagi na toczące się postępowanie karne oraz brak możliwości przypisania winy osobie kierującej ubezpieczonym pojazdem. Z uwagi na stanowisko ubezpieczyciela pełnomocnik poszkodowanego w dniu 14 stycznia 2014 r. złożył wniosek do Rzecznika Ubezpieczonych o podjęcie interwencji.

Pismem z dnia 18 marca 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika o ww. zdarzeniach. Jednocześnie podtrzymał stanowisko o niemożności przyjęcia

²⁰² Skarga RU/WSI/G/511/MI/14.

odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia się postępowania karnego. Pocztove TUV podkreśliło również, że „[...] dolożyło wszelkiej staranności w celu ustalenia odpowiedzialności za skutki zdarzenia, jednakże do chwili obecnej z uwagi na toczące się postępowanie karne wina kierującego pojazdem ubezpieczonym w naszym towarzystwie nie została potwierdzona”. Rzecznik Ubezpieczonych ponowił interwencję w sprawie, wnioskując o przedstawienie przez ubezpieczyciela faktów i dowodów, które obiektywnie potwierdziłyby, że ustalenie odpowiedzialności nie jest możliwe bez prawomocnego zakończenia postępowania karnego oraz o wskazanie jakie samodzielne czynności dowodowe zostały podjęte w celu ustalenia tej odpowiedzialności. W odpowiedzi na ponowną interwencję – pismem z dnia 1 lipca 2014 r. ubezpieczyciel podtrzymał stanowisko, że nie może przyjąć odpowiedzialności z uwagi na toczące się postępowanie karne. Ponownie poinformował, że zachował należytą staranność przy wyjaśnianiu podstaw swojej odpowiedzialności. Miał wielokrotnie zwracać się do Policji o udostępnienie notatki z informacją o sposobie zakończenia postępowania, o przekazanie opinii biegłego z zakresu ruchu drogowego, bądź o wyrażenie zgody na wgląd w akta przedmiotowego postępowania. Nie przedstawił jednak żadnego dowodu, że te czynności miały rzeczywiście miejsce i to wielokrotnie. Istotne jednak w tej sprawie jest to, że **ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko o niemożności przyjęcia odpowiedzialności z uwagi na toczące się postępowanie karne, gdy postępowanie to od ponad miesiąca było już prawomocnie zakończone.** Postępowanie karne zostało bowiem umorzone, gdyż pokrzywdzona odmówiła złożenia wniosku o ściganie, gdyż sprawca był dla niej osobą najbliższą, a przepisy postępowania karnego na taką czynność pozwalają. Policja skierowała wobec tego wniosek do sądu o ukaranie sprawcy szkody za spowodowanie kolizji drogowej.

W związku z tak udzieloną odpowiedzią i ponownie podnoszoną niemożnością przyjęcie odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego, Rzecznik Ubezpieczonych w celu udzielenia ubezpieczycielowi pomocy w ustaleniu tej odpowiedzialności przekazał kopię prawomocnego postanowienia o umorzeniu postępowania karnego wraz z uzasadnieniem.

Pismem z dnia 12 września 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika i poszkodowanego, że w dniu 9 września 2014 r. otrzymał od Policji opinię biegłego z zakresu rekonstrukcji drogowej i na tej podstawie przyjął odpowiedzialność za szkodę.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład rażącej opieszałości w likwidacji szkody. Z akt postępowania skargowego nie wynikało, ażeby ubezpieczyciel

samodzielnie podjął się czynności, które miały na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i osoby odpowiedzialnej za wyrządzenie szkody. Nie zlecił sporządzenia wewnętrznych analiz, nie zlecił również sporządzenia opinii przez niezależnego rzeczoznawcę, które na podstawie już zgromadzonych dowodów zrekonstruowałyby przebieg wypadku. Oczekiwał, iż uczynią to za niego organy prowadzące postępowanie karne. Policja zabezpieczyła ślady i dowody w sposób umożliwiający ustalenie odpowiedzialności w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Stan faktyczny pozwalał na ustalenie bezprawności i winy sprawcy szkody. Nie dostosował się on do znaku „Stop”. Sprawca naruszył bezwzględny nakaz zatrzymania się i ustąpienia pierwszeństwa przejazdu. Nie istniały przy tym żadne dowody, które wskazywałyby na inny przebieg zdarzenia. Brak zatem było jakichkolwiek podstaw do odmowy przyjęcia odpowiedzialności i twierdzenia, że ustalenie odpowiedzialność może nastąpić dopiero po prawomocnym zakończeniu postępowania karnego. Ubezpieczyciel twierdził, że podjął szereg czynności zmierzających do ustalenia odpowiedzialności, choć nie był w stanie przedstawić żadnego dowodu na ich potwierdzenie. Od poszkodowanego otrzymał kopię notatki Policji, choć następnie informował Rzecznika Ubezpieczonych, że jej uzyskanie od Policji jest konieczne. Trudno uznać za poważne i wiarygodne wyjaśnienia, że dołożył należytej staranności, skoro konsekwentnie informował Rzecznika i poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności z uwagi na toczące się postępowanie karne, w sytuacji jego już prawomocnego zakończenia. Ubezpieczyciel po otrzymaniu informacji o toczącym się postępowaniu karnym powstrzymał się z ustalaniem odpowiedzialności i biernie oczekiwał na jego zakończenie. **Przez jego bierne zachowanie proces likwidacji szkody trwał prawie rok**, choć istniała obiektywna możliwość ustalenia i przyjęcia odpowiedzialności w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie.

W skargach na działalność **Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce** oferującego i wykonującego umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. pod marką handlową **Proama**, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujący przypadek biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego²⁰³.

W dniu 23 stycznia 2014 r. poszkodowany, kierując pojazdem marki Volkswagen, doznał obrażeń ciała w wyniku wypadku komunikacyjnego, którego sprawcą był kierujący pojazdem marki KIA. Dla pojazdu sprawcy szkody, w chwili zdarzenia, była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z Proama. W dniu 10 października

²⁰³ Skarga RU/WSI/G/692/ET/15.

2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zgłosił roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Pismem z dnia 7 stycznia 2015 r., a więc po upływie prawie 3 miesięcy od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, ubezpieczyciel poinformował, iż na chwilę obecną nie może przyjąć odpowiedzialności, gdyż „[...] do chwili obecnej nie otrzymał dokumentacji ze sprawy karnej prowadzonej przez Sąd Rejonowy we Wrocławiu”. Było to jedynie uzasadnienie niemożności przyjęcia odpowiedzialności. Ubezpieczyciel nie przedstawił żadnego uzasadnienia co do czynności, które zostały samodzielnie przez niego przeprowadzone i dlatego jego zdaniem okazały się one bezskuteczne dla ustalenia odpowiedzialności. Wobec powyższego, została złożona skarga do Rzecznika Ubezpieczonych na działalność tego ubezpieczyciela. Na chwilę sporządzenia niniejszego raportu, Rzecznik Ubezpieczonych oczekuje na wyjaśnienia od ubezpieczyciela. Jednakże może już przedstawić następujące oceny.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych Proama, po pierwsze naruszyła treść art. 14. ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Stanowisko o niemożności przyjęcia odpowiedzialności zostało przedstawione po upływie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Po drugie, ubezpieczyciel w żaden sposób nie wykazał, że bez dokumentacji z sądu nie mógł przyjąć odpowiedzialności. Nie przedstawił żadnych informacji, kiedy wystąpił do sądu i dlatego nie otrzymał kopii akt postępowania. Nie wyjaśnił, jakie dowody dotychczas zgromadził, a także dlaczego pomimo zgromadzonych dowodów, nie było możliwe przyjęcie odpowiedzialności. Zasadnie zatem można twierdzić, iż Proama na chwilę obecną opieszale likwiduje szkodę. Brak jest obiektywnego udowodnienia, iż przyjęcie odpowiedzialności uzależnione jest wyłącznie od wyników toczącego się postępowania karnego. **Proces likwidacji szkody trwa prawie 5 miesięcy.**

Jako kolejny przykład biernego oczekiwania Proama na prawomocne zakończenie się postępowania karnego, Rzecznik Ubezpieczonych może przedstawić następującą sprawę, będącą przedmiotem Jego interwencji²⁰⁴.

W dniu 6 lipca 2013 r. w mieście położonym w województwie śląskim doszło do wypadku komunikacyjnego. Kierujący pojazdem mechanicznym, dla którego była zawarta z Proama umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., rozpoczął manewr cofania z chodnika, nie zachował należytej staranności, nie ustąpił pierwszeństwa pieszemu, prawidłowo poruszającemu się tym chodnikiem, którego następnie potrącił. Kierujący odwiózł poszkodowanego do szpitala. Pieszego wskutek doznanych obrażeń zmarł w dniu 16

²⁰⁴ Skarga RU/WSI/G/6292/ET/14.

lipca 2013 r. Kierujący pojazdem od początku nie negował swojej odpowiedzialności za spowodowanie wypadku. W dniu 28 listopada 2013 r. przeciwko kierującemu został skierowany akt oskarżenia do sądu o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 k.k.

Pełnomocnik poszkodowanego w imieniu osób najbliższych w dniu 6 lutego 2014 r., a więc po upływie 2 miesięcy od skierowania aktu oskarżenia do sądu i 7 miesięcy od dnia wypadku, powiadomił ubezpieczyciela o szkodzie. Ubezpieczyciel w dniu 14 lutego 2013 r. uznał swoją odpowiedzialność i wypłacił na rzecz syna osoby poszkodowanej zadośćuczynienie za śmierć osoby najbliższej. Świadczenie to zostało jednak pomniejszone o stopień przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody. Ubezpieczyciel przedstawił następujące uzasadnienie swojego stanowiska: „*Równocześnie podajemy, że do chwili obecnej nie uzyskaliśmy dokumentacji z akt sprawy karnej pozwalającej na ustalenie pełnej odpowiedzialności naszego zakładu. W związku z powyższym, na podstawie art. 362 k.c., do czasu uzyskania kolejnych dowodów w sprawie, które stanowiąc będą podstawę zajęcia ostatecznego stanowiska co do zakresu odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, pomniejsza się powyższą kwotę o przyjęcie 50% stopnia ewentualnego przyczynienia się do zdarzenia*”.

Pełnomocnik poszkodowanego, wobec oczywistej bezsporności przyczyn zdarzenia i osoby odpowiedzialnej za szkodę, a także braku jakichkolwiek dowodów na bezprawność zachowania się poszkodowanego, dwukrotnie w kwietniu 2014 r. wzywał ubezpieczyciela do uznania odpowiedzialności w pełnej wysokości. W dniu 30 kwietnia 2014 r. **Proama podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko, wskazując jednocześnie, że przyjęcie warunkowego przyczynienia jest jak najbardziej zasadne**. Ponadto ubezpieczyciel zaznaczył, iż sprawa karna dalej jest w toku, stąd też brak jest możliwości zajęcia ostatecznego stanowiska sprawie. W dniu 20 maja 2014 r. pełnomocnik zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych z wnioskiem o podjęcie interwencji w sprawie.

Pismem z dnia 7 września 2014 r. Proama poinformowała Rzecznika, że dokumentację z sądu uzyskała dopiero w dniu 8 maja 2014 r., a pełna odpowiedzialność została przyjęta w dniu 13 czerwca 2014 r.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład opieszałości w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie się postępowania karnego. Z akt postępowania skargowego nie wynikało, ażeby ubezpieczyciel samodzielnie podjął się oceny wypadku komunikacyjnego. Brak było uzewnętrzniionych analiz w tym zakresie, czy zleconych opinii niezależnych rzeczoznawców, w których

zrekonstruowany został przebieg zdarzenia, jego przyczyna i osoba sprawcy. W chwili upływu terminu, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, nie istniały żadne dowody wskazujące na przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Pieszy prawidłowo poruszał się po chodniku, natomiast kierujący pojazdem bezwzględnie powinien mu ustąpić pierwszeństwa. Wyłącznie przyczyną szkody było naruszenie przez kierującego pojazdem elementarnych zasad ruchu drogowego. Ubezpieczyciel był w posiadaniu informacji o skierowaniu aktu oskarżenia do sądu. Sprawca szkody nie negował swojej odpowiedzialności. Dodatkowo brak było dowodów, ażeby ubezpieczyciel w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie w ogóle występował do sądu o przekazanie informacji i dokumentów lub o bezpośredni wgląd w akta sądowe, a nieuzyskanie dowodów było wynikiem zaniechania sądu. W rzeczywistości uzyskanie informacji z akt postępowania nastąpiło dopiero 5 miesięcy po zgłoszeniu roszczeń. Trudno więc mówić, że ubezpieczyciel działał terminowo i z należytą starannością, jakiej należy oczekiwać od profesjonalisty.

W opinii Rzecznika sprawa ta jest również przykładem rażącego naruszenia art. 362 k.c. W polskim prawie nie występuje konstrukcja warunkowego przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej. Jak powyżej zostało wskazane nie istniał żaden dowód pozwalający na uznanie, że poszkodowany przyczynił się do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Warunkowe stosowanie instytucji przyczynienia do czasu zapoznania się z materiałami postępowania karnego przy całkowitym braku dowodów, wskazujących na nieprawidłowe zachowanie się poszkodowanego było działaniem całkowicie bezprawnym i absurdalnym z punktu widzenia obowiązujących zasad odpowiedzialności cywilnej i gwarancyjnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym.

W skargach na działalność **PZU S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujący przypadek rażącej opieszałości w likwidacji szkody poprzez bierne oczekiwanie na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie²⁰⁵.

W dniu 21 kwietnia 2011 r. kierujący pojazdem, dla którego była zawarta z PZU S.A. umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., wykonując manewr cofania z chodnika i włączając się do ruchu, nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu pojazdowi,

²⁰⁵ Skarga RU/WSI/G/1773/NK/14.

kierowanemu przez poszkodowanego, czym doprowadził do kolizji. Uszkodzeniu uległ bok pojazdu, który należał do poszkodowanego. Na miejsce zdarzenia przybyła Policja, która uznała sprawcę szkody za winnego spowodowania kolizji drogowej i popełnienia wykroczenia z art. 86 § 1 k.w. Poszkodowany zgłosił roszczenie do ubezpieczyciela. Pismem z dnia 13 maja 2011 r. ubezpieczyciel powiadomił poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności za skutki kolizji drogowej. Okolicznościami rzekomo uzasadniającymi niemożność ustalenia odpowiedzialności i wypłaty odszkodowania były: 1) sprawca kolizji nie przyznawał się do winy, 2) Policja skierowała wniosek o ukaranie do sądu. Jednocześnie ubezpieczyciel zaznaczył, iż sprawa pozostaje w jego zainteresowaniu i z chwilą uzyskania dokumentacji pozwalającej na przyjęcie odpowiedzialności ich ubezpieczającego, powróci do sprawy. Ubezpieczyciel nie sprecyzował jednak jakiego rodzaju ma być to dokumentacja.

W październiku 2013 r., **a więc po upływie ponad 2 lat od dnia zgłoszenia szkody**, poszkodowany zwrócił się do PZU S.A z pytaniem o aktualny stan sprawy, jakie czynności zostały podjęte, a także poprosił o udostępnienie informacji i dokumentów z akt szkody. Ubezpieczyciel poinformował o konieczności wniesienia opłat przed sporządzeniem kserokopii akt szkody i o wysokości tej opłaty. Nie przedstawił natomiast żadnych informacji o czynnościach podjętych po dniu zajęcia stanowiska o niemożności przyjęcia odpowiedzialności, choć sprawa miała pozostawać w jego szczególnym zainteresowaniu. Wobec powyższego, pełnomocnik poszkodowanego złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji.

W dniu 4 kwietnia 2014 r. ubezpieczyciel przedstawił Rzecznikowi wyjaśnienia. Powtórzył przesłanki niemożności ustalenia odpowiedzialności z korespondencji, kierowanej wcześniej do poszkodowanego. Jednocześnie, rozwinął co miał na myśli, informując poszkodowanego o charakterze dokumentacji, która miała potwierdzać sprawstwo ubezpieczającego, mianowicie tym dokumentem miał być prawomocny wyrok w sprawie o wykroczenie. Ostatecznie ubezpieczyciel przyjął odpowiedzialność dnia 24 stycznia 2014 r., po otrzymaniu prawomocnego wyroku sądu. PZU S.A. przyznał się jednak do opóźnienia w likwidacji szkody i wypłacił odsetki za opóźnienie.

W ocenie Rzecznika czynności PZU S.A. podczas likwidacji szkody były nieprofesjonalne. Ubezpieczyciel opieszale likwidował szkodę. Po pierwsze, w świetle art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, powstrzymanie się z likwidacją szkody powyżej 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie może nastąpić tylko wówczas, gdy ustalenie odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania uzależnione jest wyłącznie

od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia z postępowaniem w sprawie o wykroczenie, nie zaś z postępowaniem karnym. Po drugie, art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z uwzględnieniem wyższego miernika staranności jakiego należy oczekiwać od profesjonalisty (art. 355 § 2 k.c.) nakazują wyraźnie ubezpieczycielowi samodzielne prowadzenie postępowania likwidacyjnego, gromadzenie dowodów i przeprowadzenie na ich podstawie oceny o istnieniu lub nieistnieniu odpowiedzialności gwarancyjnej. Żadne z toczących się postępowań nie zwalania *a priori* ubezpieczyciela z obowiązku samodzielnego prowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym gromadzenia dowodów.

Z akt postępowania skargowego wynikało, że ubezpieczyciel przyjął zawiadomienie o szkodzie, wystąpił do ubezpieczającego o potwierdzenie okoliczności zdarzenia, określił rozmiar szkody i uzyskał notatkę Policji. Po otrzymaniu informacji od Policji o prowadzeniu postępowania wyjaśniającego w celu skierowania wniosku o ukaranie do sądu, ubezpieczyciel natychmiast zaprzestał prowadzenia dalszych czynności. Brak było uzewnętrzniczonych dowodów wskazujących na samodzielne podejmowanie przez ubezpieczyciela czynności mających na celu ustalenie odpowiedzialności i wysokości odszkodowania. Ubezpieczyciel po pisemnym poinformowaniu poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności nie zwracał się do Policji i sądu o przekazanie informacji i dokumentów z prowadzonego postępowania. Nie podjął się sporządzenia nawet wewnętrznej analizy, nie mówiąc już o zleceniu sporządzenia opinii niezależnego rzeczoznawcy, mającej na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i sformułowania wniosków określonego rodzaju o możliwości lub niemożliwości sprawczego zachowania się ubezpieczającego. Ubezpieczyciel całkowicie pominął zaistniały stan faktyczny – nieustąpienie pierwszeństwa podczas manewru cofania z chodnika na jezdnię w celu włączenia się do ruchu. Przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym w tym zakresie są jednoznaczne. Stosownie do art. 17 ust. 2 tejże ustawy kierujący pojazdem, włączając się do ruchu, jest obowiązany zachować szczególną ostrożność oraz ustąpić pierwszeństwa innemu pojazdowi lub uczestnikowi ruchu. Zakres uszkodzeń pojazdów i brak dowodów co do nieprawidłowości zachowania się poszkodowanego pozwalał na określenie przebiegu zdarzenia i określenie podmiotu odpowiedzialnego za spowodowanie kolizji drogowej – tj. kierującego pojazdem, dla którego w chwili zdarzenia była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z PZU S.A., bez konieczności oczekiwania na

jakiegokolwiek rozstrzygnięcie w postępowaniu w sprawie o wykroczenie. Sporność sprawy, rzekoma niemożność ustalenia odpowiedzialności z powodu wszczęcia postępowania w sprawie o wykroczenie i negowanie odpowiedzialności przez sprawcę szkody miały charakter całkowicie pozorny.

Powyżej przedstawione fakty i dowody dostatecznie pozwalają na postawienie PZU S.A. zarzutu rażącej opieszałości w likwidacji szkody, poprzez bierne oczekiwanie na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie. **Wskutek tej bierności likwidacja szkody trwała prawie 3 lata.**

Jako kolejny przykład opieszałości PZU S.A. w likwidacji szkody można wskazać następującą sprawę, będącą przedmiotem interwencji Rzecznika Ubezpieczonych²⁰⁶.

W dniu 9 października 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał wniosek o podjęcie interwencji w sprawie opieszałości PZU S.A. w likwidacji szkody komunikacyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. Z akt postępowania skargowego wynikało, że pełnomocnik poszkodowanego w dniu 2 czerwca 2014 r. zawiadomił ubezpieczyciela o szkodzie na osobie, która powstała w dniu 3 marca 2014 r. Do tego zawiadomienia została dołączona notatka Policji z dnia 21 maja 2014 r. W świetle tej notatki w dniu 3 marca 2013 r. w jednej z miejscowości położonej w woj. mazowieckim, kierujący pojazdem, dla którego była zawarta z PZU S.A. umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., wyjeżdżając ze stacji paliw, nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu kierującemu motocyklem, doprowadzając do ich zderzenia. Z uwagi na zakres uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego, zostało wszczęte postępowanie karne przeciwko sprawcy szkody o spowodowanie wypadku drogowego. W dniu 29 kwietnia 2014 r. postępowanie przygotowawcze zostało zakończone sporządzeniem aktu oskarżenia i przekazaniem go wraz z aktami do prokuratora w celu zatwierdzenia aktu oskarżenia.

Pismem z dnia 11 lipca 2014 r., a więc po upływie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, ubezpieczyciel poinformował pełnomocnika poszkodowanego, że nie uzyskał wglądu w akta sprawy karnej, dlatego też niemożliwe było przyjęcie odpowiedzialności za skutki wypadku drogowego.

