

RAPORT NA TEMAT
OCHRONY PRAW KONSUMENTÓW
NA RYNKU UBEZPIECZEŃ
KOMUNIKACYJNYCH

WARSZAWA, LIPIEC 2004



URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW



Spis treści

SPIS TREŚCI	3
WPROWADZENIE.....	4
I. OCHRONA PRAW UBEZPIECZONYCH W ŚWIEŁE OBOWIAZUJĄCYCH PRZEPISÓW PRAWA POLSKIEGO (ANALIZA RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH).....	5
II. TEMATYKA SKARG KONSUMENCKICH W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH	10
III. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH (OC) – ANALIZA UOKiK.....	11
1. CHARAKTERYSTYKA UMOWY UBEZPIECZENIA TYPU OC.....	11
2. PROBLEMATYKA UMOWY OC – ANALIZA RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH.....	13
IV. UBEZPIECZENIE AUTOCASCO POJAZDÓW LĄDOWYCH (AC)	18
1. CHARAKTERYSTYKA UMOWY UBEZPIECZENIA TYPU AUTOCASCO (MATERIAŁ KNUiFE)	18
2. ANALIZA WARUNKÓW UMÓW UBEZPIECZENIA AUTOCASCO (MATERIAŁ UOKiK).....	27
V. UBEZPIECZENIE TYPU ASSISTANCE	46
VI. SĄDOWNICTWO POLUBOWNE W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ.....	47
VII. WYNIKI BADAŃ OPINII PUBLICZNEJ NA TEMAT UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH	50
NOTA METODOLOGICZNA	50
GŁÓWNE WYNIKI BADANIA	50
VIII. PODSUMOWANIE	57



WPROWADZENIE

Niniejszy raport został przygotowany we współpracy UOKiK, KNUiFE oraz Rzecznika Ubezpieczonych. Każda z tych instytucji w wyznaczonym przez prawo zakresie zajmuje się ochroną praw słabszej strony stosunku ubezpieczeniowego. Stosownie do powyższego:

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów dokonał analizy ogólnych warunków umów ubezpieczenia Autocasco pod kątem występowania niedozwolonych postanowień umownych,

Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych przedstawiła kompleksową informację na temat rynku ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce, z uwzględnieniem najczęściej zgłaszanych problemów przez konsumentów,

Rzecznik Ubezpieczonych jako organ powołany do rozpatrywania indywidualnych skarg z zakresu umów ubezpieczenia, przedstawił tematykę i statystykę skarg konsumenckich.

Dodatkowo do raportu załączono *Badania opinii publicznej na temat ubezpieczeń komunikacyjnych* przeprowadzone przez CBOS na zlecenie UOKiK.

W niniejszym Raporcie dokonano oceny pozycji konsumenta na rynku ubezpieczeniowym w dwóch aspektach:

- **teoretycznym** (ochrona praw ubezpieczonego w prawie polskim),
- **praktycznym** (ocena rzeczywistej pozycji ubezpieczonego na rynku na podstawie analizy warunków umów, tematyki skarg konsumenckich, najczęściej występujących problemów w ubezpieczeniach komunikacyjnych).



I. OCHRONA PRAW UBEZPIECZONYCH W ŚWIELE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW PRAWA POLSKIEGO (ANALIZA RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH)

Dnia 1 stycznia 2004 r. wszedł w życie pakiet ustaw ubezpieczeniowych, który zawiera wiele prokonsumenckich rozwiązań. Regulacje takie odnajdziemy w:

- ustawie o działalności ubezpieczeniowej,
- ustawie-kodeks cywilny,
- ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych,
- ustawie o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych,
- ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Wielość regulacji prawnych w zakresie ubezpieczeń może powodować uzasadnione problemy z kompleksowym zapoznaniem się z całością regulacji. Warto więc wskazać te elementy nowego prawa ubezpieczeń, które przynoszą najbardziej korzystne dla konsumentów regulacje:

1. W ustawie o działalności ubezpieczeniowej:

1. Rozszerzenie Kodeksu cywilnego; Tytuł XXVII. Umowa ubezpieczenia o przepisy będące konsekwencją przemian rynku ubezpieczeniowego wywołanych zmianami ustrojowo-gospodarczymi po 1989 roku, w tym szczególnie odnoszących się do prokonsumenckich ustaleń np. objęcie statusem konsumenta wszystkich osób będących stroną umowy ubezpieczenia, nadanie ramowego kształtu ogólnym warunkom umowy ubezpieczenia, odrębne zdefiniowanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej itd.