W wyjaśnieniach z dnia 24 listopada 2014 r. skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych, ubezpieczyciel poinformował, iż wglądu w akta sprawy karnej dokonał w dniu 15 września 2014 r. (ponad 3 miesiące od dnia otrzymania zawiadomienia

²⁰⁶ Skarga RU/WSI/G/11973/ET/14.

o szkodzie). Uzyskany materiał dowodowy nie pozwolił na przyjęcie odpowiedzialności, choć w żaden sposób ubezpieczyciel nie wyjaśnił, z jakich przyczyn dowody zgromadzone w postępowaniu karnym nie mogły być pomocne w ustaleniu odpowiedzialności gwarancyjnej. Następnie, podczas rozmowy telefonicznej w dniu 29 października 2014 r. z sądem rejonowym ubezpieczyciel miał uzyskać informację, że w tym dniu zapadł wyrok skazujący sprawcę szkody za przestępstwo spowodowania wypadku drogowego, ale wyrok ten był nieprawomocny. Po uprawomocnieniu się wyroku ubezpieczyciel miał ustalić na dzień 28 listopada 2014 r. ponowny wgląd w akta zakończonego postępowania karnego, po którym zajmie ostateczne stanowisko w sprawie.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych opisana powyżej sprawa jest przykładem opieszałości w likwidacji szkody. Ubezpieczyciel nie przedstawił żadnych dowodów, pozwalających na przyjęcie, że tylko dzięki ustaleniom poczynionym w prawomocnie zakończonym postępowaniu karnym możliwe było przyjęcie odpowiedzialności. Rzecznikowi nie są znane powody, dlaczego ubezpieczyciel nie zażądał niezwłocznie wglądu w akta postępowania lub sporządzenia kopii z tych akt, a następnie nie zlecił sporządzenia opinii, w której zrekonstruowany zostałby przebieg wypadku drogowego. Nie przedstawił żadnych dowodów, które potwierdzałyby, że samodzielnie prowadził czynności likwidacyjne, a ich wyniki obiektywnie nie pozwalały na ustalenie istnienia lub nieistnienia odpowiedzialności gwarancyjnej i ustalenia te mogą być poczynione wyłącznie w postępowaniu karnym. **Sprawa ta nadal jest przedmiotem interwencji Rzecznika, a ustalenie odpowiedzialności, pomimo prawomocnego zakończenia się postępowania karnego, w którym ubezpieczający w PZU S.A. został prawomocnie skazany za dokonanie przestępstwa wypadku komunikacyjnego, trwa ponad 10 miesięcy.** Jednocześnie doszło do naruszenia terminu do wykonania przez ubezpieczyciela obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, warto także przedstawić inny przykład opieszałości PZU S.A. w likwidacji szkody i bierne oczekiwanie na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie.

W dniu 30 listopada 2013 r. w miejscowości położonej w województwie małopolskim doszło do kolizji drogowej. Kierujący pojazdem, dla którego była zawarta z PZU S.A. umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., nie zachowując szczególnej ostrożności i nie ustępując pierwszeństwa, bez włączonego kierunkowskazu zmienił pas

ruchu z lewego na prawy i doprowadził do kolizji z pojazdem należącym do poszkodowanego. W tym samym dniu poszkodowany zawiadomił PZU S.A. o szkodzie. Jak wynika z przekazanych przez ubezpieczyciela akt szkody w dniu 4 grudnia 2013 r. ubezpieczyciel zwrócił się do Policji o przekazanie notatki. Notatka ta została wysłana w dniu 7 stycznia 2014 r. i potwierdzała przyczyny i okoliczności zdarzenia, przedstawione przez poszkodowanego. Zawierała również informację o odmowie przyjęcia przez sprawcę mandatu karnego i o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w celu skierowania wniosku o ukaranie do sądu. W notatce Policji ujawniony został też zakres uszkodzeń pojazdów, które uczestniczyły w kolizji drogowej.

Po uzyskaniu ww. notatki zakład ubezpieczeń, pismem z dnia 16 stycznia 2014 r., a więc po upływie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, poinformował poszkodowanego o niemożności przyjęcia odpowiedzialności. Ubezpieczyciel wskazał, że: *„W razie zderzenia się pojazdów naprawienie szkody następuje na zasadach ogólnych, tj. na podstawie art. 415 k.c., zgodnie z którym koniecznym warunkiem odpowiedzialności odszkodowawczej z tytułu czynu niedozwolonego jest wykazanie winy sprawcy szkody. W świetle wskazanych powyżej przepisów wypłata odszkodowania może nastąpić po ustaleniu osoby odpowiedzialnej za szkodę, w sposób nie budzący wątpliwości. Udowodnienie powyższej okoliczności obciąża poszkodowanego na zasadzie art. 6 k.c. Jak ustalono w procesie likwidacji przedmiotowej szkody sprawa została skierowana do Sądu. Do sprawy powrócimy po otrzymaniu Prawomocnego Wyroku Sądu”*.

Wobec tak przedstawionego uzasadnienia poszkodowany złożył wniosek do Rzecznika Ubezpieczonych o podjęcie interwencji. Pismem z dnia 9 lipca 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że jednostka PZU S.A. prowadząca przedmiotową szkodę została zobowiązana do podjęcia czynności w zakresie ponownej analizy zgromadzonej dokumentacji akt sprawy. O ostatecznie zajęтым stanowisku w sprawie ubezpieczyciel informuje Rzecznika i poszkodowanego odrębnym pismem. Ubezpieczyciel przekazał również wnioskowaną przez Rzecznika kopię akt szkody.

W dniu 3 listopada 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał kolejną informację od ubezpieczyciela w sprawie, mianowicie, że nie udało się dokonać wglądu w akta prowadzonego postępowania karnego (choć w rzeczywistości była to sprawa o wykroczenie – przyp. Rzecznika Ubezpieczonych). Z ustaleń ubezpieczyciela miało wynikać, że sprawa jest w toku i na dzień 20 listopada 2014 r. został wyznaczony kolejny termin rozprawy. Po uzyskaniu niezbędnej dokumentacji zgłoszone przez poszkodowanego roszczenie zostanie rozpatrzone. **Odpowiedź ta została udzielona**

w takich okolicznościach, w których z akt szkody wyraźnie wynikało, że w dniu 14 maja 2014 r. (6 miesięcy od dnia udzielenia Rzecznikowi takiej odpowiedzi) ubezpieczyciel uznał odpowiedzialność za szkodę i wypłacił odszkodowanie, zaś w dniu 20 maja 2014 r. poszkodowany wystąpił z roszczeniem o wypłatę odsetek za opóźnienie.

Z przekazanych Rzecznikowi Ubezpieczonych akt szkody nie wynikało, ażeby ubezpieczyciel zwrócił się do ubezpieczającego o potwierdzenie okoliczności zdarzenia. Nie wynikało również, ażeby ubezpieczyciel zwrócił się o przeprowadzenie oględzin, których wyniki pozwoliłyby na potwierdzenie korelacji uszkodzeń. W przekazanych aktach szkody brak było również jakiegokolwiek potwierdzenia, ażeby ubezpieczyciel występował do Policji, o bezpośredni wgląd w akta postępowania wyjaśniającego lub o sporządzenie kopii z tych akt.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład opieszałego i niestarannego ustalania odpowiedzialności. Dodatkowo doszło do naruszenia obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Dla Rzecznika Ubezpieczonych całkowicie niezrozumiałe jest informowanie, że ubezpieczyciel ustala odpowiedzialność i konieczny jest wgląd w akta zakończonego prawomocnie postępowania, gdy z akt szkody jednoznacznie wynika, że uznał on odpowiedzialność i wypłacił odszkodowanie.

Opieszałość w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie się postępowania karnego Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził także w skargach na działalność **STU Ergo Hestia S.A.** Dla przykładu, w jednej ze spraw, będącej przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny²⁰⁷.

W dniu 12 grudnia 2013 r. doszło do kolizji drogowej. Kierujący pojazdem marki VW Golf, skręcając z drogi podporządkowanej, nie zachował należytej ostrożności i nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu, czym doprowadził do zderzenia się z jadącym drogą z pierwszeństwem przejazdu pojazdem ciężarowym marki Man.

Poszkodowany zawiadomił ubezpieczyciela o szkodzie w dniu 20 grudnia 2013 r. Ubezpieczyciel wystąpił do Policji o przekazanie informacji na temat kolizji. Policja pismem z dnia 10 stycznia 2014 r. poinformowała zakład ubezpieczeń, iż toczy się dochodzenie w sprawie spowodowania wypadku drogowego, gdyż pasażerka pojazdu,

²⁰⁷ Skarga RU/WSI/G/2076/KD/14.

którym kierował sprawca doznała złamania kości nosa, skutkującego rozstrojem zdrowia powyżej 7 dni. Jednocześnie w piśmie Policji zostali przedstawieni uczestnicy zdarzenia. Następnie Policja przekazała notatkę z dnia 30 stycznia 2014 r. Precyzyjnie w niej był określony przebieg zdarzenia: zderzenie się pojazdów boczne oraz wskazanie przyczyny kolizji: nieustąpienie pierwszeństwa przez kierującego pojazdem marki VW Golf. W notatce Policji została zawarta także informacja, że wszczęte zostało dochodzenie w sprawie spowodowania przestępstwa wypadku drogowego.

W dniu następnym po otrzymaniu tej notatki (pismem z dnia 31 stycznia 2014 r.), ubezpieczyciel zajął pisemne stanowisko o niemożności przyjęcia odpowiedzialności. Ubezpieczyciel wskazał, że *„Okoliczności podane w zgłoszeniu szkody oraz w otrzymanych notatkach Policji, nie pozwalają jednoznacznie określić osoby odpowiedzialnej za uszkodzenie Państwa pojazdu. [...] W przedmiotowej sprawie postępowanie wyjaśniające prowadzi Policja w [...] Ostateczne stanowisko zostanie wydane po otrzymaniu prawomocnego wyroku [...]”*.

Wobec odmowy przyjęcia odpowiedzialności poszkodowany złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 12 maja 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia. Poinformował on, że nie czekając na otrzymanie prawomocnego wyroku w sprawie karnej, przyjął odpowiedzialność za skutki wypadku. **Do przyjęcia odpowiedzialności wystarczająca okazała się ww. notatka Policji, na podstawie której ubezpieczyciel wcześniej poinformował poszkodowanego, że nie może przyjąć odpowiedzialności za skutki kolizji drogowej do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego.**

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład opieszałości w likwidacji szkody, biernego oczekiwania na zakończenie postępowania karnego. Ubezpieczyciel natychmiast poinformował poszkodowanego o konieczności oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego po uzyskaniu od Policji informacji o wszczęciu dochodzenia w sprawie. Postępowanie przygotowawcze musiało być wszczęte, gdyż pasażerka pojazdu kierowanego przez sprawcę doznała rozstroju zdrowia powyżej 7 dni. Konieczne było procesowe ustalenie czy mamy do czynienia z popełnieniem przestępstwa spowodowania wypadku drogowego, czy ze zwykłym wykroczeniem. W postępowaniu tym poszkodowany nie posiadał statusu pokrzywdzonego. W opinii Rzecznika otrzymane notatki Policji, a także inne dowody, zgromadzone przez ubezpieczyciela, były wystarczające do przyjęcia odpowiedzialności i to w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Ocena bezprawności zachowania się sprawcy szkody była

oczywista. Nie było żadnych wątpliwości i okoliczności spornych co do zachowania się uczestników kolizji drogowej. Poszkodowany poruszał się po drodze z pierwszeństwem przejazdu. Sprawca zamierzał włączyć się do ruchu z drogi podporządkowanej. Nie zachował należytej ostrożności, nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu i swoim zachowaniem doprowadził do kolizji drogowej. Nadto, określony zakres uszkodzeń pojazdu jednoznacznie pozwalał na potwierdzenie przedstawionej przez poszkodowanego i Policję wersji zdarzenia. Brak było jakichkolwiek podstaw do uzależniania przyjęcia odpowiedzialności od prawomocnego zakończenia się postępowania karnego. W aktach postępowania skargowego brak było potwierdzenia co do sporządzenia przez ubezpieczyciela nawet wewnętrznej analizy, nie mówiąc już o zleceniu sporządzenia opinii niezależnego rzeczoznawcy, mającej na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i sformułowania wniosków określonego rodzaju co do możliwości lub niemożliwości sprawczego zachowania się ubezpieczającego. Ubezpieczyciel nie wykorzystał dostępnych mu instrumentów do zgromadzenia dowodów i samodzielnego dokonania właściwej oceny bez konieczności oczekiwania na ustalenia faktyczne, przeprowadzone przez organ procesowy w postępowaniu karnym. Ubezpieczyciel całkowicie pominął stan faktyczny, ustalony na podstawie zgromadzonych w postępowaniu likwidacyjnym dowodów. Pozornie i błędnie stworzył stan sporności przyczyn kolizji drogowej i niemożności samodzielnego ustalenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającego do czasu prawomocnego zakończenia się postępowania karnego.

Przykład rażącej opieszałości w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocny wyrok sądu w sprawie o wykroczenie stanowi również następująca skarga na działalność **TUW TUW**²⁰⁸.

W dniu 19 listopada 2014 r. miała miejsce kolizja drogowa. Kierujący pojazdem, który w chwili zdarzenia posiadał zawartą z TUW TUW umowę obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., nie zastosował się do sygnału czerwonego, wyświetlanego przez sygnalizację świetlną dla jego kierunku jazdy, wjechał na skrzyżowanie i doprowadził do zderzenia z pojazdem kierowanym przez poszkodowanego. Na miejsce zdarzenia przybyła Policja. Byli też naoczni świadkowie zdarzenia, nie będący uczestnikami kolizji. Sprawca odmówił przyjęcia mandatu karnego, wobec czego zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające w celu skierowania wniosku do sądu o ukaranie.

²⁰⁸ Skarga RU/WSI/G/665/MI/15.

W dniu 21 listopada 2014 r. poszkodowany złożył do TUV TUV zawiadomienie o szkodzie. W dniu 22 grudnia 2014 r. sąd wydał wyrok, na mocy którego uznał sprawcę szkody za winnego popełnienia wykroczenia z art. 86 § 1 k.w. w ten sposób, że nie zachowując należytej ostrożności, naruszył bezpieczeństwo ruchu drogowego poprzez wjechanie na skrzyżowanie przy wyświetlonym czerwonym sygnale świetlnym dla jego kierunku jazdy i doprowadził do kolizji drogowej. Sprawca szkody i wykroczenia nie wnosił apelacji od wyroku. Pismem z dnia 30 grudnia 2014 r. (wysłanym do poszkodowanego w dniu 2 stycznia 2015 r.) ubezpieczyciel poinformował poszkodowanego o nieuznaniu odpowiedzialności za szkodę. Zdaniem TUV TUV materiał dowodowy zgromadzony w aktach szkody, nie dawał podstaw do przyjęcia odpowiedzialności. Do chwili zajęcia stanowiska nie zapadł w sądzie prawomocny wyrok orzekający o winie któregośkolwiek z uczestników. Ubezpieczający nie przyznał się do winy i odmówił przyjęcia mandatu. Jednocześnie TUV TUV poinformowało, że po dostarczeniu przez poszkodowanego prawomocnego wyroku sądu, wskazującego winę jego ubezpieczającego, powróci do sprawy. Wobec odmowy przyjęcia odpowiedzialności poszkodowany złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. Z akt postępowania skargowego wynika, że ubezpieczyciel przyjął jednak odpowiedzialność w dniu 19 stycznia 2015 r. (17 dni po odmowie uznania tej odpowiedzialności).

W pierwszej kolejności wskazać należy, że ubezpieczyciel w niniejszej sprawie naruszył art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczenia obowiązkowych. Stanowisko o odmowie przyjęcia odpowiedzialności do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie o wykroczenie zostało wysłane do poszkodowanego 11 dni po upływie ustawowego terminu. Dodatkowo, w ocenie Rzecznika Ubezpieczonych brak było podstaw do odmowy przyjęcia odpowiedzialności i uzależniania jej przyjęcia od otrzymania prawomocnego wyroku sądu w sprawie o wykroczenie. Ubezpieczyciel zachował się biernie i oczekiwał na prawomocne zakończenie postępowania w sprawie o wykroczenie. Z akt postępowania skargowego nie wynika, ażeby ubezpieczyciel samodzielnie podjął się czynności, które zmierzałyby do ustalenia istnienia lub nieistnienia jego odpowiedzialności. Z góry przyjął, że bez prawomocnego wyroku sądu nie może przyjąć odpowiedzialności. Stanowisko ubezpieczyciela o niemożności przyjęcia odpowiedzialności zostało zajęte już po wydaniu wyroku. Nadto, z akt sprawy nie wynika, ażeby ubezpieczyciel podjął się jakichkolwiek uzewnętrzniionych analiz, nie mówiąc już o zleceniu sporządzenia opinii przez biegłego, mających na celu zrekonstruowanie przebiegu zdarzenia i osoby odpowiedzialnej za jego wywołanie. Z akt postępowania

likwidacyjnego nie wynika, ażeby ubezpieczyciel na etapie postępowania wyjaśniającego skorzystał z instytucji, o której mowa w art. 25 ust.1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i zwrócił się do Policji o wgląd w akta postępowania lub o przekazanie kopii informacji i dokumentów z tych akt. W aktach tych były zeznania naocznych świadków zdarzenia, niebędących uczestnikami kolizji. Ubezpieczyciel miał zatem możliwość zapoznania się z tymi zeznaniami i dokonania oceny ich wiarygodności w oparciu o posiadany już materiał dowodowy lub przydatności dla określenia przyczyn kolizji i osoby sprawcy. Również po przekazaniu wniosku o ukaranie do sądu ubezpieczyciel nie wystąpił o wgląd w akta postępowania sądowego lub o sporządzenie kopii i dokumentów z tych akt. Nie przeprowadził także oględzin miejsca zdarzenia i sprawdzenia oznaczenia skrzyżowania. Ubezpieczyciel nie podjął się również czynności, zmierzających do ustalenia czy na skrzyżowaniu tym był monitoring miejski, którego zapisy z dnia zdarzenia mogłyby stanowić istotny dowód sprawie. Działania ubezpieczyciela ograniczyły się do wytworzenia pozornego stanu sporności sprawy i niemożności jej samodzielnego wyjaśnienia. Nieprzyjęcie przez sprawcę mandatu karnego i wszczęcie postępowania w sprawie o wykroczenie miało uzasadniać odmowę przyjęcia odpowiedzialności. W sprawie też nie było dowodów, które pozwalałyby na przyjęcie innej wersji przebiegu zdarzenia, niż przedstawiona przez poszkodowanego i przez Policję we wniosku o ukaranie, który w czasie likwidacji szkody został skierowany do sądu.

Przy braku aktywności ubezpieczyciela w wyjaśnieniu podstaw odpowiedzialności trudno mówić, że przyjęcie odpowiedzialności i wypłata odszkodowania uzależniona była wyłącznie od toczącego się postępowania w sprawie o wykroczenie. Zwrócić też trzeba uwagę, że ubezpieczyciel całkowicie przerzucił ciężar pozyskania prawomocnego wyroku na poszkodowanego, choć od tego dokumentu uzależnił przyjęcie odpowiedzialności. Nadto ubezpieczyciel był w posiadaniu informacji, że został wydany wyrok uznający sprawcę szkody za winnego spowodowania kolizji, a art. 25 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej stwarzał mu możliwość otrzymania tego dokumentu. Nie można zatem tego uznać za przejaw zachowania należytej staranności przy wykonaniu zobowiązania. Być może wymiar opóźnienia nie był istotny, zwłaszcza biorąc pod uwagę inne opisane przypadki, (niecały miesiąc po upływie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie), jednakże jest to przykład nieuzasadnionego okolicznościami sprawy biernego oczekiwania na prawomocne rozstrzygnięcie postępowania w sprawie o wykroczenie, przy jednoczesnym zaniechaniu podejmowania czynności likwidacyjnych.

Przykładem rażącej opieszałości w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego w sprawie o wykroczenie może być także następująca skarga na działalność **TUZ T UW**²⁰⁹.

W dniu 3 października 2013 r. w jednym z miast wojewódzkich, położonym na wschodzie Polski, doszło do kolizji drogowej. W godzinach porannych, w warunkach ograniczonej widoczności, sprawca szkody, kierując pojazdem, nie dostosował prędkości na łuku drogi, wyjeżdżając z tego łuku utracił panowanie nad kierowanym pojazdem, wskutek czego doprowadził do zderzenia z prawidłowo zaparkowanym na chodniku samochodem. Na miejsce kolizji przybyła Policja, sprawca szkody odmówił jednak przyjęcia mandatu karnego, w związku z czym zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające w sprawie o wykroczenie w celu skierowania do sądu wniosku o ukaranie.

W dniu 4 października 2013 r. poszkodowany złożył zawiadomienie o szkodzie. W tym samym dniu TUZ T UW zwróciło się do Policji o przekazanie notatki. Policja przekazała notatkę, w świetle której sprawcą kolizji drogowej (sprawcą wykroczenia) był ubezpieczający w TUZ T UW. Notatka ta zawierała opis zdarzenia: najechanie na prawidłowo zaparkowany pojazd. Jednocześnie zawierała informację, że z powodu odmowy przyjęcia mandatu karnego przez sprawcę kolizji, zostało wszczęte postępowanie wyjaśniające w celu skierowania do sądu wniosku o ukaranie. Ubezpieczający poinformował ubezpieczyciela, że nie poczuwa się do winy, a odpowiedzialny za szkodę jest poszkodowany, który źle zaparkował samochód, choć nie było żadnych dowodów, co do tego faktu, w szczególności, że nastąpiło to w miejscu niedozwolonym. Na podstawie informacji, że toczy się postępowanie w sprawie o wykroczenie, a kierujący pojazdem nie poczuwa się do winy, ubezpieczyciel (pismem z dnia 31 października 2013 r.) poinformował poszkodowanego, iż do czasu uzyskania prawomocnego wyroku sądu nie może przyjąć odpowiedzialności. W dniu 16 lipca 2014 r., a więc **po upływie 9 miesięcy od dnia zawiadomienia o szkodzie**, poszkodowany przekazał TUZ T UW kopię wyroku nakazowego. Od wyroku sprawca szkody sprzeciwu nie wniósł. Na podstawie tego wyroku w dniu 22 lipca 2014 r. wypłacono odszkodowanie. Ubezpieczyciel zanegował przy tym swoją odpowiedzialność za odsetki za opóźnienie. Zdaniem TUZ T UW w niniejszej sprawie opóźnienia nie było, gdyż odpowiedzialność mogła być przyjęta tylko na podstawie prawomocnego wyroku w sprawie o wykroczenie, gdyż sprawca szkody

²⁰⁹ Skarga RU/WSI/G/8075/PW/14.

negował swoją odpowiedzialność za szkodę powstałą w wyniku najechania na prawidłowo zaparkowany na chodniku samochód poszkodowanego, zaś Policja skierowała wniosek o ukaranie do sądu, wobec odmowy przyjęcia mandatu karnego.

Rzecznik Ubezpieczonych dokonał analizy akt szkody, które zostały przekazane przez ubezpieczyciela. Zdaniem Rzecznika w sposób rażący doszło do opóźnienia w ustaleniu odpowiedzialności i w wypłacie odszkodowania za uszkodzenie pojazdu. Po pierwsze, art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczenia obowiązkowych zezwala na powstrzymanie się z likwidacją szkody na czas dłuższy niż 90 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie wyłącznie w razie toczącego się postępowania karnego lub cywilnego i tylko pod warunkiem, że dzięki wynikom tych postępowań możliwe będzie ustalenie odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania. W niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia wyłącznie z postępowaniem w sprawie o wykroczenie. Po drugie, w ocenie Rzecznika ubezpieczyciel po otrzymaniu informacji od Policji o skierowaniu wniosku do sądu, nie podjął żadnych samodzielnych czynności mających na celu odtworzenie przebiegu kolizji drogowej np. w postaci sporządzenia wewnętrznych ekspertyz lub zlecenia opinii niezależnego rzeczoznawcy na okoliczność przebiegu kolizji drogowej i sprawcy szkody. Zaprzestał czynności likwidacyjnych po otrzymaniu wyżej wymienionej informacji od Policji oraz po zanegowaniu przez sprawcę jego odpowiedzialności. Po trzecie, ubezpieczyciel nie przeprowadził oględzin miejsca zdarzenia, które pozwoliłyby na jednoznaczne określenie, że pojazd poszkodowanego był zaparkowany w dozwolonym miejscu i we właściwy sposób. Wreszcie, i co najważniejsze w niniejszej sprawie, zawiadomienie o szkodzie, notatka Policji, a także wyjaśnienia sprawcy (pomimo negowania odpowiedzialności) pozwalały na ustalenie, kto był sprawcą szkody i jakie przepisy ruchu drogowego zostały naruszone i to w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie. Ubezpieczyciel całkowicie pominął zaistniały stan faktyczny – pojazd poszkodowanego był zaparkowany w miejscu dozwolonym i w prawidłowy sposób, a doszło do najechania na ten pojazd przez jego ubezpieczającego. Wytworzenie stanu sporności sprawy poprzez stałe powoływanie się na zanegowanie odpowiedzialności przez sprawcę i fakt skierowania sprawy do sądu i niemożności przyjęcia odpowiedzialności do czasu uprawomocnienia się wyroku w sprawie o wykroczenie było pozorne i ukierunkowane na przedłużenie chwili przyjęcia odpowiedzialności. Nadto, ubezpieczyciel – jak wynikało z akt szkodowych – na żadnym etapie postępowania w sprawie o wykroczenie, nie zwracał się o informacje i dowody z tego postępowania, nie

zwracał się również z pytaniami na temat stanu sprawy. Wyrok nakazowy został przekazany ubezpieczycielowi przez poszkodowanego.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, jest to więc kolejny przykład rażącej opieszałości w likwidacji szkody, poprzez bierne oczekiwanie na prawomocne zakończenie się postępowania w sprawie o wykroczenie. **Proces likwidacji szkody trwał ponad 9 miesięcy.**

Opieszałość w likwidacji szkody poprzez bierne oczekiwanie na ustalenia z postępowania karnego Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził również w skargach na działalność **TUiR Warta S.A.**

W dniu 10 stycznia 2013 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał skargę na opieszałość HDI Asekuracja TU S.A. (obecnie TUiR Warta S.A.) w likwidacji szkody. W świetle informacji przekazanych przez skarżącego w dniu 15 sierpnia 2012 r. doszło do wypadku komunikacyjnego z udziałem dwóch pojazdów. Na dzień wypadku, dla pojazdu kierowanego przez sprawcę szkody była zawarta umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z HDI Asekuracja TU S.A. W wypadku tym pasażerka tego drugiego pojazdu doznała obrażeń ciała, w wyniku których zmarła. Na miejscu zdarzenia interweniowali funkcjonariusze Policji. Zabezpieczyli oni ślady i dowody wypadku komunikacyjnego. Odpowiedzialność cywilnoprawna sprawcy szkody w stosunku do poszkodowanej oparta była w tej sprawie na zasadzie ryzyka.

W dniu 4 grudnia 2012 r., a więc po upływie 4 miesięcy od dnia wypadku, pełnomocnik poszkodowanych zgłosił do ubezpieczyciela roszczenia odszkodowawcze, przekazał również wszystkie posiadane dowody. Pismem z dnia 2 stycznia 2013 r. ubezpieczyciel poinformował o niemożności zakończenia postępowania likwidacyjnego z powodu nieustalenia odpowiedzialności. W ocenie ubezpieczyciela konieczne było dokonanie wglądu w akta postępowania karnego, w tym opinii biegłego ds. ruchu. Z informacji uzyskanych z Policji wynikało, że na razie prowadzone było postępowanie w sprawie, a nie przeciwko osobie. Zatem konieczne było oczekiwanie na wydanie opinii biegłego ds. ruchu drogowego, celem ustalenia okoliczności w przedmiotowej sprawie. Po zapoznaniu się z przedmiotową dokumentacją, ubezpieczyciel zobowiązał się do poinformowania o dalszych decyzjach w sprawie.

Pismem z dnia 15 marca 2013 r. ubezpieczyciel przedstawił wyjaśnienia Rzecznikowi Ubezpieczonych, w świetle których miało wynikać, że w grudniu 2013 r. ubezpieczyciel skontaktował się telefonicznie z Policją. Z rozmowy tej wynikało,

że w sprawie wypadku prowadzone było dochodzenie. Dlatego też pismem z dnia 2 stycznia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego został powiadomiony o braku możliwości ustalenia odpowiedzialności. Ubezpieczyciel poinformował także, że pomimo czynionych starań, nadal nie uzyskał informacji na temat okoliczności wypadku. Z dokonanych w marcu 2013 r. telefonicznych ustaleń wynikało, że sprawa została skierowana do sądu. Ubezpieczyciel miał skierować pisemną prośbę o wyrażenie zgody na wgląd w materiał sprawy. Na zakończenie, ubezpieczyciel zapewnił Rzecznika, że czyni starania dla jak najszybszego ustalenia odpowiedzialności w sprawie, a odpowiednie stanowisko zostanie podjęte tak szybko, jak będzie to możliwe. Pismem z dnia 4 czerwca 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że w dniu 23 maja 2013 r. przyjął odpowiedzialność po uzyskaniu drogą telefoniczną informacji o treści prawomocnego wyroku, jaki został wydany w postępowaniu karnym.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych opisana sprawa jest przykładem nieuzasadnionej zwłoki w likwidacji szkody i biernego oczekiwania na prawomocny wyrok w sprawie karnej. Po pierwsze, z akt sprawy nie wynikało, ażeby rzeczywiście ubezpieczyciel zwrócił się po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie do Policji o przekazanie informacji i dokumentów z prowadzonego postępowania karnego, czy o bezpośredni wgląd w akta tego postępowania. Do zajęcia przez ubezpieczyciela stanowiska niemożności przyjęcia odpowiedzialności wystarczyła rozmowa telefoniczna z Policją, podczas której otrzymał on informację o tym, że toczy się postępowanie przygotowawcze. Ubezpieczyciel nie wystąpił również o opinię biegłego, choć na niezbędną jej uzyskania wskazywał w korespondencji do pełnomocnika poszkodowanych. Po drugie, ubezpieczyciel nie przedstawił poszkodowanemu, a następnie Rzecznikowi informacji dotyczących dowodów, które zgromadził dla ustalenia odpowiedzialności i dlaczego były one niewystarczające dla przyjęcia odpowiedzialności w terminach ustawowych. Po trzecie, z akt postępowania skargowego nie wynikało, ażeby na chwilę zajęcia stanowiska o niemożności przyjęcia odpowiedzialności w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie, istniały jakiegokolwiek dowody, które wskazywałyby na zaistnienie jednej z przesłanek egzoneracyjnych. Jak zostało wskazane powyżej, w niniejszej sprawie odpowiedzialność sprawcy szkody oparta była na zasadzie ryzyka. Po czwarte, brak było dowodów, ażeby ubezpieczyciel w trybie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej zwracał się o przekazanie informacji i dokumentów, zgromadzonych w toku postępowania przygotowawczego, czy o bezpośredni wgląd w akta postępowania, zwłaszcza że uzależniał przyjęcie odpowiedzialności od zapoznania się

z opinią biegłego, sporządzoną na potrzeby postępowania karnego. Z akt postępowania wynikało, że ubezpieczyciel jedynie telefonicznie uzyskał informację o skierowaniu aktu oskarżenia do sądu. Brak było również dowodów, że ubezpieczyciel dokonał bezpośredniego wglądu w akta postępowania sądowego. Wreszcie, z akt postępowania skargowego nie wynikało, ażeby ubezpieczyciel podjął się samodzielnych ustaleń co do przebiegu wypadku drogowego, brak było uzewnętrznionych analiz w tym zakresie, nie mówiąc już o zleceniu sporządzenia opinii przez niezależnego rzeczoznawcę. **Przyjęcie odpowiedzialności nastąpiło po upływie ponad 5 miesięcy od otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o szkodzie i dopiero po otrzymaniu informacji o wydaniu wyroku skazującego jego ubezpieczającego i o jego uprawomocnieniu się.** Zasadnie można więc postawić zarzut nieprofesjonalnej likwidacji szkody, nieuzasadnionego i biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego.

Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził też liczne przypadki opieszałości w likwidacji szkody poprzez bierne oczekiwanie na zakończenie postępowania karnego lub w sprawach o wykroczenie również w skargach na działalność innych ubezpieczycieli np. na Allianz Polska TUiR S.A., AVIVA TU Ogólnych S.A., Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct), Benefia TU S.A. VIG, BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. Compensa TU S.A. VIG, Link4 TU S.A., Uniqa TU S.A.²¹⁰

2. Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych powyżej informacji w procesie likwidacji szkód komunikacyjnych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. nadal występują problemy z terminowym prowadzeniem postępowania likwidacyjnego i wypłatą odszkodowania. Występuje zjawisko biernego oczekiwania na zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie. Przedstawione statystyki i opisane przykłady winny skłonić zakłady ubezpieczeń do zwiększenia kontroli nad procesem likwidacji szkód i wyeliminowania opóźnień w przyszłości.

Opisane przypadki opieszałości w likwidacji szkody winny zostać również przeanalizowane przez organ nadzoru pod kątem naruszenia przepisów prawa i interesów osób poszkodowanych i zasadnością zastosowania określonych środków nadzorczych.

²¹⁰ Skargi: RU/WSI/G/5921/ASM/14; RU/WSI/G/8286/ASM/13; RU/WSI/G/1231/GC/15; RU/WSI/G/903/ASM/15; RU/WSI/G/7168/ASM/14; RU/WSI/G/4498/MI/14; RU/WSI/G/412/MJK/13.

W sytuacji zaś zwiększenia się liczby przypadków opóźnienia w likwidacji szkody z powodu biernego oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania karnego lub w sprawie o wykroczenie należałoby rozważyć zasadność podjęcia prac legislacyjnych w celu ewentualnego zwiększenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela za opóźnienie w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego.

Rozdział VI. Dostęp do informacji i dokumentów z akt szkody

Zgodnie z art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu albo osobie występującej z roszczeniem oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Na żądanie osób, posiadających legitymację do uzyskania informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, informacje i dokumenty powinny być przekazane w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Powyżej przywołany przepis ustawy o działalności ubezpieczeniowej wprowadza bardzo ważną instytucję, zaliczaną do podstawowych obowiązków informacyjnych ubezpieczyciela – dostępu do informacji i dokumentów gromadzonych przez ubezpieczyciela w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (dostępu do akt szkody). Celem jej wprowadzenia było zapewnienie transparentności postępowania likwidacyjnego oraz zapewnienie równości stron, poprzez możliwość szybkiej i skutecznej weryfikacji ustaleń faktycznych poczynionych przez ubezpieczyciela, czy prawidłowości ocen zakładu ubezpieczeń sformułowanych na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego. Instytucja ta jest również potwierdzeniem faktu, że umowa ubezpieczenia zaliczana jest do kontraktów najwyższego zaufania (*contractus uberrimae fidei*).

Na podstawie tego przepisu ubezpieczający, ubezpieczony albo osoba występująca z roszczeniem oraz poszkodowany mogą żądać:

- 1) bezpośredniego wglądu do akt likwidacyjnych,
- 2) sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów z akt szkody,

- 3) sporządzenia na swój koszt dokumentów z akt szkody za potwierdzeniem zgodności z ich oryginałem.

Od dnia 11 lutego 2012 r. na żądanie osób uprawnionych informacje i dokumenty z akt szkody mogą być również przekazywane w drodze elektronicznej²¹¹.

Sposób udostępniania informacji i dokumentów nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnionymi potrzebami utrudnieniami dla osób legitymowanych do dostępu do akt szkody. Koszty zaś sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług. Koszty te nie mogą być zatem ustanowione na takim poziomie, który ograniczałby konsumentom dostęp do akt szkody. Oczywiście uprawnienie do udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody może być realizowane przez pełnomocnika. Pełnomocnictwo ma formę pełnomocnictwa ogólnego i powinno zostać udzielone na piśmie pod rygorem nieważności (art. 98 k.c. i art. 99 § 2 k.c.). Informację tę można uznać wprawdzie za oczywistą, jednakże została wskazana, gdyż w przeszłości zdarzały się przypadki nieprawidłowości w udostępnianiu akt szkody, poprzez żądanie od pełnomocników pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego lub w formie pisemnej z urzędowo lub notarialnie poświadczonymi podpisami.

Zobowiązanie ubezpieczyciela do udostępnienia akt szkody nie jest obowiązkiem administracyjno-prawnym, lecz zobowiązaniem o charakterze cywilnoprawnym związanym z wykonaniem umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel powinien je wykonać przy uwzględnieniu wytycznych wynikających z przepisu art. 354 § 1 k.c.²¹² i art. 355 k.c.²¹³ (obowiązek zachowania należytej staranności przy wykonaniu zobowiązania przy uwzględnieniu profesjonalnego charakteru prowadzonej działalności gospodarczej). Ubezpieczyciel zobowiązany jest do niezwłocznego udostępnienia akt szkody. Okolicznościami usprawiedliwiającymi długotrwałość udostępnienia dokumentacji szkody

²¹¹ Tego rodzaju uprawnienie zostało wprowadzone przez zmianę art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 205, poz. 1210).

²¹² Art. 354 § 1 k.c. Dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współzycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom.

²¹³ Art. 355. § 1. Dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). § 2. Należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

nie mogą być zmiany organizacyjne, urlopy pracownicze, czy opieszałość zewnętrznych firm, archiwizujących na zlecenie dokumentację ubezpieczyciela albo podmiotów dokonujących w imieniu zakładu ubezpieczeń czynności likwidacyjnych.

Zobowiązanie ubezpieczyciela do udostępnienia informacji lub dokumentów z akt szkody jest też zobowiązaniem bezterminowym (art. 455 k.c.)²¹⁴. Aktualizuje się niezwłocznie po otrzymaniu żądania od osoby uprawnionej. Innymi słowy, ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić informacje i dokumenty z akt szkody niezwłocznie, zaś sam sposób udostępnienia informacji i dokumentów nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnionymi potrzebami utrudnieniami dla osób legitymowanych do dostępu do akt szkody.

Art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zasadniczo jest pozbawiony sankcji cywilnoprawnej za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez ubezpieczyciela zobowiązania do udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody. Od strony teoretyczno-prawnej do skutków niewykonania lub nienależytego wykonania tego zobowiązania można odnieść art. 471 k.c.²¹⁵ Przy czym, przepis ten nie ma zastosowania do poszkodowanego dochodzącego roszczenia z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., w jego przypadku majątkowe skutki niewykonania przez ubezpieczyciela zobowiązania i jego odpowiedzialność z tego tytułu należy oceniać przez przepis art. 361 § 2 k.c. W praktyce, wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania przez ubezpieczyciela zobowiązania z art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej szkoda majątkowa zazwyczaj nie powstaje lub trudno udowodnić istnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą a niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem tego zobowiązania. Dla przykładu, trudno będzie zasadnie twierdzić, że szkodą majątkową jest wartość odszkodowania, którego nie uzyskał ubezpieczający lub poszkodowany, gdyż sąd oddalił powództwo jako przedawnione, gdyż przed upływem terminu przedawnienia nie wytoczył powództwa, ponieważ ubezpieczyciel nie udostępnił mu akt szkody, a bez tych informacji i dokumentów nie mógł sformułować powództwa, uzasadnić swojego roszczenia, przywołać określone dowody, wskazujące, że ubezpieczyciel nienależycie wykonał swoje świadczenie główne. Co do zasady można wytoczyć powództwo bez tych informacji i dokumentów, wystąpić z wnioskiem o zobowiązanie przez sąd

²¹⁴ Art. 455 k.c. Jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

²¹⁵ Zgodnie z art. 471 k.c. dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

ubezpieczyciela do przekazania akt szkody, a następnie w zależności od ich treści modyfikować w toku procesu treść powództwa, twierdzeń w nim zawartych i przedstawionych dowodów. W kategoriach szkody majątkowej można natomiast ujmować wydatki poniesione na pomoc prawną w celu wyegzekwowania uprawnienia do uzyskania informacji i dokumentów z akt szkody (wynagrodzenie radcy prawnego lub adwokata). Jeżeli poszkodowany bezpośrednio nie mógł uzyskać od ubezpieczyciela informacji oraz dokumentów z akt szkody i potrzebna była pomoc prawna, to wydatki na nią poniesione mogą być kwalifikowane jako celowe i ekonomicznie uzasadnione, zwłaszcza gdy dzięki przeprowadzonej analizie i podjętych następnie działaniach udało się właściwie określić podstawę odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokość należnego odszkodowania. Tak poniesione wydatki mogą być oceniane jako szkoda majątkowa, podlegająca naprawieniu przez ubezpieczyciela. Przy czym, w zależności od podmiotu uprawnionego do dostępu do akt szkody (strona umowy ubezpieczenia lub poszkodowany, dochodzący roszczenia z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m.) podstawą odpowiedzialności ubezpieczyciela za tego rodzaju wydatki będzie art. 471 k.c. lub art. 361 § 2 k.c.

Zgodnie z art. 16 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do przechowywania akt szkody do czasu upływu terminu przedawnienia roszczenia z umowy ubezpieczenia. Przepis ten został wprowadzony z inicjatywy Rzecznika Ubezpieczonych, ponieważ w przeszłości zaobserwował on liczne przypadki niszczenia dokumentacji szkody, zanim upłynął termin przedawnienia roszczenia. Istotnie ograniczało to, a niekiedy wyłączało możliwość weryfikacji prawidłowości stanowiska ubezpieczyciela o uznaniu lub odmowie uznania odpowiedzialności albo o uznanej wysokości świadczenia, jeżeli odwołanie poszkodowanego od zajętogo przez ubezpieczyciela stanowiska następowało przed samym upływem terminu przedawnienia. Sytuacje te były szczególnie dotkliwe w przypadku roszczeń dochodzonych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m., gdy szkoda wynikała ze zbrodni lub występku (termin przedawnienia – 20 lat od dnia popełnienia przestępstwa), a nowe roszczenia lub roszczenia uzupełniające zostały zgłoszone po upływie znacznego czasu od zajęcia przez ubezpieczyciela stanowiska na pierwotnie zgłoszone roszczenia, a ubezpieczyciel nie dysponował już aktami postępowania likwidacyjnego, ponieważ je zniszczył. W takiej sytuacji poszkodowanym pozostawała jedynie droga sądowa (i nie zawsze pewna z uwagi na zasadę kontrydiktoryjności procesu

cywilnego i obowiązki dowodowe powoda z tą zasadą związane) na uzyskanie wyższego lub dodatkowego świadczenia odszkodowawczego.

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, sądy, prokuratura, Policja oraz inne organy i instytucje, na wniosek zakładu ubezpieczeń, w zakresie zadań przez ten zakład ubezpieczeń wykonywanych i w celu ich wykonania, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności, udzielają informacji o stanie sprawy oraz udostępniają zebrane materiały, jeżeli są one niezbędne do ustalenia okoliczności tych wypadków i zdarzeń losowych oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Na mocy art. 25 ust. 2 tejże ustawy sądy, prokuratura, Policja oraz inne organy i instytucje, na wniosek Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w zakresie zadań przez nie wykonywanych i w celu ich wykonania, udzielają informacji w zakresie stanu sprawy oraz udostępniają zebrane materiały. Stosownie zaś do art. 25 ust. 3 o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń ma obowiązek, na żądanie ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub poszkodowanego, udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Przepis art. 25 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej jest w przeważającej części powtórzeniem ustawowym art. 16 ust. 4, z tym jednak zastrzeżeniem, że stanowi wyraźne potwierdzenie, że również informacje i dokumenty uzyskane od sądu, prokuratury, Policji i innych organów przez ubezpieczycieli na potrzeby postępowania likwidacyjnego, mieszczą się w zakresie informacji i dokumentów, które podlegają udostępnieniu w ramach uprawnienia poszkodowanego do dostępu do akt szkody. Ubezpieczyciel nie może odmówić przekazania tych dokumentów i powołania się np. na tajemnicę śledztwa lub dochodzenia.

Ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw²¹⁶ poszkodowani dochodzący roszczeń od UFG i PBUK, otrzymali uprawnienie wglądu do akt szkody lub przekazania ich kopii, analogicznie jak poszkodowani lub strony umowy ubezpieczenia, kierujący swoje roszczenia do ubezpieczycieli. Zgodnie z art. 14 ust. 5 ustawy

²¹⁶ Dz. U. Nr 205, poz. 1210.

o ubezpieczeniach obowiązkowych w brzmieniu obowiązującym od dnia 11 lutego 2012 r., UFG ma obowiązek udostępniać poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Funduszu lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez UFG udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Fundusz. Informacje i dokumenty UFG ma obowiązek udostępniać poszkodowanym i uprawnionym, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług. Na mocy zaś art. 14 ust. 6 tejże ustawy, zobowiązanie udostępniania akt szkody dotyczy również Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wprowadzenie zobowiązania do udostępniania informacji i dokumentów z akt szkody dla podmiotów odpowiedzialnych gwarancyjnie za naprawienie szkody na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych innych niż zakłady ubezpieczeń, nastąpiło w wyniku postulatów legislacyjnych Rzecznika Ubezpieczonych, które zostały wyrażone w pracach parlamentarnych nad ww. nowelizacją ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Inicjatywa legislacyjna Rzecznika była wynikiem ukształtowanej w 2008 r. i 2009 r. przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny negatywnej dla poszkodowanych praktyki, odmawiającej im wglądu do akt szkody, choć zdaniem Rzecznika zasady wykładni ówczesnie obowiązującego art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zezwalały Funduszowi na udostępnianie poszkodowanym akt szkody.

Powyżej przywołane przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, przyznają poszkodowanym uprawnienie dostępu do akt szkody. Wprowadzają jawność postępowania likwidacyjnego oraz umożliwiają uprawnionym możliwość weryfikacji ustaleń faktycznych poczynionych przez ubezpieczyciela, UFG i PBUK w zakresie istnienia ich odpowiedzialności i wysokości odszkodowania. Pozwalają na skonfrontowanie prawdziwości twierdzeń ze zgromadzonym materiałem dowodowym, podjęcie stosownych czynności mających na celu właściwe

określenie istnienia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania, bez konieczności kierowania sprawy na drogę postępowania sądowego. Umożliwiają również poszkodowanemu ocenę istnienia bądź nieistnienia stanu opóźnienia w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego i odpowiednie ukształtowanie roszczenia o odsetki za opóźnienie. W razie zaś powstania i trwania sytuacji spornej, informacje i dokumenty z akt szkody mogą poszkodowanemu ułatwić wytoczenie powództwa i stanowić dla niego istotny dowód w postępowaniu sądowym.

Znaczenie instytucji dostępu do informacji i dokumentów z akt szkody dla praw osób poszkodowanych znalazło potwierdzenie w Wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 16 grudnia 2014 r. dotyczących likwidacji szkód komunikacyjnych. Zgodnie z Wytyczną 11.4 zakład ubezpieczeń powinien bezzwłocznie udostępniać osobom uprawnionym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej na ich żądanie informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia swojej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia. Wytyczne zatem powtarzają ustawowy obowiązek niezwłocznej realizacji żądania poszkodowanego do udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody. Ponadto zakład ubezpieczeń powinien utrzymywać lub dokumentować każdorazowy fakt udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody oraz zakres tego udostępnienia (Wytyczna 11.5). Wytyczna 13 odnosi się natomiast do technicznych aspektów dokumentacji szkody i oczekiwań organu nadzoru co do obligatoryjnych elementów, jakie ta dokumentacja powinna posiadać.

Rzecznik Ubezpieczonych, analizując skargi uprawnionych do odszkodowania na proces udostępniania informacji i dokumentów gromadzonych przez ubezpieczycieli w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. zaobserwował przypadki następujących nieprawidłowości, skutkujących wyłączeniem lub istotnym ograniczeniem prawa poszkodowanego do dostępu do akt szkody:

- **nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu akt szkody,**
- **nieudostępnienia akt szkody z powodu ich zagubienia lub zniszczenia,**

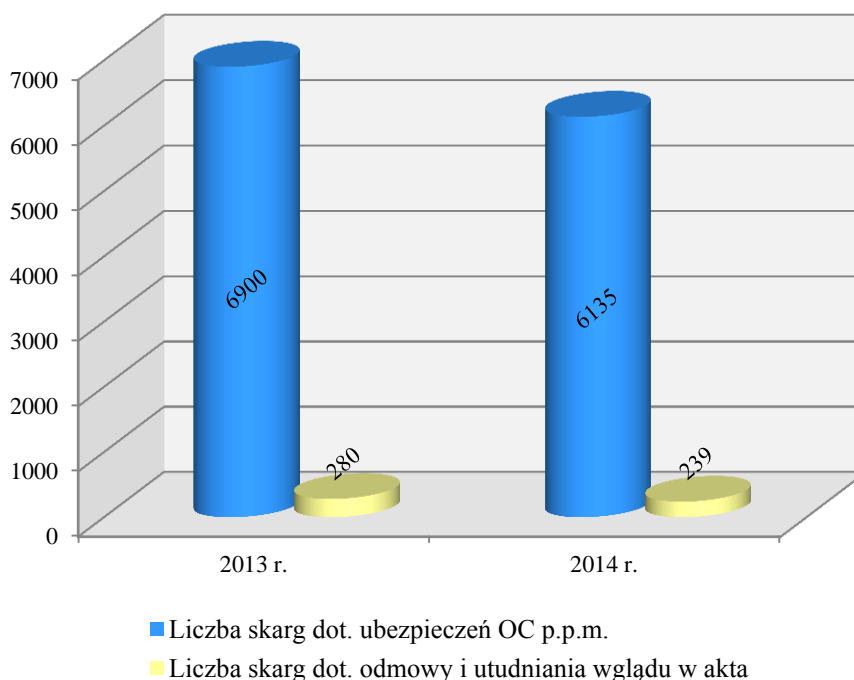
przy czym, opóźnienia w udostępnianiu informacji lub dokumentów z akt szkody miały charakter dominujący.

Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował przy tym pewne zjawisko, że opóźnienie w udostępnieniu akt szkody występuje częściej w przypadku kierowania żądań przez profesjonalnych pełnomocników (radców prawnych, adwokatów) i kancelarie

odszkodowawcze, niż w sytuacji bezpośredniego wystąpienia przez poszkodowanego. Na chwilę obecną, trudno jednoznacznie stwierdzić, czy jest to zbieg okoliczności, czy wynika to z faktu, iż pełnomocnicy częściej korzystają z tej instytucji lub potrafią uczynić z niej właściwy użytek, czy też jest to może zamierzona metoda postępowania. Dla sformułowania kategoriycznej oceny w tym zakresie konieczne byłoby przeprowadzenie w przyszłości ponownej analizy skarg z tego obszaru.

Jeżeli chodzi o statystyczne ujęcie skarg na nieprawidłowe postępowanie ubezpieczycieli przy udostępnianiu informacji i dokumentów z akt szkody, to w 2013 r. na łączną liczbę 6900 skarg na zachowanie ubezpieczycieli przy wykonaniu umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. 280 skarg ściśle dotyczyło problematyki ograniczenia uprawnienia poszkodowanego do uzyskania informacji i dokumentów z akt szkody. W 2014 r. skarg na sposób udostępniania akt szkody było 239 na łączną liczbę 6135 skarg z ubezpieczenia OC p.p.m.

Wykres 6. Liczba skarg z zakresu ograniczania wglądu w akta szkody na tle łącznej liczby skarg z umowy ubezpieczenia OC p.p.m. kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 2012-2014



W okresie sprawozdawczym skargi dotyczyły przede wszystkim następujących ubezpieczycieli: TUiR Allianz Polska S.A., Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct), Benefia TU S.A. VIG, Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce (Proama), Compensa TU S.A. VIG, Generali TU S.A., Gothaer S.A., InterRisk TU S.A. VIG, Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce (Liberty Ubezpieczenia), Link4 TU S.A., MTU S.A., PZU S.A., STU Ergo Hestia S.A., Uniqa TU S.A., TUiR Warta S.A.²¹⁷

Z uwagi na ramy niniejszego raportu zostały przedstawione przykładowe nieprawidłowości w procesie udostępniania akt szkody, likwidowanej z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. Podstawą ich opisu były skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych oraz wyjaśnienia udzielane przez ubezpieczycieli.

1. Opieszałość w udostępnieniu akt szkody

W skargach na działalność **TUiR Allianz Polska S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej i nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody:

- W dniu 12 lutego 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zażądał od TUiR Allianz Polska S.A. przekazania pełnej kopii informacji i dokumentów z akt szkody. Ubezpieczyciel nie odniósł się do tego żądania, natomiast w dniu 27 marca 2013 r. zaproponował podjęcie negocjacji ugodowych. Poszkodowany przedstawił swoje stanowisko w sprawie zawarcia ugody i podtrzymał wolę uzyskania kopii akt szkody. W dniu 12 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego ponowił przedmiotowe żądanie. Pomimo upływu ponad 2 miesięcy od dnia złożenia żądania o udostępnienie akt szkody ubezpieczyciel nie wykonał swojego obowiązku w tym zakresie. Wobec czego został złożony wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 8 lipca 2013 r., a więc **po upływie prawie 5 miesięcy** od dnia złożenia żądania o udostępnienie akt szkody, ubezpieczyciel udzielił Rzecznikowi następujących wyjaśnień w sprawie skargi na opieszałość w przekazaniu kopii akt szkody – *„TUiR Allianz Polska S.A. w odpowiedzi na Państwa pismo dotyczące skargi [...] uprzejmie wyjaśnia, iż w przedmiotowej sprawie prowadzone były negocjacje ugodowe mające na celu ustalenie kwoty świadczenia zaspokajające roszczenia [...]. Zgodnie z zawartym porozumieniem, decyzją z ... wypłacono na rzecz Uprawnionych uzgodnioną kwotę świadczenia”*.

²¹⁷ Nazwy zakładów ubezpieczeń zostały wymienione w kolejności alfabetycznej.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych jest to przykład rażącego naruszenia art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie udostępnił niezwłocznie żądanych informacji i dokumentów z akt szkody. Fakt wystąpienia przez ubezpieczyciela z propozycją zawarcia ugody, czy wypłata odszkodowania nie zwalnia zakładu ubezpieczeń z obowiązku wykonania przedmiotowego żądania, zwłaszcza, że uprawniony nie zrezygnował z uprawnienia do przekazania kopii akt szkody. Z akt postępowania skargowego nie wynikało, aby ubezpieczyciel również na interwencję Rzecznika udostępnił informacje i dokumenty z akt szkody, choć w żaden sposób nie zaprzeczył dotychczasowej zwłóce w ich udostępnieniu. Udzielił przy tym odpowiedzi całkowicie nie na temat. Przedmiotem interwencji Rzecznika było niewykonanie zobowiązania, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a nie tryb złożonej propozycji zawarcia ugody i jej skutek²¹⁸.

- W dniu 26 listopada 2012 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do TUiR Allianz Polska S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 29 kwietnia 2013 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, że akta szkody zostały udostępnione w dniu 26 kwietnia 2013 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał więc 5 miesięcy**²¹⁹. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest to kolejny przykład rażącego naruszenia treści art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie niezwłocznego udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody.

Również w innych skargach na działalność TUiR Allianz Polska S.A. Rzecznik zdiagnozował liczne przypadki opieszałości w udostępnianiu akt szkody. Informacje i dokumenty z akt szkody były udostępniane w czasie od 3 do 4 miesięcy od otrzymania przez ubezpieczyciela stosownego żądania²²⁰.

W skargach na działalność **Avanssur S.A. Oddział w Polsce** oferującego i wykonującego umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. pod marką handlową Axa Direct, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujące

²¹⁸ Skarga RU/WSI/G/5553/ASM/13.

²¹⁹ Skarga RU/WSI/G/3434/NK/13.

²²⁰ Np. skargi: RU/WSI/G/9807/NK/13; RU/WSI/G/7996/NK/13; RU/WSI/G/3440/NK/13.

przypadki rażącej i niczym nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody:

- W dniu 22 września 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Axa Direct z żądaniem udostępnienia akt szkody. W dniu 30 września 2014 r. ponowił to żądanie. W dniu 21 listopada 2014 r., ubezpieczyciel poinformował, że w dniu 14 listopada 2014 r. kopia akt szkody na elektronicznym nośniku informacji została wysłana pocztą. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 2 miesiące**²²¹.
- W dniu 20 listopada 2013 r. w związku z odmową przyjęcia odpowiedzialności za skutki kolizji drogowej pełnomocnik poszkodowanego zażądał od Axa Direct przesłania kopii akt szkodowych – przede wszystkim dotychczasowych stanowisk ubezpieczyciela, dokumentacji zdjęciowej oraz opinii osoby posiadającej wiadomości specjalne, z której wynikałoby, że nie doszło do uszkodzeń pojazdów – na co wskazywał ubezpieczyciel, odmawiając uznania odpowiedzialności. W dniu 19 grudnia 2013 r. ponownie zwrócono się o przesłanie kopii akt szkody. Ubezpieczyciel nie odniósł się do tych żądań, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 31 marca 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, w świetle których akta szkody zostały wysłane na elektronicznym nośniku informacji w dniu 19 marca 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał 4 miesiące.** Jednocześnie w przedmiocie zarzutu opieszałości w udostępnieniu akt szkody ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że w dniu 5 września 2013 r. (a więc jeszcze przed zgłoszeniem żądania o udostępnienie akt szkody) pełnomocnik poszkodowanego otrzymał kopię stanowiska ubezpieczyciela o odmowie przyjęcia odpowiedzialności oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, bez konieczności ponoszenia opłat za te stanowisko. Ponadto Axa Direct przedstawiła następującą interpretację co do terminu udostępnienia akt szkody. Zdaniem ubezpieczyciela *„[...]zarówno pakiet ustaw ubezpieczeniowych, jak też kodeks cywilny nie reguluje terminu udzielania odpowiedzi ubezpieczyciela na odwołanie, jak też przesłanie akt. Ze względu na dobro klienta nie powinien odbiegać od przyjętych norm. Dlatego też pismem z dnia 19.03.2014 r.*

²²¹ Skarga RU/WSI/G/15257/NK/14.

*przeprosiliśmy [...] za wydłużony czas realizacji wniosku o przesłanie dokumentacji z akt szkody*²²².

- W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przedstawiona sprawa jest przykładem rażącego naruszenia przez Axa Direct art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 4 miesiące.** Trudno uznać ten termin za niezwłoczne udostępnienie akt szkody. Dodatkowo ubezpieczyciel przedstawił błędną ocenę co do braku ustawowej regulacji terminu do udostępnienia akt szkody, jak również interpretację, że termin ten, determinowany dobrem klienta, nie powinien odbiegać od przyjętych norm (bez sprecyzowania jakie są to normy). Ubezpieczyciel jest profesjonalistą i winien znać przepisy prawa, winien wiedzieć, że obowiązek udostępniania akt szkody jest elementem wykonania umowy, a więc jest zobowiązaniem o charakterze cywilnoprawnym. Jeżeli ustawa lub czynność prawna nie zastrzega terminu do wykonania zobowiązania, to zobowiązanie to jest bezterminowe. W tym przypadku przepisy kodeksu cywilnego wyraźnie wskazują, że zobowiązanie winno zostać spełnione niezwłocznie przez dłużnika po jego wezwaniu przez wierzyciela (art. 455 k.c.). Okolicznością usprawiedliwiającą nienależyte wykonanie udostępnienia akt szkody nie może być również twierdzenie, że uprawniony do odszkodowania przed zgłoszeniem żądania o przekazanie kopii akt szkody, otrzymał pisemne stanowisko ubezpieczyciela o odmowie przyjęcia odpowiedzialności. Obowiązek zajęcia pisemnego stanowiska o uznaniu bądź nieuznaniu odpowiedzialności jest odrębnym obowiązkiem od obowiązku udostępniania akt szkody i nie może jego zastępować.
- W dniu 21 marca 2014 r. do wiadomości Rzecznika Ubezpieczonych została przesłana skarga na bezczynność Axa Direct. Poszkodowany w dniu 7 listopada 2013 r. po raz pierwszy zwrócił się do tego ubezpieczyciela z wnioskiem o udostępnienie informacji i dokumentów z akt szkody. Następnie wielokrotnie ponawiał swoje żądanie. Do chwili otrzymania skargi do wiadomości Rzecznika Ubezpieczonych brak jest jakichkolwiek informacji, ażeby ubezpieczyciel ustosunkował się do zgłoszonego żądania. **Proces udostępnienia akt szkody trwa co najmniej 4 miesiące**²²³.

²²² Skarga RU/WSI/G/1168/ET/14.

²²³ Skarga RU/WSI/G/3720/KD/14.

Rażące naruszenie art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w postaci istotnego opóźnienia w udostępnieniu informacji i dokumentów zgromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania Rzecznik Ubezpieczonych zdiagnozował również w przypadku działalności **Benefia TU S.A. VIG**.

Dla przykładu w jednej ze spraw, będących przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny. Pismem z dnia 24 lipca 2014 r. pełnomocnik poszkodowanej zwrócił się do Benefia TU S.A. VIG z żądaniem przesłania w formie elektronicznej kopii akt szkody. Żądanie swoje ponowił w dniu 20 sierpnia 2014 r. Ubezpieczyciel nie udostępnił akt szkody i nie ustosunkował się w żaden sposób do żądań uprawnionego. Wobec bierności ubezpieczyciela został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 5 lutego 2015 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że dokumentacja szkody została dnia 19 grudnia 2014 r. przekazana drogą elektroniczną. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 5 miesięcy**²²⁴.

Przypadki nieuzasadnionej zwłoki w udostępnianiu informacji i dokumentów z akt szkody Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował również w działalności **Compensa TU S.A. VIG**. W skargach na działalność tego ubezpieczyciela, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujące przypadki rażącej, niczym nieuzasadnionej opieszałości w wykonaniu tego zobowiązania:

- W dniu 13 grudnia 2013 r. poszkodowany zwrócił się do Compensa TU S.A. VIG z żądaniem udostępnienia akt szkody. Ubezpieczyciel nie ustosunkował się do tego żądania, wobec czego po 11 miesiącach bezskutecznego oczekiwania na udostępnienie akt szkody, poszkodowany złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 13 stycznia 2015 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, że w dniu 13 grudnia 2013 r. otrzymał żądanie udostępnienia akt szkody. Informacje i dokumenty nie zostały udostępnione, a przyczyną tak długotrwałego wykonywania tego zobowiązania miał być rzekomo fakt zamknięcia procesu likwidacji szkody po wypłaceniu odszkodowania za szkodę w pojeździe. Ubezpieczyciel poinformował jednak, że akta szkody zostaną udostępnione w trybie pilnym²²⁵.

²²⁴ Skarga RU/WSI/G/15182/NK/14.

²²⁵ Skarga RU/WSI/12973/GC/14.

Obowiązek udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkody jest zobowiązaniem ubezpieczyciela o charakterze cywilnoprawnym. Jest też zobowiązaniem bezterminowym, co oznacza, że ubezpieczyciel akta szkody winien udostępnić niezwłocznie (art. 455 k.c.), zaś sam sposób udostępnienia (zgodnie z art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych, w niniejszej sprawie ubezpieczyciel w sposób rażąco naruszył art. 16 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. **Proces realizacji obowiązku udostępnienia informacji i dokumentów z akt szkodowych trwał ponad 13 miesięcy.** Kwestia zamknięcia postępowania likwidacyjnego, zmiany organizacyjne, urlopy pracowników, długotrwałe przekazywanie dokumentów z archiwów zewnętrznych nie są usprawiedliwieniem dla długotrwałego procesu udostępniania akt szkodowych. Ubezpieczyciel jest profesjonalistą i powinien tak prowadzić swoją działalność, aby akta szkody zostały udostępnione niezwłocznie.

- W dniu 6 grudnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Compensa TU S.A. VIG z żądaniem udostępnienia akt szkody. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego został złożony wniosek od podjęcie interwencji. W dniu 11 marca 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że akta szkody zostały udostępnione w dniu 3 marca 2014 r. **Proces udostępnienia akt trwał prawie 4 miesiące.** Ubezpieczyciel wyjaśnił, że zwłoka w udzieleniu odpowiedzi na wniosek pełnomocnika poszkodowanego i w przekazaniu wnioskowanej dokumentacji nie była wynikiem złej woli, a wydłużonym czasem oczekiwania na otrzymanie z archiwum papierowej wersji akt szkody²²⁶.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych przedstawienia wymaga także następująca skarga skierowana do Rzecznika Ubezpieczonych na działalność Compensa TU S.A. VIG w sprawie nieudostępniania akt szkody, tym razem na etapie postępowania sądowego²²⁷. W dniu 7 lutego 2014 r. do Rzecznika wpłynęła skarga pełnomocnika poszkodowanego na nieudostępnienie przez ubezpieczyciela akt szkody w toku procesu sądowego. W świetle przekazanych przez skarżącego informacji sąd rozpoznający sprawę zobowiązał ubezpieczyciela do przedłożenia akt szkody. Pismem procesowym z dnia 19 listopada 2013 r. **pełnomocnik ubezpieczyciela poinformował sąd i powoda, że niemożliwe jest przedstawienie sądowi akt szkody, gdyż akta te zaginęły.** W odpowiedzi na interwencję

²²⁶ Skarga RU/WSI/G/471/NK/14.

²²⁷ Skarga RU/WSI/G/361/MI/14.

Rzecznika, Compensa TU S.A. VIG w pierwszej kolejności poinformowało, iż od dnia 9 grudnia 2014 r. wprowadzona została elektroniczna teczka szkody. Ubezpieczyciel poinformował również, że **dla niego niezrozumiałym jest fakt, dlaczego do sądu została przekazana informacja, że akta szkody zagięły**. Jednocześnie **ubezpieczyciel przekazał przy tym Rzecznikowi oraz skarżącemu posiadane dokumenty i informacje z akt szkody**. Innymi słowy, okazało się, że dla sądu akta szkody zagięły, przynajmniej tak dowodził pełnomocnik ubezpieczyciela, natomiast dla Rzecznika Ubezpieczonych były one dostępne.