2. Uporządkowanie systemu pozyskiwania danych, poprzez ustanowienie procedury postępowania odszkodowawczego prowadzonego przez zakład ubezpieczeń w związku ze zgłoszoną szkodą, w tym zaznaczenie ciążącego na nim obowiązku udostępniania ubezpieczającym i ubezpieczonym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i wysokość odszkodowania.



3. Kierując się poprawą bezpieczeństwa ruchu drogowego, wprowadzono obowiązek informacyjny odnośnie do przeprowadzenia dodatkowego badania technicznego o którym mowa w art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

4. Rozwiązano sporną dotychczas kwestię wglądu w akta szkodowe poprzez:

- a) nałożenie obowiązku udostępniania informacji i materiałów będących w posiadaniu: sądów, prokuratury, Policji, innych organów i instytucji, gdy z wnioskiem o udostępnienie takich danych wystąpi zakład ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Rzecznik Ubezpieczonych – jeżeli dane te są niezbędne do ustalenia okoliczności wypadku i wysokości należnego odszkodowania,
- b) zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do udostępnienia informacji związanych z wypadkiem na wniosek ubezpieczonego, uposażonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, uprawnionego do odszkodowania, osoby poszkodowanej.

2. W ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych:

1. Wprowadzono obowiązek przedstawiania organowi nadzoru przez zakład ubezpieczeń informacji o taryfach składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe (ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, ubezpieczenie OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych) oraz podstawach ich ustalania; informacje takie powinny zawierać m.in. analizę szkodowości oraz kosztów obsługi ubezpieczenia uzasadniającą wprowadzenie zmiany w taryfie. Z punktu widzenia ochrony interesów ubezpieczonych jest to o tyle interesująca regulacja, iż organ nadzoru będzie miał możliwość obserwować zmiany w taryfach oraz powody ich wprowadzania.

2. Doprecyzowano kwestie związane z terminem wypłaty odszkodowania oraz obowiązków informacyjnych związanych z ustaleniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokością odszkodowania.

3. Objęto ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów na terytorium państw Unii Europejskiej oraz Chorwacji, Szwajcarii i Islandii (połączonych umową dotyczącą zaspokajania roszczeń wynikających z międzynarodowego ruchu pojazdów). Jest to bardzo ważnym i korzystnym dla posiadaczy pojazdów nowym rozwiązaniem wynikającym z tzw. komunikacyjnych dyrektyw Parlamentu Europejskiego.

4. Wprowadzono korzystniejsze dla ubezpieczonych przepisy dotyczące rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku nabycia pojazdu, ubezpieczonego przez poprzedniego posiadacza;



odstąpiono od dotychczas obowiązującej zasady, iż umowa obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, w sytuacji nabycia pojazdu mechanicznego, rozwiązuje się po upływie 30 dni od dnia jego nabycia. Wprowadzone rozwiązanie jest lepsze dla posiadaczy pojazdów, gdyż dotychczasowa umowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, przy czym pozostawiono możliwość jej wcześniejszego wypowiedzenia przez nabywcę pojazdu.

5. Zrezygnowano z regulacji, która wyklucza odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za szkody nie przekraczające łącznie 50% najniższego wynagrodzenia pracowników, ustalonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej; jest to korzystniejsze dla poszkodowanych, którzy mieli trudności z dochodzeniem odszkodowania za ww. szkody od ich sprawców.

6. Wprowadzono nowe rozwiązania dotyczące opłaty za niespełnienie ustawowego obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia; korzystniejsze dla ubezpieczonych są dwie kwestie:

- a) gradacja wysokości opłat powiązana z okresem opóźnienia spełnienia obowiązku ubezpieczenia (im krótsza zwłoka tym mniejsza kara),
- b) określenie stałej wysokości tej opłaty jako równowartości w złotych sumy wyrażonej w walucie euro.