O ile nie jest do końca ustawową rolą Rzecznika Ubezpieczonych ocenianie wykonywania przez strony procesu zarządzeń lub postanowień sądu, o tyle zastanawiająca w tej sprawie jest istotna rozbieżność informacji przekazywanych sądowi i Rzecznikowi na temat posiadania akt szkodowych. Być może było to wynikiem przyjętej przez pełnomocnika taktyki procesowej, być może wynikało z błędnej komunikacji pomiędzy ubezpieczycielem i jego pełnomocnikiem. Niewątpliwie wpłynęło to na czas toczącego się procesu.

Rażące naruszenie art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w postaci istotnego opóźnienia w udostępnieniu informacji i dokumentów zgromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania Rzecznik Ubezpieczonych zdiagnozował również w przypadku działalności **Generali TU S.A.** Dla przykładu w jednej ze spraw, będących przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny.

W dniu 16 grudnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Generali TU S.A. z żądaniem udostępnienia kalkulacji naprawy, wyceny wartości rynkowej pojazdu w stanie nieuszkodzonym i wartości pozostałości powypadkowych. W dniu 3 stycznia 2014 r. ponowił to żądanie. Uprawniony do otrzymania akt szkody nie tylko nie otrzymał niezwłocznie wnioskowanych dokumentów, ale także żadnej odpowiedzi. Z tych względów złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 21 marca 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że dokumentacja szkody została przekazana drogą elektroniczną w dniu 21 lutego 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 2 miesiące**²²⁸.

²²⁸ Skarga RU/WSI/G/1528/GC/14.

W skargach na działalność **Gothaer TU S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody.

- W dniu 25 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Gothaer TU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody. Żądanie to nie spotkało się z odpowiedzią, wobec czego w dniu 12 września 2013 r. (a więc po upływie 7 miesięcy od dnia zwrócenia się z przedmiotowym żądaniem do ubezpieczyciela) został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 14 lutego 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, w świetle których wskazano, iż akta szkody zostały wysłane pełnomocnikowi poszkodowanego w dniu 13 stycznia 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 9 miesięcy.**
- W dniu 25 marca 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Gothaer TU S.A. z żądaniem przesłania kopii akt szkody. W dniu 15 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego został poinformowany o niemożności udostępnienia akt szkody z powodu reorganizacji zakładu ubezpieczeń. Następnie pełnomocnik poszkodowanego, trzykrotnie wzywał ubezpieczyciela do realizacji obowiązku, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Wezwania te pozostały bez odpowiedzi, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 18 lutego 2014 r. Rzecznik otrzymał do ubezpieczyciela wyjaśnienia, że kopia akt szkody została wysłana w dniu 5 listopada 2013 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 7 miesięcy.**

Podobnie w przypadku skarg na działalność **InterRisk TU S.A. VIG**, Rzecznik Ubezpieczonych zaobserwował przypadki nieuzasadnionej zwłoki w udostępnianiu informacji i dokumentów z akt szkody. Dla przykładu, w jednej ze spraw będących przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny.

W dniu 9 grudnia 2014 r. ubezpieczyciel ten otrzymał od pełnomocnika poszkodowanego wniosek o udostępnienie w drodze elektronicznej pełnych akt szkody. Ubezpieczyciel wykonał swoje zobowiązanie dopiero w dniu 26 marca 2014 r., a więc **po upływie ponad 3 miesięcy** od otrzymania stosownego żądania²²⁹.

²²⁹ Skarga RU/WSI/G/247/KD/14.

W skargach na działalność **Liberty Ubezpieczenia** (poprzednio Liberty Direct – marka pod, którą oferuje i wykonuje w Polsce umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. **Liberty Seguros S.A. Oddział w Polsce**), Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujący przypadek rażącej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody²³⁰.

W dniu 10 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Liberty Ubezpieczenia z żądaniem udostępnienia kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 5 lipca 2013 r. Rzecznik otrzymał wyjaśnienia, w świetle których w dniu 4 lipca 2013 r. żądana dokumentacja została wysłana do uprawnionego. Ubezpieczyciel poinformował, że nieudostępnienie akt szkody było wynikiem błędu pracownika i miało charakter wyjątkowy. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 3 miesiące.**

W skargach na działalność **Link4 TU S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej i nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody.

- W dniu 1 lutego 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Link4 TU S.A. z żądaniem przesłania pełnej kopii akt szkody. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi. Pełnomocnik poszkodowanego trzykrotnie ponawiał to żądanie. Również i one pozostały bez odpowiedzi. Wobec niewykonania przez ubezpieczyciela obowiązku, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych z wnioskiem o podjęcie interwencji. W dniu 27 sierpnia 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że akta szkody w wersji papierowej zostały przekazane w dniu 27 czerwca 2013 r., a wersji elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego, w dniu 13 września 2013 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał odpowiednio: prawie 5 miesięcy** (w przypadku udostępnienia akt szkody w wersji papierowej) i **prawie 7 miesięcy** (w przypadku udostępnienia akt szkody drogą elektroniczną w wersji żądanej przez pełnomocnika poszkodowanego)²³¹.

²³⁰ Skarga RU/WSI/G/6915/NK/13.

²³¹ Skarga RU/WSI/G/8660/PO/13.

- W dniu 20 lutego 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Link4 TU S.A. z żądaniem przesłania drogą elektroniczną pełnej kopii akt szkody, w tym dokumentacji fotograficznej uszkodzonych pojazdów oraz opinii biegłego lub innego uzewnętrznionego stanowiska, będącego podstawą do odmowy przyjęcia odpowiedzialności. W razie niemożności przesłania dokumentacji drogą elektroniczną pełnomocnik poszkodowanego zawniósł o przekazanie jej na elektronicznym nośniku informacji. W dniu 5 marca 2013 r. ubezpieczyciel poinformował pełnomocnika poszkodowanego o przekazaniu akt szkody. Jak wynika z akt postępowania skargowego ubezpieczyciel przesłał tylko kopię fotografii uszkodzonych pojazdów, jednakże zdjęcia te były całkowicie nieczytelne. W dniu 15 marca 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego ponowił żądanie o przesłanie pełnej kopii akt szkody, w tym czytelnych fotografii. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji w sprawie. W dniu 23 lipca 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że kopia opinii niezależnego rzeczoznawcy została przekazana. Ubezpieczyciel nie przekazał jednak wnioskowanej czytelnej dokumentacji zdjęciowej. W dniu 5 września 2013 r. Rzecznik ponowił interwencję w sprawie, wskazując, że nie została przekazana ta dokumentacja. W dniu 29 września 2013 r., Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał odpowiedź od ubezpieczyciela, że czytelna dokumentacja zdjęciowa została wysłana w dniu 6 września 2013 r. **Proces udostępnienia akt szkody zgodnie z treścią żądania uprawnionego w niniejszej sprawie trwał prawie 7 miesięcy.**

W skargach na działalność **MTU S.A.**,²³² Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody.

- W dniu 17 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do MTU S.A. z żądaniem udostępnienia pełnej kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył w dniu 17 czerwca 2013 r. wniosek o podjęcie przez Rzecznika Ubezpieczonych interwencji. W dniu 2 sierpnia 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że dokumentacja nie została

²³² Aktualnie marka handlowa STU Ergo Hestia S.A.

wysłana z powodu uchybienia pracownika i zostanie przekazana w trybie pilnym.

Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 4 miesiące²³³.

- W dniu 4 listopada 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił do MTU S.A. z żądaniem udostępnienia pełnej kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył w dniu 24 grudnia 2013 r. wniosek o podjęcie przez Rzecznika Ubezpieczonych interwencji. W dniu 11 lutego 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, że płyta CD, która zawierała akta szkody została wysłana na adres pełnomocnika w dniu 21 stycznia 2014 r. oraz dodatkowo drogą elektroniczną w dniu 28 stycznia 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 3 miesiące²³⁴.**

W skargach na działalność **Česká Pojišťovna S.A. Oddział w Polsce** oferującego i wykonującego umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. pod marką handlową **Proama**, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujące przypadki rażącej i niczym nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody:

- Pismem z dnia 4 lipca 2014 r. poszkodowany zwrócił się do Proama z żądaniem udostępnienia akt szkody. Ubezpieczyciel nie odpowiedział na to wezwanie. W dniu 9 września 2014 r. poszkodowany złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 18 grudnia 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że dokumentacja szkody została wysłana do poszkodowanego w dniu 15 grudnia 2014 r. W dniu 20 stycznia 2015 r. poszkodowany poinformował Rzecznika, że pomimo oświadczenia ubezpieczyciela o przekazaniu kopii dokumentacji szkodowej, na dzień 14 stycznia 2015 r. nie otrzymał żadnych dokumentów. W dniu 3 lutego 2015 r. Rzecznik wystąpił z ponowną interwencją w sprawie. Na chwilę sporządzenia raportu sprawa jest w toku, Rzecznik nie otrzymał jeszcze kolejnych wyjaśnień od ubezpieczyciela co do zarzutów nieudostępnienia w dniu 15 grudnia 2014 r. dokumentów, pomimo przekazania Rzecznikowi Ubezpieczonych takich

²³³ Skarga RU/WSI/G/7995/NK/13

²³⁴ Skarga RU/WSI/G/15968/NK/13.

informacji, a także dowodów, że uprawniony otrzymał żadaną dokumentację. **Proces udostępnienia akt szkody trwa ponad 8 miesięcy**²³⁵.

- W dniu 3 listopada 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Proama z żądaniem udostępnienia w drodze elektronicznej kopii akt szkody. Żądanie to pozostało bez żadnej odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył do Rzecznika wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 3 lutego 2015 r. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z interwencją. Do chwili sporządzenia niniejszego raportu ubezpieczyciel nie udzielił odpowiedzi. **Proces udostępnienia akt szkody trwa już prawie 5 miesięcy.**
- W dniu 24 listopada 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Proama z żądaniem udostępnienia akt szkody. W dniu 12 grudnia 2014 r. żądanie to zostało ponowione. Ubezpieczyciel nie udostępnił żądanych akt szkody i nie udzielił odpowiedzi na skierowane wezwania. W dniu 29 grudnia 2014 r. pełnomocnik złożył do Rzecznika Ubezpieczonych skargę na bezczynność ubezpieczyciela. W dniu 4 lutego 2015 r. ubezpieczyciel przekazał wyjaśnienia Rzecznikowi Ubezpieczonych, w których przyznał, że doszło do uchybienia w procesie udostępnienia dokumentacji z akt szkody. Jednocześnie zobowiązał się do niezwłocznego jej udostępnienia. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 2 miesiące.**

W skargach na działalność **PZU S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych może przykładowo przedstawić następujące przypadki rażącej, niczym nieuzasadnionej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody:

- W dniu 13 lutego 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem przesłania kopii dokumentów, na podstawie których zostało zajęte stanowisko o odmowie przyjęcia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania, w szczególności kopii opinii biegłego. Wniosek pełnomocnika poszkodowanego pozostał bez odpowiedzi. W dniu 9 kwietnia 2013 r. pełnomocnik ponowił przedmiotowe żądanie, które również pozostało bez odpowiedzi. W dniu 25 kwietnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego po raz trzeci zwrócił się z wnioskiem o przekazanie kopii akt szkody. Wniosek ten także pozostał bez odpowiedzi. W dniu 6

²³⁵ Skarga RU/WSI/G/10655/NK/14.

kwietnia 2014 r. po raz czwarty pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się z żądaniem do PZU S.A. wykonania zobowiązania, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W tym samym dniu i **po upływie prawie 4 miesięcy** od dnia złożenia pierwszego wniosku w sprawie oraz **po czterokrotnym** wystąpieniu przez uprawnionego, ubezpieczyciel przekazał drogą elektroniczną kopię akt szkody. Zeskanowane dokumenty były jednak całkowicie nieczytelne, w szczególności dokumentacja zdjęciowa. Uniemożliwiło to zapoznanie się z żądanymi dokumentami i przeprowadzenie oceny o prawidłowości lub nieprawidłowości zajętą stanowiska. Z tych powodów pełnomocnik poszkodowanego w dniu 12 sierpnia 2013 r. zwrócił się do PZU S.A. o ponowne przesłanie akt szkodowych, tym razem czytelnych i w wersji papierowej. Ubezpieczyciel na wniosek ten nie odpowiedział. W dniu 24 września 2013 r. pełnomocnik ponowił przedmiotowe żądanie. Również i one nie spotkało się z odpowiedzią. W dniu 12 listopada 2013 r. pełnomocnik kolejny raz wystąpił o udostępnienie kopii akt szkody. W związku z nienależytym wykonaniem przez ubezpieczyciela obowiązku, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, pełnomocnik poszkodowanego złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika, PZU S.A. poinformował, że w marcu 2014 r. udostępnił akta szkody. Fakt otrzymania czytelnej kopii akt szkody został potwierdzony przez pełnomocnika.

W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przedstawiona sprawa jest przykładem rażącego naruszeniem przez PZU S.A. art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. **Cały proces udostępnienia akt szkody trwał ponad rok.** Pełnomocnik poszkodowanego **siedmiokrotnie** występował z żądaniem o udostępnienie akt szkody. Dopiero w wyniku podjętej przez Rzecznika interwencji udało się zrealizować uprawnienie poszkodowanego do dostępu do akt szkody. Ubezpieczyciel zarówno w korespondencji skierowanej do pełnomocnika poszkodowanego, jak i do Rzecznika nie przedstawił jakichkolwiek wyjaśnień, dlaczego pierwsze udostępnienie akt szkody nastąpiło dopiero po upływie 4 miesięcy od dnia otrzymania stosowanego żądania, dlaczego wysłał nieczytelne kopie dokumentów i dlaczego w okresie od sierpnia 2013 r. do marca 2014 r. **(przez 7 miesięcy)** nie udzielał odpowiedzi na zgłaszane przez pełnomocnika poszkodowanego wnioski i nie przekazał czytelnej kopii akt szkody²³⁶.

²³⁶ Skarga RU/WSI/G/453/KD/14.

- W dniu 15 maja 2012 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody. W dniu 22 października 2012 r. ponowił to żądanie. Ubezpieczyciel akta szkody udostępnił dopiero w dniu 13 maja 2013 r. **Proces udostępniania akt szkody trwał prawie rok (bez 2 dni)**²³⁷.
- W dniu 20 sierpnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanych zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem przekazania kopii akt szkody. Ubezpieczyciel nie ustosunkował się do tego żądania. W dniu 11 marca 2014 r., a więc **po upływie prawie 7 miesięcy** od dnia zwrócenia się do ubezpieczyciela z przedmiotowym żądaniem, pełnomocnik zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych z wnioskiem o podjęcie interwencji. W odpowiedzi na interwencję Rzecznika, PZU S.A. poinformował, iż kopia żądanych dokumentów została udostępniona w dniu 26 maja 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 9 miesięcy**²³⁸.
- W dniu 27 czerwca 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia kopii akt szkody. W dniu 5 grudnia 2013 r. ponowił to żądanie. Nie spotkały się one z odpowiedzią ubezpieczyciela, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 9 kwietnia 2014 r. Rzecznik otrzymał od PZU S.A. odpowiedź, że kopia akt szkody została wysłana w dniu 24 lutego 2014 r. Ubezpieczyciel przyznał, że opóźnienie leży po jego stronie, zwłoka miała być wynikiem reorganizacji jednostki likwidującej szkodę oraz złożył przeprosiny za zaistniałą sytuację. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 8 miesięcy**²³⁹.
- W dniu 28 stycznia 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia dokumentów i informacji z akt szkody. Ubezpieczyciel **akta udostępnił** dopiero w dniu 20.06.2014 r., a więc **po upływie prawie 6 miesięcy od dnia zgłoszenia przedmiotowego żądania**²⁴⁰.
- W dniu 5 lipca 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody. **Akta szkody zostały udostępnione** dopiero w dniu 23 grudnia 2013 r., a więc **po upływie 5 miesięcy od wystąpienia**

²³⁷ Skarga RU/WSI/G/5016/ET/13.

²³⁸ Skarga RU/WSI/G/3180/ASM/14.

²³⁹ Skarga RU/WSI/G/1777/NK/14.

²⁴⁰ Skarga RU/WSI/G/6346/ET/13.

z przedmiotowym żądaniem. Ubezpieczyciel przyczyny zwłoki wyjaśnił w następujący sposób: „*Chcielibyśmy wyjaśnić, iż nie jesteśmy obecnie w stanie wyjaśnić przyczyny, co mogło być przyczyną opóźnienia w przesłaniu Pełnomocnikowi żądanych dokumentów. Zapewniamy, że powstała sytuacja była niezamierzona i podjęte zostały wszelkie działania w celu zapobieżenia podobnym sytuacjom w przyszłości*”²⁴¹.

- W dniu 4 grudnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkodowych. Wobec braku odpowiedzi, w dniu 13 stycznia 2014 r. został złożony wniosek do Rzecznika Ubezpieczonych o podjęcie interwencji. W dniu 17 marca 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, że akta szkodowe zostały przesłane w dniu 3 stycznia 2014 r. na wskazany adres poczty elektronicznej. Pismem z dnia 2 kwietnia 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Rzecznika z ponownym wnioskiem o podjęcie interwencji, gdyż pomimo informacji przekazanych przez ubezpieczyciela do Rzecznika Ubezpieczonych, nie otrzymał kopii akt szkody. Pismem z dnia 13 maja 2014 r. Rzecznik ponowił interwencję w sprawie. W odpowiedzi PZU S.A. poinformował, że akta szkody zostały przesłane w dniu 29 kwietnia 2014 r., a fakt ich otrzymania został potwierdzony przez pełnomocnika poszkodowanego. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 5 miesięcy**²⁴².
- W dniu 2 września 2014 r. poszkodowany zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem przesłania pełnej kopii akt szkody. Zdaniem poszkodowanego, ubezpieczyciel tego obowiązku nie wykonał. W dniu 24 października 2014 r. został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 13 stycznia 2015 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał wyjaśnienia, że kopia akt szkody drogą elektroniczną została przesłana w dniu 17 września 2014 r. (15 dni od dnia otrzymania e-mail'a). Ubezpieczyciel nie przedstawił jednak żadnego dowodu na potwierdzenie tego faktu. Poszkodowany zanegował fakt otrzymania kopii drogą elektroniczną. PZU S.A. poinformował również, że kopia akt w wersji papierowej została wysłana w dniu 6 stycznia 2015 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 4 miesiące**²⁴³.

²⁴¹ Skarga RU/WSI/G/15448/ET/13.

²⁴² Skarga RU/WSI/G/519/ET/14.

²⁴³ Skarga RU/WSI/G/13259/GC/14.

- Poszkodowana od początku stycznia 2014 r. wielokrotnie i w różny sposób (na piśmie, drogą elektroniczną i telefonicznie) zwracała się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody. Informacje i dokumenty z akt szkody zostały przez ubezpieczyciela wysłane dopiero w dniu 21 lutego 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał prawie 2 miesiące.** W korespondencji skierowanej do poszkodowanej oraz Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczyciel nie przedstawił żadnego uzasadnienia co do przyczyn zwłoki i braku niezwłocznego udostępnienia akt szkody²⁴⁴.

Opieszałość w udostępnieniu przez PZU S.A. informacji i dokumentów zgromadzonych w toku postępowania likwidacyjnego nie dotyczy tylko przypadków wykonania umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. To negatywne zjawisko występuje również w przypadku dobrowolnych umów ubezpieczenia mienia. Dla przykładu, w otrzymanej w 2014 r. skardze na działalność PZU S.A., dotyczącej likwidacji szkody komunikacyjnej z dobrowolnej umowy ubezpieczenia AC, podniesiony został zarzut opieszałości w udostępnieniu akt szkody. Jak wynika z akt postępowania skargowego²⁴⁵, pełnomocnik ubezpieczającego w dniu 2 września 2013 r. złożył wniosek o udostępnienie akt szkody. **Ubezpieczyciel udostępnił akta szkody** dopiero w dniu 4 stycznia 2014 r., a więc **po upływie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku.** W wyjaśnieniach przekazanych do Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczyciel przyznał się do opóźnienia w udostępnieniu akt szkody, zachowanie to miało być jednak niecelowe.

W skargach na działalność **STU Ergo Hestia S.A.** Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody.

- W dniu 10 stycznia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do STU Ergo Hestia S.A. z żądaniem udostępnienia pełnej kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył w dniu 21 lutego 2013 r. do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 15 kwietnia 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika, że dokumentacja została wysłana w dniu 9 kwietnia 2013 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 3 miesiące**²⁴⁶.

²⁴⁴ Skarga RU/WSI/G/2113/NK/14.

²⁴⁵ Skarga RU/WSI/G/14894/NK/14.

²⁴⁶ Skarga RU/WSI/G/2604/NK/13.

- W dniu 8 października 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do STU Ergo Hestia S.A. z żądaniem udostępnienia kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego w dniu 3 grudnia 2013 r. złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 30 stycznia 2014 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika o udostępnieniu kopii akt szkody w dniu 18 stycznia 2014 r. **Proces udostępniania akt szkody trwał ponad 3 miesiące**²⁴⁷.
- W dniu 17 czerwca 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do STU Ergo Hestia S.A. z żądaniem udostępnienia pełnej kopii akt szkody. Wezwanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego pełnomocnik poszkodowanego złożył w dniu 29 lipca 2013 r. do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. W dniu 25 października 2013 r. ubezpieczyciel poinformował Rzecznika o udostępnieniu kopii akt szkody na początku września 2013 r. **Proces udostępniania akt szkody trwał prawie 3 miesiące**²⁴⁸.

Rażące naruszenie art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w postaci istotnego opóźnienia w udostępnieniu informacji i dokumentów zgromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził również w przypadku działalności **Uniqa TU S.A.** Dla przykładu w jednej ze spraw, będących przedmiotem interwencji Rzecznika, zaistniał następujący stan faktyczny.