7. Wprowadzone zostały unormowania dotyczące utworzenia ośrodka informacji o umowach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Funkcję tę będzie pełnił Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

3. W ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym:

1. Został usunięty zapis dotyczący zakazu wykonywania działalności agencyjnej na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń. Uzgodnione rozwiązanie wydaje się dla konsumentów słuszne, szczególnie patrząc na nie pod kątem poprawy konkurencyjności na ciągle kształtującym się rynku, jak również z czasem jakości obsługi klientów.

2. Wprowadzono zastrzeżenia w stosunku do dotychczasowych wymagań odnośnie do agentów – w szczególności takie jak: brak karalności za oznaczone rodzaje przestępstw, rękojmia należytego wykonywania swoich czynności, minimalne wykształcenia, obowiązek szkolenia w kształcie określonym przez Ministra Finansów zakończonego egzaminem, którego zakres i tryb także ustala MF. Bez wątpienia regulacje takie przyczyniają się do podwyższenia jakości usług w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego.

3. Wprowadzono rejestry agentów ubezpieczeniowych – do tej pory nie było zcentralizowanego rejestru agentów. Rejestr będzie stanowił źródło informacji dla zainteresowanych podmiotów odnośnie do czynnych umów danego agenta, zakresu jego umocowania oraz jego rzetelności.



Rozwiązanie takie jest zadowalające z uwagi na możliwość po stronie konsumenta oceny pośrednika z którego usług ubezpieczeniowych się korzysta.

4. W ustawie o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych:

1. Rzecznik Ubezpieczonych został upoważniony do *stwarzania możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw, oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów*. Ww. przepis oznacza możliwość stworzenia sądu polubownego przy RU, czego dotychczas polskie prawo nie przewidywało. Wobec obłożenia sądów powszechnych ogromem spraw i przedłużającymi się procesami z zakresu ubezpieczeń instytucja sądów polubownych na pewno będzie pomocna w usprawnieniu (przyspieszeniu) oraz ujednoliceniu likwidacji szkód i związanej z nią wypłaty odszkodowania. Taka regulacja może niewątpliwie zmniejszyć także koszty związane z dochodzeniem odszkodowania przez konsumentów.

2. Upoważniono Rzecznika do występowania do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie. Przyznanie tej prerogatywy Rzecznikowi stworzy w przyszłości możliwość występowania w kwestyjnych zagadnieniach typu sprawach stworzy jednolitość i przejrzystość w stosowaniu prawa, co w efekcie doprowadzi do klarownej sytuacji konsumenta. Tego rodzaju uchwała będzie miała także wyjątkowy walor dla praktyki likwidacyjnej stosowanej przez zakłady ubezpieczeń.

3. Na podmioty, które otrzymają wniosek od Rzecznika nałożono obowiązek niezwłocznego, (nie później niż 30 dniowego od otrzymania zapytania) udzielenia informacji o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku – jest to regulacja porządkująca, której przyjęcie gwarantuje przyspieszenie działania RU a tym samym procesu odwoławczego skarżącego konsumenta.

Oczywiście nie jest to zamknięty katalog prokonsumenckich zapisów, a jedynie wskazanie tych spośród nich, które zasługują na szczególną uwagę. **Warto również podkreślić, iż cała nowa regulacja nacechowana jest zapisami mającymi na celu wzmocnienie pozycji najsłabszego ogniwa rynku jakim, jest konsument usługi ubezpieczeniowej.**

Należy zaznaczyć, że pakiet nowych ustaw ubezpieczeniowych dostosowuje polskie prawo do wymogów unijnych w zakresie prawa ubezpieczeń i ochrony konsumenta na tym rynku. W zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego obejmuje regulacje zawarte w czterech Dyrektywach Komunikacyjnych:

- I. Dyrektywie Komunikacyjnej z 1972 r. 72/166/EEC
- II. Dyrektywie Komunikacyjnej z 1983 r. 84/5/EEC



-
- III. Dyrektywie Komunikacyjnej z 1990 r. 90/232/EEC
 - IV. Dyrektywie Komunikacyjnej z 2000 r. 2000/26/EC

Ponadto, trwają ostatnie prace poprzedzające ostateczne przyjęcie kolejnej, V. Dyrektywy Komunikacyjnej.



II. TEMATYKA SKARG KONSUMENCKICH W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH

Na podstawie skarg docierających do Rzecznika Ubezpieczonych, KNUiFE oraz UOKiK, można wskazać, że klienci zakładów ubezpieczeń najczęściej skarżą się na:

- całkowitą odmowę uznania roszczeń o odszkodowanie,
- odmowę uznania części roszczenia,
- opieszale prowadzenie postępowań odszkodowawczych, co prowadzi do nieterminowego zaspokajania roszczeń,
- niedostateczne informowanie o dokumentach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą,
- brak wyczerpujących uzasadnień dla przyjmowanych stanowisk, zarówno gdy dotyczą odmowy przyjęcia odpowiedzialności, jak i wysokości ustalonego odszkodowania,
- nieprzyjazny konsumentowi sposób prowadzenia postępowania odszkodowawczego, polegający na utrudnianiu lub odmowie prawa do zapoznania się z dokumentami będącymi podstawą ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń oraz wysokości należnego odszkodowania,
- pracę agentów ubezpieczeniowych,
- sposób kształtowania taryf składek dla ubezpieczeń obowiązkowych, jak i dobrowolnych.



III. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH (OC) – ANALIZA UOKIK

1. Charakterystyka umowy ubezpieczenia typu OC

Przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 124, poz. 1152) nakładają na posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia. Stosunek odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu, pomimo posiadania charakteru obowiązkowego, powstaje na podstawie umowy z zakładem ubezpieczeń. Należy podkreślić, iż w myśl przepisów wspomnianej ustawy, zakład nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego.

Treść zawieranej umowy oc nie zależy od woli stron, a de facto od woli zakładu ubezpieczeń, bowiem zasady zawierania i wykonywania umów obowiązkowego ubezpieczenia określa ustawa z 22 maja 2003 r. Ubezpieczyciel jedynie ustala taryfy oraz wysokość składek ubezpieczeniowych. Konkurencja między zakładami ubezpieczeń przejawia się zatem w różnicowaniu składek, a nie jak np. przy ubezpieczeniach autocasco, w bardziej lub mniej korzystnych ogólnych warunkach umowy ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia

Posiadacz samochodu jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC:

- najpóźniej w dniu rejestracji pojazdu mechanicznego,
- przed przekroczeniem granicy, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym wprowadzanym do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie posiada ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- przed wprowadzeniem do ruchu pojazdu, które nie został zarejestrowany,
- przed wprowadzeniem do ruchu pojazdu zarejestrowanego za granicą, niedopuszczonego do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Zgodnie z przepisami ustawy, umowa ubezpieczenia oc zawierana jest zwykle na okres 12 miesięcy. Jeżeli składka została opłacona terminowo, umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne 12 miesięcy pod warunkiem, że posiadacz pojazdu nie wypowie jej najpóźniej 1 dzień przed upływem tych 12 miesięcy, na które umowa została zawarta. Należy podkreślić, iż w przypadku opłacania składki ubezpieczeniowej w ratach, niezapłacenie przez ubezpieczonego raty składki w terminie oznaczonym przez zakład ubezpieczeń nie powoduje ustania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

W sytuacji zbycia pojazdu mechanicznego, którego posiadacz zawarł umowę ubezpieczenia OC, na nabywcę pojazdu przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z tej umowy. Umowa ubezpieczenia OC ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta. Nabywca jednakże ma możliwość wypowiedzenia umowy w ciągu 30 dni od daty zakupu pojazdu.

Składka ubezpieczeniowa

Składka ubezpieczeniowa jest ustalana według taryfy, opracowanej przez zakład ubezpieczeń. Przy ustalaniu składki ubezpieczeniowej uwzględnia się zniżki lub zwwyżki zależnie od dotychczasowego bezszkodowego lub szkodowego przebiegu ubezpieczenia.

Wypłata odszkodowania przez zakład ubezpieczeń

Termin wypłaty należnego odszkodowania został określony w ustawie. Zgodnie z przepisami ustawy, zakład ubezpieczeń ma obowiązek wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Istnieją jednak sytuacje, gdy wyjaśnienie w tym terminie wszystkich okoliczności sprawy jest niemożliwe. Wówczas w myśl przepisów – odszkodowanie powinno być wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym „przy zachowaniu należytej staranności” wyjaśnienie tych okoliczności stało się 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).