W dniu 30 sierpnia 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do Uniqa TU S.A. z żądaniem przesłania kopii akt szkody. W dniu 11 września 2013 r. ubezpieczyciel poinformował, że dokumenty zostaną przesłane po ich otrzymaniu z archiwum. W dniu 17 października 2013 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do ubezpieczyciela z pytaniem dotyczącym terminu wysłania żądanej kopii akt szkody. Wobec braku odpowiedzi, w dniu 14 stycznia 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego złożył do Rzecznika Ubezpieczonych wnioski o podjęcie interwencji. Pismem z dnia 21 marca 2014 r. ubezpieczyciel wyjaśnił Rzecznikowi, że nie udostępnił akt szkody, gdyż rzekomo nie otrzymał ich od zewnętrznej firmy zajmującej się archiwizacją. Nie wyjaśnił natomiast dlaczego od dnia 11 września 2013 r. do dnia udzielenia odpowiedzi Rzecznikowi nie podjął żadnych działań mających na celu wyegzekwowanie dokumentacji od tej firmy.

²⁴⁷ Skarga RU/WSI/G/15445/NK/13.

²⁴⁸ Skarga RU/WSI/G/9910/NK/13.

Ubezpieczyciel złożył jednak zobowiązanie do niezwłocznego przekazania pełnomocnikowi poszkodowanego kopii akt szkody. W dniu 16 kwietnia 2014 r. Rzecznik zwrócił się do Uniqą TU S.A. o udzielenie odpowiedzi w sprawie wykonania złożonego zobowiązania do niezwłocznego udostępnienia akt szkody. W dniu 28 kwietnia 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela odpowiedź, w świetle której dokumentacja szkodowa miała zostać udostępniona drogą elektroniczną w dniu 10 kwietnia 2014 r. **Proces udostępnienia akt szkody trwał ponad 7 miesięcy**²⁴⁹.

W skargach na działalność **TUiR Warta S.A.** Rzecznik Ubezpieczonych przykładowo może przedstawić następujące przypadki rażącej opieszałości w udostępnieniu informacji i dokumentów z akt szkody.

- W dniu 7 sierpnia 2014 r. poszkodowany został poinformowany drogą elektroniczną przez TUiR Warta S.A. o rozliczeniu szkody w pojeździe jako szkody całkowitej. W dniu 22 sierpnia 2014 r. poszkodowany zwrócił się z żądaniem do ubezpieczyciela o udostępnienie kopii sporządzonego kosztorysu naprawy. W dniu 5 września 2014 r. ponowione zostało to żądanie. W dniu 25 września 2014 r., a więc po upływie ponad miesiąca od zgłoszenia przedmiotowego żądania, ubezpieczyciel poinformował poszkodowanego, że kalkulacja naprawy nie została jeszcze sporządzona, choć wcześniej zajął stanowisko, iż koszty naprawy przewyższają wartość rynkową pojazdu z dnia szkody. W dniu 7 października 2014 r. Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał wnioski o podjęcie interwencji i zobowiązanie ubezpieczyciela do udostępnienia akt szkody. W dniu 11 grudnia 2014 r. ubezpieczyciel przekazał Rzecznikowi kopię akt szkody. **Proces udostępniania akt szkody trwał ponad 4 miesiące**²⁵⁰.
- W dniu 5 września 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do TUiR Warta S.A. z żądaniem udostępnienia kopii dokumentów z akt szkody. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 31 grudnia 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, że akta szkody zostały wysłane w dniu 22 listopada 2014 r. **Proces udostępniania akt szkody trwał ponad 2 miesiące**²⁵¹.

²⁴⁹ Skarga RU/WSI/G/515/KD/14.

²⁵⁰ Skarga RU/WSI/G/11779/GC/14.

²⁵¹ Skarga RU/WSI/G/12839/WM/14.

- W dniu 19 września 2014 r. pełnomocnik poszkodowanego zwrócił się do TUiR Warta S.A. z żądaniem udostępnienia kopii kosztorysu naprawy. Żądanie to pozostało bez odpowiedzi, wobec czego został złożony do Rzecznika Ubezpieczonych wniosek o podjęcie interwencji. W dniu 21 listopada 2014 r. Rzecznik otrzymał od ubezpieczyciela wyjaśnienia, w świetle których wskazano, iż kosztorys naprawy został drogą elektroniczną przesłany uprawnionemu w dniu 6 października 2014 r. **Proces udostępnienia informacji i dokumentów z akt sprawy trwał prawie 2 miesiące**²⁵².

2. Odmowa udostępnienia akt szkody z powodu ich zniszczenia lub zagubienia

W przypadku skarg poszkodowanych na proces udostępnienia akt szkody, Rzecznik Ubezpieczonych odnotował również przypadki odmowy udostępnienia informacji i dokumentów zgromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. z powodu ich zagubienia lub zniszczenia.

Dla przykładu, taka sytuacja nastąpiła w przypadku **Gothaer TU S.A.** Jak wynika z akt jednego z prowadzonych w stosunku do tego ubezpieczyciela postępowań skargowych, pełnomocnik poszkodowanego, począwszy od dnia 4 stycznia 2014 r. do dnia 8 sierpnia 2014 r. **czterokrotnie** zwracał się do tego ubezpieczyciela o udostępnianie akt szkody. Na pisemne wnioski ubezpieczyciel nie odpowiedział. Dopiero, pismem z dnia 29 października 2014 r. Gothaer TU S.A. na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych poinformował o ich nieudostępnieniu z uwagi na niemożność ich odnalezienia w zewnętrznym archiwum. Złożył jednak zobowiązanie do odtworzenia akt. Niemożność udostępnienia miała być wynikiem błędnej archiwizacji²⁵³. Tego rodzaju sytuację, Rzecznik Ubezpieczonych odnotował również w przypadku innych skarg na działalność Gothaer TU S.A.²⁵⁴

Podobnie, w przypadku jednej ze skarg na działalność **PZU S.A.**, Rzecznik Ubezpieczonych odnotował przypadek nieudostępnienia akt szkody z powodu ich zagubienia. Jak wynika z akt skargowych, pełnomocnik poszkodowanego pismem z dnia 24 września 2012 r. zwrócił się do PZU S.A. z żądaniem udostępnienia akt szkody z dnia 4 kwietnia 2004 r. Ubezpieczyciel ten poinformował, iż nie może udostępnić żądanych

²⁵² Skarga RU/WSI/G/11069/KD/14.

²⁵³ Skarga RU/WSI/G/10862/ET/13.

²⁵⁴ Np. skarga RU/WSI/G/5108/ET/13.

dokumentów z powodu ich zagubienia. **Jednocześnie poinformował poszkodowanego i Rzecznika, iż nie posiada wiedzy w jakich okolicznościach doszło do utraty lub zaginięcia dokumentacji szkody.**

Wprawdzie, przedstawione powyżej przypadki dotyczyły udostępnienia informacji i dokumentów ze szkód zgłoszonych przed wprowadzeniem w 2012 r., na gruncie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, wyraźnego obowiązku przechowywania przez ubezpieczyciela dokumentacji w terminie przedawnienia danego roszczenia, to jednak trudno uznać te przypadki za przejaw profesjonalnego postępowania. W chwili zgłoszenia roszczeń obowiązywał bowiem przepis art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, które przewidywały obowiązek udostępniania akt szkody. Gdy zatem istniał pozytywny obowiązek określonego zachowania (udostępniania akt szkody), brak przepisu o terminie przechowywania akt szkodowych nie zwalniał ubezpieczyciela z obowiązku przechowywania akt szkody. Posiadanie dokumentacji w okresie przedawnienia roszczeń zwłaszcza, gdy szkoda wynikła ze zbrodni lub występku powinno również leżeć w interesie majątkowym samego ubezpieczyciela, który w razie wszczęcia postępowania sądowego mógł przedstawiać określone fakty i dowody, przemawiające za prawidłowością uznania lub odmowy uznania odpowiedzialności albo wysokości ustalonego odszkodowania. Dodatkowo, w okresie biegu przedawnienia mogą zostać zgłoszone nowe roszczenia lub roszczenia uzupełniające. Brak dokumentacji może istotnie ograniczać poszkodowanemu pełną kompensację powstałej szkody lub doznanej krzywdy.

3. Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych powyżej informacji w procesie likwidacji szkód komunikacyjnych z umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. nadal występują problemy z terminową realizacją uprawnień poszkodowanych do uzyskania informacji i dokumentów z akt szkody. Negatywnie wpływa to na możliwość szybkiej i skutecznej weryfikacji przez poszkodowanego prawidłowości stanowiska ubezpieczyciela o uznaniu bądź odmowie uznania odpowiedzialności albo o ustalonej wysokości odszkodowania. Niekiedy również niepotrzebnie wydłuża proces wytoczenia powództwa.

Problemy z dostępem do akt szkody, mając na uwadze stosunek liczby skarg kierowanych do Rzecznika z tego obszaru do łącznej liczby skarg na likwidację szkód komunikacyjnych, być może nie mają charakteru masowego, to jednak występują w takiej

liczbie, która winna skłonić zakłady ubezpieczeń do zwiększenia kontroli nad procesem udostępniania akt szkody i wyeliminowania opóźnień w przyszłości.

Opisane przypadki opieszałości w udostępnieniu akt szkody (ograniczenia prawa dostępu do akt szkody) winny zostać również przeanalizowane przez organ nadzoru pod kątem naruszenia przepisów prawa i interesów osób poszkodowanych i zasadnością zastosowania określonych środków nadzorczych.

W zakresie ewentualnych postulatów legislacyjnych związanych z aktualnie obowiązującymi regulacjami należałoby ewentualnie rozpocząć publiczną dyskusję nad zasadnością zmiany charakteru zobowiązania ubezpieczyciela do udostępnienia akt szkody z bezterminowego na terminowy i ustanowienie stałego np. 14-dniowego terminu do wykonania tego zobowiązania. Skoro, co do zasady, na gruncie kodeksu cywilnego i ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zasadniczym terminem do ustalenia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest termin 30-dniowy, to nie ma przeszkód nad ustanowieniem oznaczonego terminu dla udostępnienia akt szkody. Jeżeli ubezpieczyciel jest w stanie przeprowadzić postępowanie likwidacyjne w terminie 30 dni, a więc dokonać szeregu czynności zmierzających do ustalenia istnienia odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, to tym bardziej jest w stanie wykonać zobowiązanie udostępnienia akt szkody w terminie 14 dni. Nadto, terminowe zobowiązania ubezpieczyciela (oprócz terminu do spełnienia świadczenia) występują na gruncie regulacji prawa ubezpieczeń gospodarczych. Dla przykładu, na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych istnieje terminowe zobowiązanie ubezpieczyciela do wysłania ubezpieczającemu informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres ubezpieczenia²⁵⁵, terminowe zobowiązanie do potwierdzenia przez ubezpieczyciela dokumentem ubezpieczenia zawarcia z mocy prawa umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC p.p.m. na kolejne 12 miesięcy²⁵⁶, czy terminowe zobowiązanie ubezpieczyciela do zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia²⁵⁷. Waga tej instytucji dla praw osób poszkodowanych, przejawiająca się w możliwości szybkiej i skutecznej weryfikacji prawidłowości stanowiska ubezpieczyciela w celu otrzymania świadczenia odszkodowawczego w należytej wysokości, bez konieczności jego egzekwowania na drodze postępowania sądowego, winna przemawiać za wprowadzeniem

²⁵⁵ Nie później niż 14 dni przed upływem 12 miesięcy, na który umowa została zawarta – art. 28 ust. 1b ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

²⁵⁶ 14 dni od zawarcia umowy – art. 28 ust. 1d ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

²⁵⁷ Niezwłocznie, ale nie później niż 14 dni od wskazanego w ustawie zdarzenia – art. 41 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

terminowego charakteru tego zobowiązania. Zmiana charakteru zobowiązania nie będzie zasadniczo po stronie ubezpieczycieli generować dodatkowych kosztów. Będzie wymagała odpowiedniego ustawienia istniejących już procesów udostępniania akt szkody.

Rzecznik Ubezpieczonych, przy okazji niniejszego raportu i publikacji nieprawidłowości w procesie udostępnienia akt szkody, ponawia postulat legislacyjny, który wyrażał w pracach parlamentarnych nad ustawą z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz niektórych innych ustaw²⁵⁸ o potrzebie zmiany art. 25 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w ten sposób, aby w ust. 3 tegoż przepisu lub w oddzielnej jednostce redakcyjnej w obrębie tego artykułu wprowadzić wyraźne zobowiązanie Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych do udostępnienia, na żądanie uprawnionego, informacji i dokumentów otrzymanych przez te podmioty od sądów, prokuratury, Policji i innych organów i instytucji. Takie rozwiązanie miałoby charakter gwarancyjny i przeciwdziałałoby w przyszłości tworzeniu praktyk lub interpretacji wskazujących, że materiały uzyskane w trybie art. 25 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej przez PBUK lub UFG nie mogą być udostępniane, gdyż przepis ten tego nie przewiduje, a obowiązek udostępnienia dotyczy wyłącznie zakładów ubezpieczeń. Tego rodzaju rozwiązanie byłoby także dopełnieniem wprowadzonego zobowiązania podmiotów gwarancyjnie odpowiedzialnych na gruncie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych do udostępniania akt szkody. Byłoby też szczególnie korzystne dla poszkodowanych, dochodzących naprawienia szkody od UFG. W przypadku wielu roszczeń kierowanych do Funduszu, istotnym materiałem dowodowym są informacje i dokumenty uzyskane z sądu, prokuratury lub Policji. Wyraźna norma prawa zapewniająca kontrolę prawidłowości stanowiska Funduszu, zajętego na podstawie tych dowodów, wzmocniłaby prawa poszkodowanego, a w wielu przypadkach wyeliminowałaby możliwość powstania sporów, w tym sporów sądowych.

Wydaję się, że wyżej wskazany postulat legislacyjny spotka się z reakcją ustawodawcy. W dniu 17 lutego 2015 r. do konsultacji międzyresortowych został skierowany rządowy projekt ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej²⁵⁹. Aktualnie obowiązujący przepis art. 25 ustawy ma zostać zastąpiony w nowej ustawie art. 42 o następującym brzmieniu:

²⁵⁸ Dz. U. Nr 205, poz. 1210.

²⁵⁹ <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12269454/12276890/12276891/dokument150678.pdf>.

„Art. 42. 1. Sądy, prokuratura, Policja oraz inne organy i instytucje, na wniosek zakładu ubezpieczeń, w zakresie zadań przez ten zakład ubezpieczeń wykonywanych i w celu ich wykonania, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności, udzielają informacji o stanie sprawy oraz udostępniają zebrane materiały, jeżeli są one niezbędne do ustalenia okoliczności tych wypadków i zdarzeń losowych oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

2. Sądy, prokuratura, Policja oraz inne organy i instytucje, na wniosek Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych lub Rzecznika Ubezpieczonych, w zakresie zadań przez nie wykonywanych i w celu ich wykonania, udzielają informacji w zakresie stanu sprawy oraz udostępniają zebrane materiały.

3. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek, na żądanie ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub poszkodowanego, udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych”.

Ustęp 1-3 propozycji przepisu jest powtórzeniem aktualnie obowiązującego przepisu art. 25 ust. 1-3. Ustęp 4 uwzględnia natomiast postulat Rzecznika Ubezpieczonych. Jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy propozycja ust. 4 w art. 42 ma na celu zrównanie zakresu uprawnień poszkodowanych dochodzących roszczeń od UFG i PBUK z uprawnieniami poszkodowanych dochodzących roszczeń bezpośrednio od zakładów ubezpieczeń. Celem projektowanej regulacji jest również stworzenie ustawowej gwarancji, że podmioty gwarancyjnie zobowiązane do naprawienia szkody, które uzyskają informację na podstawie art. 42 ust. 2 i uczynią ją za podstawę zajętą stanowiska, będą zobowiązane na żądanie uprawnionych osób, udostępnić te informacje lub dokumenty²⁶⁰. Powyższą propozycję Rzecznik Ubezpieczonych będzie wspierał na każdym etapie prac legislacyjnych.

²⁶⁰ <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12269454/12276890/12276891/dokument150679.pdf>.

Zakończenie

Analizując działania podejmowane w ostatnim czasie przez poszczególne zakłady ubezpieczeń, a także prowadząc rozmowy z przedstawicielami branży dostrzegalna jest chęć zmiany obecnego stanu rzeczy. Te próby zmiany kierunku działania we właściwą – jak można sądzić – stronę, dają nadzieję na „przywrócenie normalności”. Przykładem takich rozwiązań może stać się wprowadzony w dniu 1 kwietnia 2015 r. przez samorząd ubezpieczycieli zrzeszony w Polskiej Izbie Ubezpieczeń system BLS, oczywiście jeżeli przy tworzeniu jednolitych standardów, będzie bazował na dorobku judykatury Sądu Najwyższego. Oceniając szerzej potencjał BLS warto przypomnieć, iż możliwość skorzystania z tego systemu w Polsce już kilka lat temu poddawane było pod dyskusję, m.in. przez Rzecznika Ubezpieczonych. Na jednej z międzynarodowych konferencji Rzecznik prezentował uczestnikom rynku rozwiązania obecne w wybranych krajach europejskich, w których szkodę komunikacyjną likwiduje ubezpieczyciel poszkodowanego, z którym ten jest związany²⁶¹. Niestety, w poprzednich latach pomysły takich nowatorskich rozwiązań zostały zdecydowanie odrzucone. Wskazywano bowiem, iż na rodzimym rynku brakuje standardów, a tym samym trudno przyjąć jednolite procedury konieczne dla bezpośredniej likwidacji. Oceniając wstępnie system BLS, można prognozować, iż jest to pierwszy krok zmierzający ku naprawie obecnie wysoce niekorzystnej sytuacji. Przyjęcie systemu na szerszą i powszechną skalę daje bowiem poszkodowanym możliwość wyboru podmiotu likwidującego szkodę, co siłą rzeczy może mieć znaczący wpływ na poziom likwidacji i konkurencyjności na tym polu. Tym samym, swoją dotychczasową pozycję może stracić obecna dzisiaj (niemal wyłącznie) konkurencyjność cenowa, bowiem na etapie wykonania umowy ubezpieczenia czyli tzw. likwidacji szkody, pojawi się dodatkowa i pożądana konkurencyjność jakościowa. To z kolei, w dłuższej perspektywie może przynieść znaczące przewartościowanie w tym ubezpieczeniu w kierunku polepszenia jakości likwidacji szkód, co dopiero byłoby pozytywnym i oczekiwanym efektem działania systemu BLS.

Z perspektywy Rzecznika Ubezpieczonych wprowadzenie systemu BLS jest doskonałą okazją do równoległego wdrożenia procedur likwidacyjnych spójnych z wytycznymi płynącymi z orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach

²⁶¹ Materiały z konferencji dostępne na: http://www.rzu.gov.pl/inicjatywy/dzialalnosc-edukacyjna/Miedzynarodowa_konferencja_Nowoczesne_rozwiazania_w_likwidacji_szkod_komunikacyjnych_z_perspektywy_konsumentow_2222.

odszkodowawczych, o co Rzecznik zabiega od szeregu lat i co znalazło wyraz w Wytycznych nadzorczych, dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych. Trzeba zwrócić uwagę, iż profesjonalne wdrożenie i stosowanie wytycznych Sądu Najwyższego, *de facto* powtórzonych w Wytycznych nadzorczych dodatkowo wymuszane działaniami kontrolnymi i nadzorczymi, spowoduje konieczność przyjęcia jednolitych rozwiązań po stronie wszystkich ubezpieczycieli. Dodatkowo, rzetelna i zgodna z orzecznictwem kompensata szkody, mająca znaczącą przewagę konkurencyjną, dałaby w dłuższej perspektywie możliwość zwiększenia udziału w rynku, co system BLS może ułatwić. Równoległe zyskaliby na tym poszkodowani, którzy w końcu otrzymywaliby świadczenia w zgodzie z przepisami. Ponadto, rozwiązanie to zapewni poszkodowanym szerszy niż dotychczas dostęp do placówek likwidacyjnych, co – patrząc z perspektywy problemów zgłaszanych Rzecznikowi – stanowić będzie znaczne udogodnienie, szczególnie dla poszkodowanych zamieszkujących w mniejszych miejscowościach i na wsi. Oczywiście jest również, że system BLS dopiero startuje, trudno go ocenić i w pełni przewidywać długofalowe skutki jego wprowadzenia. Prawdziwy test przydatności, sprawności i użyteczności społecznej tych nowych rozwiązań niebawem przeprowadzą sami poszkodowani, których spostrzeżenia znajdą odbicie w kierowanych do Rzecznika wystąpieniach.

Ponadto system BLS wymaga wsparcia ze strony nadzoru, stąd też Rzecznik z satysfakcją odbiera i w pełni popiera kierunek działań podjętych przez Komisję Nadzoru Finansowego w zakresie rozwiązania problemów związanych z nieprawidłowościami w obszarze likwidacji szkód komunikacyjnych, odpowiadający wnioskowi prezentowanemu przez Rzecznika w szeregu jego dotychczasowych wystąpień i opracowań. Wytyczne nadzorcze w pełni realizują wskazania judykatury Sądu Najwyższego, nakazując dostosowanie procedur likwidacyjnych do jego wytycznych, a tym samym zmuszając do wprowadzenia powszechnych i jednolitych standardów.

Co podkreślano wcześniej, stały ujemny wynik techniczny z obowiązkowych ubezpieczeń OC p.p.m., przy jednoczesnym spadku składki oraz wzroście kwot odszkodowań, przekłada się na nieprawidłowości i zaniżanie należnych świadczeń osobom uprawnionym. Tym samym skala niezgodnych z prawem działań zakładów ubezpieczeń, przedstawiona w raportach Rzecznika w pełni uzasadnia podjęcie szeroko zakrojonych działań nadzorczych przez KNF. Z tych względów wprowadzone przez nadzór „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych” należy ocenić bardzo pozytywnie, a ich respektowanie przez zakłady ubezpieczeń niewątpliwie powinno

zasadniczo wpłynąć na poprawę jakości prowadzonych postępowań likwidacyjnych, budując tym samym, oczekiwaną przez Rzecznika, zdrową konkurencyjność.