Jednakże wypłacenie bezspornej części odszkodowania powinno nastąpić w terminie 30 dni.

Jeżeli zakład ubezpieczeń nie może wypłacić odszkodowania w ciągu 30 dni, musi zawiadomić na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego.

Ustawa nakłada na zakład ubezpieczeń obowiązek udostępnienia poszkodowanemu lub uprawnionemu informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności



zakładu ubezpieczeń i wysokości odszkodowania. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń przekazanych informacji bądź umożliwienia wykonania i potwierdzenia przez ubezpieczyciela kopii udostępnionych dokumentów, przy czym koszty dokonania wymienionych czynności obciążają osobę, która ich żąda.

2. Problematyka umowy OC – analiza Rzecznika Ubezpieczonych

Patrząc przez pryzmat pierwszych miesięcy obowiązywania nowego prawa w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego można wskazać pierwsze problematyczne dla konsumentów zagadnienia w zakresie ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Trzeba zaznaczyć, że nowa regulacja – przede wszystkim z uwagi na swą skalę – nie była w stanie ustrzec się pewnych nieścisłości, a nawet błędów. Być może dalsze stosowanie przepisów ujawni kolejne dyskusyjne zapisy. Jednakże obiektywnie oceniając zaistniały stan trzeba pamiętać, że jest to zjawisko naturalne, a pojawiające się problemy rozwiązuje się przez przyjmowanie jednolitej wykładni dla praktyki albo poprzez nowelizację aktów prawnych.

Pierwszym przykładem takiej nowelizacji był przepis nakładający na uczestników kolizji drogowych obowiązek niezwłocznego powiadamiania Policji o zdarzeniu. Media także poświęcały temu zagadnieniu znaczną uwagę. W zbiegu ze śnieżną pogodą, brakiem wystarczającej ilości wyposażenia po stronie policji, regulacja ta okazała się wyjątkowo niefortunna. Niespełna po miesiącu jej obowiązywania przepis ten został zmieniony w ten sposób, że powrócono do rozwiązań stosowanych w poprzednim porządku prawnym, tj. nałożono obowiązek powiadomienia policji tylko o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo.

Szereg praktycznych problemów wywołały również przepisy dotyczące zasad rozliczania składek z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, za niewykorzystany okres ubezpieczenia, w przypadku sprzedaży pojazdu. Analizując tę problematykę warto zwrócić uwagę, iż w obecnej regulacji, inaczej niż uprzednio, przyjęto zasadę ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, co w praktyce oznacza możliwość korzystania przez nabywcę z umowy OC zbywcy do końca okresu ubezpieczenia na który zawarta została umowa. Wraz ze sprzedażą pojazdu, zbywca ma obowiązek przekazania nabywcy dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (zwykle będzie to polisa). Na zbywcy ciąży również obowiązek powiadomienia zakładu ubezpieczeń w terminie 30 dni o fakcie zbycia pojazdu i o danych osobowych nabywcy (art. 32 ust.1 w/w ustawy). Jeżeli nabywca korzysta z polisy OC zbywcy, zakład ubezpieczeń będzie się rozliczał z nim, a nie ze zbywcą. Rozliczenie wygląda w ten sposób, że zakład ubezpieczeń dokonuje ponownej kalkulacji składki (rekalkulacji) analizując związane z nabywcą ryzyko ubezpieczeniowe tj. czynniki wpływające na wysokość składki (tzn. dotychczasowy przebieg ubezpieczenia, wiek, płeć, marka i kolor pojazdu, okres posiadania prawa jazdy i inne). Jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe jest większe niż w przypadku zbywcy zakład ubezpieczeń wystąpi do nabywcy o dopłatę składki. Przepisy przewidują także możliwość innego scenariusza, w którym



nabywca nie będzie chciał korzystać z umowy ubezpieczenia zbywcy. Jeżeli nabywca nie chce korzystać z polisy zbywcy ma taką możliwość poprzez wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, ale w ściśle oznaczonym terminie – 30 dni od zawarcia umowy sprzedaży pojazdu. Gdy nabywca wypowie umowę ubezpieczenia zakład rozlicza się ze zbywcą zwracając mu składkę za niewykorzystany okres. Trzeba także pamiętać, iż zwrot składki przysługuje tylko w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie wypłacił lub nie jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania za szkody objęte tą polisą. Wskazany powyżej termin 30 dniowy jest terminem, w którym nabywca bez względu na dokonanie wypowiedzenia posiada ochronę ubezpieczeniową. Warto także w tym miejscu przypomnieć, iż pod rządami uprzednio obowiązujących przepisów maksymalnym okresem, przez który nabywca mógł korzystać z polisy OC zbywcy pojazdu było 30 dni od dnia zakupu i to pod warunkiem, iż w tym czasie nie zaktualizowano rejestracji pojazdu. Był to zapis ze wszech miar krytykowany, szczególnie za skutki, jakie powodował, gdy nabywca sugerując się okresem ważności polisy OC, korzystał z niej dłużej niż przez 30 dni.

Przekładając nowe rozwiązania na masowy obrót pojazdami należy pamiętać, iż sprzedając samochód wraz z ważną polisą, zbywca umożliwia nabywcy korzystanie z jego polisy. Zbywca za niewykorzystany okres nie otrzyma zwrotu składki od zakładu ubezpieczeń. Aby nie stracił w tej sytuacji kwoty niewykorzystanej składki zbywca może to uwzględnić w trakcie rokowań, doliczając jej wartość do ceny pojazdu. Natomiast, gdy nabywca stwierdzi, że dotychczasową umowę ubezpieczenia wypowie, zbywca może spodziewać się zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia od zakładu ubezpieczeń. Jednakże trzeba mieć na uwadze i to, że nabywca może deklarować w trakcie rokowań związanych z kupnem pojazdu wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, a w praktyce tego nie zrealizować. Prawo w tym zakresie zapewnia mu pełną swobodę wyboru sposobu postępowania w ciągu 30 dni od chwili nabycia pojazdu. W takim wypadku, celem zabezpieczenia własnego interesu, zbywca winien w umowie sprzedaży pojazdu zamieszczać klauzulę, która zobowiązuje nabywcę w przypadku nie wypowiedzenia umowy, do zwrotu określonej kwoty, której wysokość odpowiada części składki za niewykorzystany przez zbywcę okres ubezpieczenia. W przypadku sporu z tytułu rozliczenia składki tego typu klauzula umowna powinna znacznie ułatwić skuteczne dochodzenie należnej zbywcy kwoty.

Innym przykładem problematycznego stosowania przepisu jest regulacja zobowiązująca posiadacza pojazdu mechanicznego – w którym została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia autocasco lub odpowiedzialności cywilnej, na kwotę przekraczającą 2 000 zł – do poinformowania zakładu ubezpieczeń o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego. W tym miejscu trzeba przypomnieć, iż tekst ten pojawił się nagle w końcowym etapie prac parlamentarnych, przy czym stanowił on alternatywę innego kontrowersyjnego i wielokrotnie dyskutowanego zapisu, uzależniającego wypłatę pełnego odszkodowania od naprawy w warsztacie będącym płatnikiem VATu. Tak skonstruowanemu przepisowi, co było podczas prac legislacyjnych podnoszone przez Rzecznika Ubezpieczonych, groziłoby zaskarżenie do Trybunału Konstytucyjnego, gdyż godził zarówno w zasadę równości podmiotów gospodarczych, jak też był sprzeczny z bezwzględną zasadą wyboru przez