Warto jednak zauważyć, że sprawną kontrolę realizacji wytycznych, badanie i zapewnienie adekwatności składki utrudnia niejednorodność po stronie poszczególnych ubezpieczycieli operujących na polskim rynku. Część spośród nich nie podlega bezpośredniemu nadzorowi ze strony KNF, co siłą rzeczy powoduje nierówne warunki dla prowadzonej działalności. Zachwianie konkurencyjności w tym obszarze jest poważnym problemem i dobrze, że organ nadzoru dostrzegając to stara się o uzyskanie możliwości sprawowania szerszej kontroli nad podmiotami dotychczas wyłączonymi spod jego nadzoru. Wydaje się, że dopiero symetryczne podejście nadzoru do podmiotów oferujących ubezpieczenia OC p.p.m. zapewni adekwatność składki. W innym przypadku podmioty wyjęte spod nadzoru – przynajmniej w krótkich okresach – mogą zaniżyć wysokość składki, agresywnie odbierając pozostałym podmiotom klientów. Reakcją na taką politykę sprzedażową są obniżki składki przez pozostałych graczy, co eskaluje kolejne wojny cenowe. Stan ten się nawarstwia, z jednej strony generując potężne straty na ubezpieczeniu OC p.p.m., a z drugiej – wobec braku wystarczającej składki na pokrycie zobowiązań – generując szereg nieuzasadnionych odmów bądź redukcji wypłacanych świadczeń. W ten sposób pętla się zamyka, znacząco utrudniając normalne funkcjonowanie rynku.

Ponadto, nadzór powinien stosować przewidziane prawem sankcje za brak dostosowania procedur likwidacyjnych do przygotowanych wytycznych. Dopiero bowiem realna, a nie pozorna kara, z którą mieliśmy uprzednio do czynienia jest w stanie zapewnić praworządność w postępowaniu zakładów ubezpieczeń. Sankcje nadzorcze dotyczące głównie nieterminowości w likwidacji szkód nie spełniają swojej roli, potęgując wręcz poczucie bezkarności. Jedynym wymiernym i pozytywnym skutkiem nakładanych kar jest napiętnowanie poszczególnych podmiotów w mediach, co jest dla poszczególnych zakładów ubezpieczeń niewygodne wizerunkowo.

Prócz postulowanego urealniania składki, potrzebne są równoległe działania edukacyjno-informacyjne. Chodzi o to, aby społeczeństwo rozumiało mechanizm funkcjonowania ubezpieczenia w kontekście cenowym, co oznacza przekazywanie jednoznacznej i czytelnej informacji, iż pełna, zgodna z wymogami prawa ochrona musi odpowiednio i adekwatnie do ryzyka kosztować. Trzeba cały czas uświadamiać, iż mechanizm finansowania szkód polega na tym, że pozyskana z rynku składka musi wystarczyć na pokrycie wszystkich zobowiązań, a zakres odpowiedzialności w warunkach

gospodarki rynkowej zdecydowanie ulega rozszerzeniu. Trzeba na szeroką skalę wyjaśniać, iż wysokość składki, która do tej pory była zaniżana, musi odpowiadać obecnym ryzykom a dodatkowo ochrona jest zdecydowanie szersza zakresowo niż miało to miejsce w przeszłości. Rzecznik od lat stara się takie informacje przekazywać społeczeństwu, ukazując im mechanizmy finansowe rządzące ubezpieczeniami. Rzecznik jest bowiem zdania, że w odczuciu społecznym akceptowalne będą zwyczaje wysokości składki, jeżeli tylko będą się przekładać na znaczący wzrost wysokości wypłacanych świadczeń oraz jakości świadczonych usług likwidacyjnych.

Bez wątplenia potrzebna jest również naprawa wizerunku branży w oczach społeczeństwa. Trzeba podkreślić jednak, że nie dojdzie do niej na skutek kolejnych prób zaklinania rzeczywistości, samorządowych rekomendacji dobrych praktyk i innych, nie popartych szerokimi zmianami, pozornych działań. Działania wizerunkowe, które nie będą poparte głębokimi wewnętrznymi działaniami sanacyjnymi będą bezproduktywne. Próba zamazywania rzeczywistego obrazu i budowania pozytywnego wizerunku w obecnym stanie rzeczy nie może się udać, a może wręcz przynieść odwrotny od zakładanego skutek. W ostatnich latach, szczególnie w odniesieniu do usług finansowych, społeczeństwo stało się odporne na fałszywe przekazy i potrafi je lepiej zderzać z rzeczywistością, która już tak pozytywnie nie wygląda.

Wyjątkowo istotnym czynnikiem dla wytworzenia warunków dla konkurencyjności jakościowej jest również transparentność i jawność w ramach prowadzonej działalności. Trzeba stworzyć mechanizmy zdrowej konkurencyjności między zakładami ubezpieczeń, które powinny skupiać się w swojej działalności na konkurowaniu nie ceną a jakością świadczonych usług. W tym celu potrzebny jest pełny dostęp do danych z prowadzonych postępowań likwidacyjnych. Przedstawiane na bieżąco opinii publicznej informacje o prowadzonych postępowaniach reklamacyjnych, sposobie rozpatrywania skarg i odwołań, liczbie procesów sądowych (w tym wygranych i przegranych), wzmacniałyby siłą rzeczy dążenia poszczególnych zakładów ubezpieczeń do większej staranności w procesie likwidacji szkód. Na podstawie tych danych powstawałyby różnego rodzaju rankingi, analizy wskazujące które z zakładów ubezpieczeń stawiają na jakość prowadzonej działalności, a które są negatywnie oceniane przez korzystających z ich usług. Oczywiście przekładałoby się to na dokonywane wybory przez konsumentów oraz rekomendacje niezależnych pośredników ubezpieczeniowych, budując jednocześnie zdrową konkurencyjność na rynku. Rzecznik przedstawił tu swoje propozycje, które w pewnym stopniu uzyskały akceptację ze strony regulatora. Ponadto już w poprzednich

latach, Rzecznik w swoich dorocznych sprawozdaniach prezentował dane odnośnie prowadzonych postępowań likwidacyjnych. Warto podkreślić, że z roku na rok coraz więcej zakładów ubezpieczeń prezentowało te dane, dostrzegając w przedstawianiu szerszej informacji o swojej działalności wartość dodaną. Podobne projekty realizowane są przez inne podmioty, tj. konkurs organizowany przez warsztaty naprawcze, które wyróżniają przyjaznych dla branży motoryzacyjnej ubezpieczycieli, wręczając im nagrody „złotego zderzaka”. Podobny ranking zakładów ubezpieczeń prowadzi od kilku lat jedna z gazet finansowych, która na podstawie zbieranych informacji ocenia jakość świadczonych przez ubezpieczycieli usług.

Jak zostało wspomniane, aby budować zdrową konkurencję nieodzowne są również jednolite standardy likwidacji, które obowiązywałyby bez wyjątku wszystkie zakłady ubezpieczeń. Zapewnienie standardów zrównuje bowiem warunki konkurencyjne dla wszystkich uczestników rynku, będąc istotnym elementem budowy nowej jakości w likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych. Ponadto, co jest niezwykle istotne, standardy te muszą być maksymalnie zbieżne z wytycznymi Sądu Najwyższego, zapewniając pełną legalność w procedurach likwidacyjnych. Z tych właśnie względów, na zakończenie Rzecznik ponawia apel do ubezpieczycieli o wspólne rozwiązywanie innych, praktycznych i ważnych problemów, które generuje rozbieżne orzecznictwo sądów powszechnych, utrudniając ujednocianie procedur likwidacyjnych. Po uzyskaniu takich sygnałów Rzecznik deklaruje pomoc poprzez skierowanie kolejnych zapytań do Sądu Najwyższego, którego uchwały zarówno ujednociają orzecznictwo sądów powszechnych, jak i dają przewidywalność, budując kolejne jednolite standardy w praktyce likwidacji szkód. Doświadczenie bowiem już kilkakrotnie pokazało, że uchwały Sądu Najwyższego podjęte w oparciu o kierowane zapytania prawne Rzecznika, stworzyły mocne podstawy do wypracowania i praktycznego wdrożenia jednolitych standardów rynkowych.

Raport przygotowali:

Piotr Budzianowski – główny specjalista w Wydziale Edukacji i Informacji BRU.

Bartłomiej Chmielowiec – główny specjalista w Wydziale Prawnym BRU.

Aleksander Daszewski – radca prawny koordynator BRU.

Mateusz Kościelniak – starszy specjalista w Wydziale Prawnym BRU.

Paweł Wawszczak – główny specjalista w Wydziale Prawnym BRU.

Załączniki

Załącznik 1. Kalkulacja kosztów naprawy sporządzona przez Avanssur S.A. Oddział w Polsce (Axa Direct)

do wyceny nr: [REDACTED] z dnia: 2012-11-30

Chłodna 51
00-867 Warszawa

KALKULACJA NAPRAWY [REDACTED]

SYGNATURA AKT : [REDACTED]
DATA SZKODY/DATA OGLĘDZIN : 18.11.2012 / 22.11.2012

WŁAŚCICIEL POJAZDU : PANI
: [REDACTED]
: [REDACTED]
: [REDACTED]

DANE POJAZDU
MARKA : FIAT
TYP/MODEL : PUNTO / MODEL PODSTAWOWY
RODZAJ SILNIKA : Benzynowy

NUMER REJESTRACYJNY : [REDACTED]
NUMER NADWOZIA : [REDACTED]
PIERWSZA REJESTR. / BADANIE : 08.01.2004 / 13.04.2013
PRZEBIEG ODCZYTANY : 95953 km

DAWNE SZKODY : Brak danych
STREFA(Y) USZKODZEŃ : PRAWY TYŁ / TYŁ / LEWY TYŁ

K O S Z T Y N A P R A W Y B E Z V A T PLN 10 447.36
VAT 23.00 % PLN 2 402.89
K O S Z T Y N A P R A W Y Z V A T PLN 12 850.25

00-867 Warszawa, 30.11.2012

Chłodna 51
00-867 Warszawa

K A L K U L A C J A N A P R A W Y 30.11.2012

WŁAŚCICIEL

SYGNATURA

MARKA FIAT PUNTO MODEL PODSTAWOWY
NUMER VIN ██████████ NR REJ. ██████████ KOD TYPU 08 46 01
WERSJA 5-DRZWIOWY URZĄDZENIE HOL 5-ST SKRZYNIA BIEGOW
WYPOSAŻENIE ZDERZAK W KOL NADW

R O B O C I Z N A BAZA CZASOWA 10 JC=1 RBG CENA =130.00 PLN/RBG

NR POZ KOD CZ	CENNIK PRACE NAPRAWCZE /POJEDYNCZE /SCALONE	JC	OPER. CENA
7604A02	CZAS PRZYGOTOWAWCZY SAMOCHÓD	2.0	26.00
7201A14)	POJAZD NA RAME NAPR OSADZENIE/ZDJECIE	10.0	130.00
7660C20	WYKŁADZINA TYŁU WYB/WBUD (PRZY WYBUDOWANYM OSPRZĘCIE)) OBEJMUJE: CZĘŚĆ NOWĄ DOPASOWAĆ	37.5	487.50
7660C64	PLYTA ZAMYK DRZWI TYLNYCH WYB/WBUD	0.5	6.50
7095A82	ZAX ZESPOL HAKA HOLOWNICZEGO WYB/WBUD	13.0	169.00
KN	ZESTAW KABLI ZESP HAKA HOLOWN WYB/WBUD	12.0	156.00
7660E80	OKLADZINA PODLOGI BAGAZNIKA WYB/WBUD	2.0	26.00
7660C02	ZDERZAK TYL WYB/WBUD	5.0	65.00
7055B36	LISTWA OZD ZDERZAKA T WYB/WBUD	1.5	19.50
7055B26	OSLONA UCHA HOLOWNICZEGO WYB/WBUD	1.0	13.00
7210E56	DRZWI TYLU WYB/WBUD	3.0	39.00
7205E56	POKRYWA TYL WYMIENIC (WYBUDOWANA)	13.0	169.00
7660C66	USZCZELKA DRZWI TYLU WYB/WBUD	0.5	6.50
7660C90	SZYBA TYLNA WYB/WBUD OBEJMUJE: OCZYSZCZ KRAWEDZI I RAMY	14.0	182.00
KN	TABLICA REJESTR T WYB/WBUD	1.0	13.00
7040B18	WYKŁADZINA L KOMORY BAGAZNIKA WYB/WBUD	1.0	13.00
7040B18	WYKL KOMORY BAGAZNIKA P WYB/WBUD	1.0	13.00
BN	ZAWÓR LPG WYB-WBUD/WYMIANA	2.0*	26.00
2695	TYŁ FORMOWANIE	20.0*	260.00
1000	BUTLA LPG WYB-/WBUDOWANIE	5.0*	65.00
3901	PODLUGA SAMOCH T NAPRAWA	20.0*	260.00
3991	PODLUZNICA T L NAPRAWA	5.0*	65.00
3992	PODLUZNICA T P NAPRAWA	5.0*	65.00

L A K I E R O W A N I E (według AZT)

KOD CZĘŚCI	OPERACJA		JC
	- 2-WARSTW-METALLIC		
	- CZESCI MONTAZ WYBUD		
2711	BL ZAKOŃCZ TYŁU	LAK NOWA CZĘŚĆ ST 1	21.0
2931	POKRYWA BAGAZNIKA	LAK NOWA CZĘŚĆ ST 1	15.0
2581	ZDERZAK T	LAK.NOW.CZ.ST.1 K1R	9.0

SYSTEM AUDATEX

STRONA 2

3.86

System INFO-EKSPERT
/SRTSiRD

Strona 4

Chłodna 51
00-867 Warszawa

KALKULACJA NAPRAWY [REDAKTOR] 30.11.2012

LAKIEROWANIE (według AZT)

KOD CZĘŚCI	OPERACJA		JC	
2647	OSŁ UCHA HOLOWNICZ	LAK.NOW.CZ.ST.1 K1R	3.0	
3901	PODLOGA SAMOCH T	LAK. WIERZCHNIE ST 2	8.0	
	KOSZTY ROBOCIZNY LAKIERNICZEJ		JC	OPER.
	WSPÓŁCZYNNIK	130.00 PLN/RBG		CENA
	CZAS LAKIEROWANIA		56.0	
	PRZYGOTOWANIE PRACA GŁ. METAL		23.0	
	PRZYGOTOWANIE PRACA DOD.TWORZYWO		5.0	
	KOŃCOWA ROBOCIZNA LAKIER 10 JC/RBG :		84.0	1092.00
	KOSZTY MATERIAŁU LAKIERNICZEGO			CENA
	LAKIEROWANA NOWA CZĘŚĆ			489.66
	LAKIEROWANIE NOWEJ CZĘŚCI STOPIEŃ K1R			289.34
	LAKIEROWANIE WIERZCHNIE			161.12
	STAŁA MATERIAŁOWA PRACA GŁ. METAL			82.20
	STAŁA MATERIAŁOWA PRACA DOD. TWORZYWO			30.50

CZĘŚCI ZAMIENNE CENNIK STAN : 01.11.2012 / 11

KOD CZĘŚCI	OKREŚLENIE	NUMER KATALOGOWY	CENA
2581	ZDERZAK T	0000735272038	762.73
2637	LISTWA OZD T ZDERZ	0000735271638	95.20
2647	OSŁ UCHA HOLOWNICZ	0000735278368	50.32
2651	ZEST MOC ZDERZAKA T	PATRZ CZ POJEDYN	
2652	8 ŚRUBA ZDERZAKA TYL	0000051810310	11.44
2653	2 CZOP PROWADZACY	0000046837757	4.18
2654	2 ŚRUBA ZDERZAKA TYL	0000015698004	2.18
2711	BL ZAKOŃCZ TYŁU	0000046842797	754.54
2800	URZADZENIE HOL	0000046216200	1761.01U
2809	ZEST ELEK 7 STYK	0000046216183	573.06U
2931	POKRYWA BAGAŻNIKA	0000051833468	1518.21
2975	ZAMEK POKR TYL	0000051744021	141.02
2976	KABLAK ZAMYK TYL	0000051797653	35.80
2982	ZAMOC CYLI ZAMKA TYL	0000046524217	50.47
3017	NAPIS PUNTO	0000046757610	45.64
3160	ZEST KLEJU SZYBY T	0000071730189	91.91
4921	12 MOCOW WYKŁA DRZWI T	0000007745194	11.64
1000	ZAWÓR LPG		

Chłodna 51
00-867 Warszawa

KALKULACJA NAPRAWY

30.11.2012

KALKULACJA KOŃCOWA		PLN	PLN
KURS PRZELICZ : 1 EURO = 4.14150 PLN			
ROBOCIZNA	BAZA CZASOWA	10 JC = 1 RBG	
RAZEM	175.0 JC X	130.00 PLN/RBG	2 275.00
RAZEM ROBOCIZNA			2 275.00
LAKIEROWANIE			
	KOSZTY ROBOCIZNY		1 092.00
	KOSZTY MATERIAŁU		1 052.82
RAZEM LAKIEROWANIE			2 144.82
CZĘŚCI ZAMIENNE			
	NORMALIA (2.0%)	5 909.35
RAZEM CZĘŚCI ZAMIENNE			118.19
			6 027.54
KOSZTY NAPRAWY BEZ VAT			10 447.36
VAT 23.00 %			2 402.89
KOSZTY NAPRAWY Z VAT			12 850.25

W przedmiotowej kalkulacji Ubezpieczyciel nie dokonywał jakichkolwiek „urealnien cen części”, nie była dokonywana optymalizacja, zostały przyjęte ceny nowych oryginalnych części producenta pojazdu, zaś stawki za roboczogodziny zostały ustalone w kwocie 130,00 zł netto.

OBJAŚNIENIA:

U=CENA CZĘŚCI W ZŁ PRZEL Z EUR, NETTO
* = WPROWADZONE PRZEZ UŻYTKOWNIKA
KN = BEZ KODU CZĘŚCI/NR POZ. CENNIKA
ZAX=CZAS PRACY USTALONY PRZEZ AUDATEX

CENA +0.00 % (CZĘŚCI ZAMIENNE)
NR KATALOG. NIE ZAWSZE NR ZAMOWIENIA
)=UDZIAŁY CZASU OBJĘTE W INNEJ POZYC
LICENCJA 32410700

Chłodna 51
00-867 Warszawa

STRONA KONTROLNA

30.11.2012

WŁAŚCICIEL

SYGNATURA

MARKA FIAT PUNTO MODEL PODSTAWOWY
NUMER VIN NR REJ. KOD TYPU 08 46 01

NR UŻYTK/RZECZOZNAWCY : 32410700 CLASSDIRECT REL 3.41

DATA WYLICZENIA : 30.11.2012

KODY WERSJI WYPOSAŻENIA
- WERSJA WYPOSAŻENIA : B4 L8 P3 Y4 Y8 Z5

CZĘŚCI ZAMIENNE/LAKIEROWANIE
- RODZ.OPER./NR KODU/INFO : N 2702 LO / N 4985 LO / N 9870 LO
E 2651 ---> E 2652 Z / E 2651 ---> E 2653 Z
E 2651 ---> E 2654 Z

STAWKI GODZINOWE
- BAZA CZASOWA : 10 JC=1 RBG
- MECH-BLACH. : 130.00 PLN/RBG
- LAKIEROWANIE - AZT : 130.00 PLN/RBG

KODY WARUNKOWE RF
- KODY AKTYWNE : 22 0.00 / 51 100.00

CZĘŚCI ZAM.
- DATA CEN CZĘŚCI ZAM. : 01.11.2012
- DATA CEN CZĘŚCI MASTERA: 01.11.2012
- PRZELICZONO Z : EURO
- FAKTOR AKTUAL OD : 26.09.2012
- KURS PRZELICZEN : 4.14150

LAKIEROWANIE
- RODZ OPER./KOD CZĘŚCI : LE 2711 / LE 2931 / LE12581 / LE12647
L 3901

ILOŚĆ POZYCJI
- UJĘTYCH : 25
- MUTACJI :

PODSUMOWANIE KALKULACJI
ROBOC: 2 275.00 LAK : 2 144.82 CZĘŚ: 6 027.54
NAPR: 10 447.36 VAT : 2 402.89 NAPR: 12 850.25

DANE SZCZEGÓŁOWE
E 2800 N 2702 E 2637 E 2581 E 2711
E 2931 E 2982 E 2976 E 2975 N 4985
I 3901 20 L 3901 I 3991 5 I 3992 5 N 9870
N 2695 20 E 2651 E 2809 E 3160 E 4921
E 3017 E 2647 LE 2647

SYSTEM AUDATEX

3.86

System INFO-EKSPERT
/SRTSiRD

Strona 7

Załącznik 2. Kosztorys Eurotaxglass's z dnia 9 lipca 2013 r. sporządzony na zlecenie Uniqa TU S.A.

UNIQA TU S.A.
90-520 ŁÓDŹ, UL. Gdańska 132
tel. 042 6666 500
mail: centrum.pomocy@uniqa.pl

KOSZTORYS - EUROTAXGLASS'S nr [REDACTED]

wykonan(a): [REDACTED] dnia 09.07.2013
do szkody nr: U [REDACTED] dnia 25.06.2013
nr licencji: [REDACTED] wersja danych 2013.07, wydrukowano dnia 09.07.2013



DANE POJAZDU

Marka FORD
Model Focus Kombi 01-05
Typ Focus 1.8 TDCI Comfort
Kod EC 0049372

Nr rejestracyjny [REDACTED]
Nr nadwozia [REDACTED]

Pierwsze dopuszczenie 12.05.2003
Rok produkcji 2003
Przebieg 4 258 623

POZYCJE KOSZTORYSU

Opis czynności	Miejsce	Rodzaj	Czas	Części
Okladzina zderzaka		WY	1,00/0,40	772,00
Tablica rej.przód				
Krata wlotu powietrza				
Prace powiązane 0,60				
Uwagi (materiał): Część z tworzywa sztucznego (Elastomer)				
Listwa ozdobna boczna zd.	R	WY	0,30/0,00	50,50
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Krata wlotu powietrza		WY	0,30/0,00	105,00
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	R	WY	0,60/0,10	557,00
Prace powiązane 0,50				
Uwagi dot. RBG: Czas z ustawieniem				
Ostona chłodnicy		WY	0,40/0,00	176,00
Prace powiązane 0,40				
Kpl. listw ozdobnych ostony chłodnicy		WY	0,40/0,00	199,00
Prace powiązane 0,40				
Emblemat		WY	0,40/0,00	93,80
Prace powiązane 0,40				
Tunel wentylatora, góra		WY	0,30/0,10	49,65
Prace powiązane 0,20				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Klimatyzacja - kondensator		WY	1,40/1,20	1 260,00
Wspornik chłodnicy				
Tunel wentylatora, dół				
Wymiana czynnika w ukl.klimatyzacji				
Sprawdzenie klimatyzacji na szczelność				
Prace powiązane 0,20				
Pokrywa, przód		NA	1,00	0,00
Błacha zamka (zawiasu)		NA	1,00	0,00
Błotnik	L	RZ	1,80	0,00
Okladzina zderzaka				
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	L			
Nadkole wewn.	L			
Kolo przód wy-/za-	L			
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Błotnik	R	RZ	1,70/0,90	0,00
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	R			

Kosztorys nr [REDACTED] wykonany w systemie EurotaxGlass's

1/2

Nadkole wewn.
Kolo przód wy-/za-
Prace powiazane 0,80
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S

R
R

Łącznie 6,50 3 262,95

Lakierowanie	Miejsce	Rodzaj	Stopień	Czas	Materiał
Zderzak przedni k		200	K1R	1,00	318,90
Pas przedni, kpl. część górna wewnętrzna		200	II	0,60	110,40
Błotnik przedni kompletny	L	200	III	1,10	92,80
Błotnik przedni kompletny	R	200	III	1,10	92,80
Pokrywa przednia		200	III	2,10	305,30
Przygotowanie blacha (tylko zdemontowane elem.)		200	L	1,10	85,70
Przygot.tworzyw(Praca dodatkowa)		200	L	0,50	31,40
		Łącznie		7,50	1 037,30

Podsumowanie	Rbg.	Stawka	Kwota
Części zamienne			3 262,95
Materiał lakierniczy [100,00 %]			1 037,30
Blacharz	5,20	140,00	728,00
Mechanik	1,30	140,00	182,00
Lakiernik	7,50	140,00	1 050,00
		Koszt naprawy łącznie (netto)	6 260,25
		VAT (Materiał) 23,0%	989,06
		VAT (Robocizna) 23,0%	450,80
		Koszt naprawy łącznie (brutto)	7 700,11

Koszt naprawy słownie: siedem tysięcy siedemset zł, groszy 11/100

Zestawienie części wykorzystanych w rozliczeniu kosztorysowym

Ident/ETNR	Opis części	Dostawca	Kwota
1201837	○ Okładzina zderzaka	FORD	772,00
1147520	○ Listwa ozdobna boczna zd.	FORD	50,50
1215617	○ Krata wlotu powietrza	FORD	105,00
1343654	○ Reflektor z kierunkowskazem kpl.	FORD	557,00
1744364	○ Osłona chłodnicy	FORD	176,00
1211972	○ Kpl. listw ozdobnych osłony chłodnicy	FORD	199,00
1132682	○ Emblemat	FORD	93,80
1072784	○ Tunel wentylatora, góra	FORD	49,65
1671708	○ Klimatyzacja - kondensator	FORD	1 260,00

Nie wykonano optymalizacji.

EurotaxGlass's nie gwarantuje prawidłowego zamówienia części w oparciu o zamieszczone w programie numery katalogowe.

Rodzaj materiału lakierniczego
200 2-warstwowy

Notatka

Kalkulacje do weryfikacji należy wysyłać na adres:
Jednostka skanująca - indeksująca
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
lub na adres email: centrum.pomocy@uniqa.pl

Kalkulacja kosztów naprawy obejmuje wyłącznie ceny nowych części oryginalnych producenta pojazdu, bez potrąceń amortyzacyjnych i ilości materiału lakierniczego, zaś stawka za roboczogodzinę została określona w wysokości 140,00 zł netto.

.....
Podpis klienta

.....
Podpis wykonującego kosztorys

Załącznik 3. Kosztorys Eurotaxglass's z dnia 18 października 2013 r. sporządzony na zlecenie Uniqa TU S.A.

UNIQA TU S.A.
90-520 ŁÓDŹ, UL. Gdańska 132
tel. 042 6666 500
mail: centrum.pomocy@uniqa.pl

KOSZTORYS - EUROTAXGLASS'S nr [REDACTED]
wykonał(a) [REDACTED] dnia 18.10.2013
do szkody nr: U [REDACTED] z dnia 25.06.2013
nr licencji [REDACTED] wersja danych 2013.10, wydrukowano dnia 18.10.2013



DANE POJAZDU

Marka FORD
Model Focus Kombi 01-05
Typ Focus 1.8 TDCi Comfort
Kod EC 0049372

Nr rejestracyjny [REDACTED]
Nr nadwozia [REDACTED]
Pierwsze dopuszczenie 12.05.2003
Rok produkcji 2003
Przebieg 4 258 623

POZYCJE KOSZTORYSU

Opis czynności	Miejsce	Rodzaj	Czas	Części
Okładzina zderzaka		WY	1,00/0,40	95,68 M
Tablica rej.przód				
Krata wlotu powietrza				
Prace powiązane 0,60				
Uwagi (materiał): Część z tworzywa sztucznego (Elastomer)				
Listwa ozdobna boczna zd.	R	WY	0,30/0,00	9,49 M
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Krata wlotu powietrza		WY	0,30/0,00	37,38 M
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	R	WY	0,60/0,10	278,50
Prace powiązane 0,50				
Uwagi dot. RBG: Czas z ustawieniem				
Oslona chłodnicy		WY	0,40/0,00	88,00
Prace powiązane 0,40				
Kpl. listw ozdobnych osłony chłodnicy		WY	0,40/0,00	99,50
Prace powiązane 0,40				
Emblemat		WY	0,40/0,00	46,90
Prace powiązane 0,40				
Tunel wentylatora, góra		WY	0,30/0,10	24,82
Prace powiązane 0,20				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Klimatyzacja - kondensator		WY	1,40/1,20	230,84 M
Wspornik chłodnicy				
Tunel wentylatora, dół				
Wymiana czynnika w ukt.klimatyzacji				
Sprawdzenie klimatyzacji na szczelność				
Prace powiązane 0,20				
Błotnik przedni	L	NA	0,50	0,00
Błotnik przedni	R	NA	0,50	0,00
Pokrywa, przód		NA	1,00	0,00
Blacha zamka (zawiasu)		NA	1,00	0,00
Tablica rejestracyjna		NA	0,50	0,00F
Błotnik	L	RZ	1,80	0,00
Okładzina zderzaka przedniego				
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	L			
Nadkole wewn.	L			
Kolo przód wy-/za-	L			

Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S					
Błotnik	R	RZ	1,70/0,90	0,00	
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	R				
Nadkole wewn.	R				
Koło przód wy-/za-	R				
Prace powiązane 0,80					
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S					
		Łącznie	8,00	911,11	
Koszty dodatkowe					
Ramka tablicy rej	Miejsce	Rodzaj	Czas	Kwota	
		KD	0,00	5,00	
		Łącznie	0,00	5,00	
Lakierowanie					
Zderzak przedni k	Miejsce	Rodzaj	Stopień	Czas	Material
Pas przedni, kpl. część górna wewnętrzna	200		K1R	1,00	159,45
Błotnik przedni kompletny	200		II	0,60	55,20
Błotnik przedni kompletny	L	200	III	1,10	46,40
Błotnik przedni kompletny	R	200	III	1,10	46,40
Pokrywa przednia	200		III	2,10	152,65
Przygotowanie blacha (tylko zdemontowane elem.)	200		L	1,10	43,50
Przygot. tworzyw(Praca dodatkowa)	200		L	0,50	15,85
		Łącznie		7,50	519,45
Podsumowanie					
Części zamienne	Rbg.		Stawka	Kwota	
				911,11	
Koszty dodatkowe				5,00	
Material lakierniczy [50,00 %]				519,45	
Biacharz	6,20		50,00	310,00	
Mechanik	1,30		50,00	65,00	
Lakiernik	7,50		50,00	375,00	
Prace dodatkowe	0,50		50,00	25,00	
Mat.drobne i dodatkowe [2%]				18,22	
				Koszt naprawy łącznie (netto) 2 228,78	
				VAT (Material) 23,0% 334,37	
				VAT (Robocizna) 23,0% 178,25	
				Koszt naprawy łącznie (brutto) 2 741,40	

Koszt naprawy słownie: dwa tysiące siedemset czterdzieści jeden zł, groszy 40/100

W kosztorysie zastosowano urealnienie na części zamienne FORD w wysokości 50,0%.

Zestawienie części wykorzystanych w rozliczeniu kosztorysowym

Iden/ETNR	Opis części	Dostawca	Kwota
B253390-0-TUV-R2A	PT Okładzina zderzaka	BHMD	95,68 M
3201078X	Q Listwa ozdobna boczna zd.	POLCAR	9,49 M
32012710	Q Krata wlotu powietrza	POLCAR	37,38 M
1343654	O Reflektor z kierunkowskazem kpl.	FORD	278,50
1744364	O Osłona chłodnicy	FORD	88,00
1211972	O Kpl. listw ozdobnych osłony chłodnicy	FORD	99,50
1132682	O Emblem	FORD	46,90
1072784	O Tunel wentylatora, góra	FORD	24,82
KTT110006	PJ Klimatyzacja - kondensator	INTER CARS	230,84 M

EurotaxGlass's nie gwarantuje prawidłowego zamówienia części w oparciu o zamieszczone w programie numery katalogowe.

Rodzaj materiału lakierniczego
200 2-warstwowy

Dodatkowe objaśnienia

F - pozycje niekatalogowe

M - część zamienna z modułu MONEX

Kalkulacja kosztów naprawy została sporządzona w oparciu o ceny części alternatywnych w ramach modułu optymalizacyjnego Monex (BHMD, POLCAR, INTER-CARS), w przypadku pozostałych części oryginalnych producenta pojazdu zastosowano 50% amortyzację, dokonano potrącenia na materiał lakierniczy w wysokości 50%, zaś stawki za robociznogodzinne zostały określone w wysokości 50,00 zł netto.

Notatka

Kalkulacje do weryfikacji należy wysłać na adres:
Jednostka skanująca - indeksująca
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
lub na adres email: centrum.pomocy@uniqa.pl

Kosztorys nr [] wykonany w systemie EurotaxGlass's

2/3

Załącznik 4. Kosztorys Eurotaxglass's z dnia 20 listopada 2013 r. sporządzony na zlecenie Uniqa TU S.A.

UNIQA TU S.A.
90-520 ŁÓDŹ, UL. Gdańska 132
tel. 042 6666 500
mail: centrum.pomocy@uniqa.pl

KOSZTORYS - EUROTAXGLASS'S nr [REDACTED]
wykonał(a): [REDACTED] dnia 20.11.2013
do szkody nr: U [REDACTED] z dnia 25.06.2013
nr licencji: [REDACTED] wersja danych 2013.10, wydrukowano dnia 20.11.2013



DANE POJAZDU

Marka FORD
Model Focus Kombi 01-05
Typ Focus 1.8 TDCi Comfort
Kod EC 0049372

Nr rejestracyjny [REDACTED]
Nr nadwozia [REDACTED]

Pierwsze dopuszczenie 12.05.2003
Rok produkcji 2003
Przebieg 4 258 623

POZYCJE KOSZTORYSU

Opis czynności	Miejsce	Rodzaj	Czas	Części
Okladzina zderzaka		WY	1,00/0,40	95,68 M
Tablica rej.przód				
Krata wlotu powietrza				
Prace powiązane 0,60				
Uwagi (materiał): Część z tworzywa sztucznego (Elastomer)				
Listwa ozdobna boczna zd.	R	WY	0,30/0,00	9,07 M
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Krata wlotu powietrza		WY	0,30/0,00	35,71 M
Prace powiązane 0,30				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Reflektor z kierunkowskazem kpl.	R	WY	0,60/0,10	191,02 M
Prace powiązane 0,50				
Uwagi dot. RBG: Czas z ustawieniem				
Oslona chłodnicy		WY	0,40/0,00	176,90
Prace powiązane 0,40				
Koszty nr [REDACTED] wykonany w systemie EurotaxGlass's				
Kpl. listw ozdobnych osłony chłodnicy		WY	0,40/0,00	101,00 M
Prace powiązane 0,40				
Emblemat		WY	0,40/0,00	93,80
Prace powiązane 0,40				
Blacha zamka (zawiasu)		WY	2,10	190,00 M
Okladzina zderzaka przedniego				
Komplet reflektorów z kierunkowskazami				
Koło przód wy-/za-	L			
Koło przód wy-/za-	R			
Uwagi dot. RBG: Część przykręcana				
Tunel wentylatora, góra		WY	0,30/0,10	49,65
Prace powiązane 0,20				
Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS'S				
Klimatyzacja - kondensator		WY	1,40/1,10	230,84 M
Tunel wentylatora, dół				
Wymiana czynnika w ukl.klimatyzacji				
Sprawdzenie klimatyzacji na szczelność				
Prace powiązane 0,30				
Błotnik przedni	L	NA	0,50	0,00
Błotnik przedni	R	NA	0,50	0,00
Pokrywa, przód		NA	1,00	0,00
Tablica rejestracyjna		NA	0,50	0,00F
Błotnik	L	RZ	1,80/0,30	0,00

Kosztorys nr [REDACTED] wykonany w systemie EurotaxGlass's

1/3

Prace powiązane 1,50 Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS`S	R	RZ	1,70/0,20	0,00	
Błotnik Prace powiązane 1,50 Uwagi dot. RBG: Czas wg EUROTAXGLASS`S					
			Łącznie	6,80 1 172,77	
Koszty dodatkowe	Miejsce	Rodzaj	Czas	Kwota	
Ramka tablicy rej		KD	0,00	5,00 F	
		Łącznie	0,00	5,00	
Lakierowanie	Miejsce	Rodzaj	Stopień	Czas	Material
Zderzak przedni k	200		K1R	1,00	318,90
Pas przedni, kpl. część górna wewnętrzna	200		II	0,60	113,00
Błotnik przedni kompletny	L	200	III	1,10	92,80
Błotnik przedni kompletny	R	200	III	1,10	92,80
Pokrywa przednia	200		III	2,10	305,30
Przygotowanie blacha (tylko zdemontowane elem.)	200		L	1,10	87,00
Przygot.tworzyw(Praca dodatkowa)	200		L	0,50	31,70
			Łącznie	7,50	1 041,50
Podsumowanie	Rbg.		Stawka		Kwota
Części zamienne					1 172,77
Koszty dodatkowe					5,00
Material lakierniczy [100,00 %]					1 041,50
Blacharz	5,70		90,00		459,00
Mechanik	1,20		90,00		108,00
Lakiernik	7,50		90,00		675,00
Prace dodatkowe	0,50		90,00		45,00
Mat.drobne i dodatkowe [2%]					23,46
					Koszt naprawy łącznie (netto) 3 529,73
					VAT (Material) 23,0% 515,83
					VAT (Robocizna) 23,0% 296,01
					Koszt naprawy łącznie (brutto) 4 341,57

Koszt naprawy słownie: cztery tysiące trzysta czterdzieści jeden zł, groszy 57/100

Zestawienie części wykorzystanych w rozliczeniu kosztorysowym

Ident/ETNR	Opis części	Dostawca	Kwota
B253390-0-TUV-R2A	PT Okładzina zderzaka	BHMD	95,68 M
3201078X	Q Listwa ozdobna boczna zd.	POLCAR	9,07 M
32012710	Q Krata wlotu powietrza	POLCAR	35,71 M
TYC 20-6347-05-2	PJ Reflektor z kierunkowskazem kpl.	INTER CARS	191,02 M
1744364	O Osłona chłodnicy	FORD	176,00
3134015021	PJ Kpl. listw ozdobnych osłony chłodnicy	AUTO-ELEMENTS	101,00 M
1132682	O Emblemat	FORD	93,80
3134013035	P Blacha zamka (zawiasu)	AUTO-ELEMENTS	190,00 M
1072784	O Tunel wentylatora, góra	FORD	49,65
KTT110006	PJ Klimatyzacja - kondensator	INTER CARS	230,84 M

EurotaxGlass's nie gwarantuje prawidłowego zamówienia części w oparciu o zamieszczone w programie numery katalogowe.

Rodzaj materiału lakierniczego
200 2-warstwowy

Dodatkowe objaśnienia

F - pozycje niekatalogowe
M - część zamienna z modułu MONEX

Kosztorys kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, w którym uwzględniono ceny części alternatywnych, jednakże nie została zastosowana amortyzacja na części oryginalne producenta pojazdu, nie dokonano potrącenia materiału lakierniczego, zaś stawka za roboczogodzinę została określona w wysokości 90,00 zł netto.

Notatka

Kalkulacje do weryfikacji należy wysłać na adres:
Jednostka skanująca - indeksująca
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
lub na adres email: centrum.pomocy@uniqa.pl

Załącznik 5. Opracowanie Stowarzyszenia Rzeczoznawców Samochodowych EKSPERTMOT Oddział w Szczecinie „Stawki za usługi w zakresie napraw powypadkowych samochodów na terenie dawnego województwa szczecińskiego”

Stawki za usługi w zakresie napraw powypadkowych samochodów na terenie dawnego województwa szczecińskiego.

Rok 2013

W II kwartale 2013 r. przeprowadziliśmy kolejne badania cen pracochłonności stosowanych przez zakłady specjalizujące się w naprawach pojazdów samochodowych, w tym zwłaszcza naprawach powypadkowych. Tym razem badaniami objęliśmy (poza zakładami naprawiającymi samochody osobowe i ciężarowe) również firmy dokonujące napraw motocykli. Nadto w przypadku samochodów osobowych, stawki stosowane w zakładach pozaserwisowych ustalone zostały odrębnie dla zakładów z terenu Szczecina i Polite oraz funkcjonujących na pozostałym obszarze regionu. Ustalone średnie stawki jednostkowe za naprawę (netto bez podatku VAT) wynoszą odpowiednio:

I. Samochody osobowe:

- w zakładach serwisowych (ASO):

- prace mechaniczne: 1 rbg = 148,42 zł.
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe): 1 rbg = 141,05 zł.
- prace lakiernicze: 1 rbg = 143,94 zł.

- w zakładach pozaserwisowych (nieautoryzowanych) o wysokim standardzie usprzętowania technicznego - region Szczecin i Polite:

- prace mechaniczne: 1 rbg = 120,71 zł.
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe): 1 rbg = 122,14 zł.
- prace lakiernicze: 1 rbg = 127,86 zł.

- w zakładach pozaserwisowych (nieautoryzowanych) o wysokim standardzie usprzętowania technicznego - region poza Szczecinem i Policami:

- prace mechaniczne: 1 rbg = 108,84 zł.
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe): 1 rbg = 110,42 zł.
- prace lakiernicze: 1 rbg = 115,83 zł.

II. Samochody ciężarowe:

- w zakładach serwisowych (ASO):

- prace mechaniczne: 1 rbg = 152,50 zł.
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe): 1 rbg = 152,50 zł.
- prace lakiernicze: 1 rbg = 152,50 zł.

III. Motocykle:

- w zakładach serwisowych (ASO):

- prace mechaniczne: 1 rbg = 132,50 zł.
- prace blacharskie i mechaniczne (naprawy powypadkowe): 1 rbg = 132,50 zł.
- prace lakiernicze: 1 rbg = 146,27 zł.

Załącznik 6. Tabela stawek za roboczogodziny przekazana przez Compensa TU S.A. VIG w odpowiedzi na interwencję podjętą przez Rzecznika Ubezpieczonych

*tabela stawkowa
str. 6.*

246	Sopot	49	49	78	88
247	Sosnowiec	53	53	80	80
248	Stalowa Wola	41	49	75	75
249	Starachowice	53	53	65	80
250	Stargard Szczeciński	41	49	80	80
251	Starogard Gdański	41	41	70	70
252	Staszów	41	41	60	70
253	Strzelce Krajeńskie	41	41	50	70
254	Strzelce Opolskie	41	41	65	65
255	Strzelin	41	49	65	80
256	Strzyżów	41	49	55	65
257	Sucha Beskidzka	49	49	65	65
258	Sulejówek	61	61	85	85
259	Sulęcín	41	41	50	70
260	Suwałki	41	41	70	80
261	Szamotuły	41	49	60	70
262	Szczecin	41	49	80	90
263	Szczecinek	41	41	55	65
264	Szczytno	41	41	50	55
265	Sztum	41	41	50	60
266	Szydłowiec	45	45	75	75
267	Środa Śląska	41	49	65	80
268	Środa Wielkopolska	41	49	60	70
269	Świdnica	41	49	65	80
270	Świdnik	49	49	80	80
271	Świdwin	41	41	60	70
272	Świebodzin	41	41	70	70
273	Świecie	41	41	50	60
274	Świętochłowice	53	53	80	80
275	Świnoujście	41	49	65	75
276	Tarnobrzeg	41	41	75	75
277	Tarnowskie Góry	53	53	80	80
278	Tarnów	49	49	60	75
279	Tczew	41	41	75	85
280	Tomaszów Lubelski	41	41	60	60
281	Tomaszów Mazowiecki	45	45	70	70
282	Toruń	41	41	65	70
283	Trzebica	41	49	65	80
284	Tuchola	41	41	45	60
285	Turek	41	41	50	50
286	Tychy	53	53	80	80
287	Ustrzyki Dolne	41	49	55	65
288	Wadowice	49	49	70	70
289	Wałbrzych	41	49	65	80
290	Wałcz	41	41	50	60
291	Warszawa	61	61	85	85
292	Wąbrzeźno	41	41	60	65
293	Wejherowo	41	41	78	88
294	Węgorzewo	41	41	60	60
295	Węgrów	41	45	70	70