poszkodowanego sposobu naprawienia szkody. Wobec licznych wątpliwości, na jego tle niemal bez dyskusyjnie przyjęto zapis w innym kształcie – zobowiązujący do przeprowadzenia dodatkowych badań technicznych. Prawdopodobnie intencją tego przepisu miała być odczuwalna poprawa bezpieczeństwa ruchu na drogach. Niestety, pomimo pozornych walorów niniejszego przepisu nie spełnił on swoich założeń co najmniej z dwóch względów. Po pierwsze, obowiązek przeprowadzenia badania technicznego nie dotyczy wszystkich napraw, a jedynie naprawy powyżej pewnej kwoty. Po drugie uszkodzenia powyżej kwoty 2000 zł nie zawsze muszą wpływać na bezpieczeństwo ruchu. Dlatego też, w opinii Rzecznika, należałoby przepis zrekonstruować w ten sposób, aby zobowiązywał on do dodatkowych badań technicznych tylko w przypadkach poważnych uszkodzeń pojazdów tj. takich, które mają wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego, a nie wiązać go z określoną na poziomie 2000 zł wartością naprawy. Po drugie, zakres zobowiązania do dodatkowych badań nie powinien wiązać się z faktem wypłaty odszkodowania, a z faktem jakiegokolwiek uszkodzenia pojazdu mającego wpływ na bezpieczeństwo, gdyż nie każda naprawa związana jest ze świadczeniem odszkodowawczym z ubezpieczenia AC, czy OC. Na marginesie zasadniczych rozważań słusznym również byłoby uzupełnienie przepisu o sankcję, jakie groziłaby ubezpieczonemu za jego niewykonanie w związku z toczącym się postępowaniem odszkodowawczym, gdyż w aktualnym brzmieniu ma on wyłącznie znaczenie dla postępowań prowadzonych przez organy administracji uprawnione do rejestracji pojazdów.

W niniejszym opracowaniu wspomnieć należy również problematykę ubezpieczenia OC poza granicami RP, która wywołała szereg problemów praktycznych. Od 1 maja 2004 r. wszystkie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z mocy prawa rozszerzają zakres ochrony ubezpieczeniowej na terytoria Austrii, Belgii, Chorwacji, Cypru, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Lichtensteinu, Litwy, Luksemburga, Łotwy, Malty, Niemiec, Norwegii, Polski, Portugalii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch. Wyjeżdżający do tych krajów nie będą musieli okazywać jakichkolwiek dodatkowych dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia OC. Natomiast na terytoriach Albanii, Andory, Białorusi, Bośni i Hercegowiny, Bułgarii, Iranu, Izraela, Macedonii, Maroka, Mołdawii, Rumuni, Serbii i Czarnogóry, Tunezji, Turcji i Ukrainy nadal będzie trzeba legitymować się dokumentem Zielonej Karty. Problematicznym, w ocenie Rzecznika pozostaje jednakże kwestia ujednolicenia, bądź wzbogacenia treści druków ubezpieczeniowych tak, aby nie rodziły one jakichkolwiek wątpliwości po stronie służb innych krajów. Co prawda istnieje, niekwestionowane domniemanie, że pojazd z polską rejestracją jest ubezpieczony w zakresie OC, tym nie mniej po stronie Policji i innych porządkowych służb mogą pojawić się wątpliwości w tym zakresie, szczególnie podczas pokolizyjnych kontroli. Miejmy nadzieję, że będzie to zjawisko marginalne, z którym polskie służby dyplomatyczne będą sobie na bieżąco radziły.

Kolejnym poważnym i problematycznym zagadnieniem stała się kwestia automatycznego odnawiania umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów w przypadku sprzedaży pojazdu w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Analizując wskazaną problematykę pamiętać trzeba, iż celem ustawodawcy było zapewnienie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w każdym przypadku na kolejny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia. Ubezpieczenie OC



posiadaczy pojazdów mechanicznych jest przykładem ubezpieczenia o charakterze gwarancyjnym, którego zasadniczym celem jest rekompensata szkód poniesionych przez osoby trzecie tj. spoza stosunku ubezpieczenia. Klauzula automatyzmu jest podkreśleniem gwarancyjnego charakteru tego ubezpieczenia, co również przemawia za tym, iż winna ona dotyczyć wszystkich przypadków. Przyjęcie odmiennego stanowiska wprowadza dualizm rozwiązań, co w opinii RU źle służy konsumentom usług ubezpieczeniowych. Ponadto ustawodawca w przepisie art. 28 ust. 2 enumeratywnie wymienił okoliczności, w których automatyczne zawarcie następnej umowy nie następuje. Przepis art. 31 ust. 1 stanowi, iż w razie zbycia pojazdu na jego nabywcę przechodzą prawa i obowiązki zbywcy wynikające z tej umowy. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że nabywca wypowie ją przed upływem 30 dni od dnia nabycia pojazdu mechanicznego. Na mocy tego przepisu nabywca z mocy prawa przejmuje prawa i obowiązki zbywcy m.in. określone w art. 28 ust. 1 ustawy. Fakt ów oznacza, że jeżeli nie później niż na jeden dzień przed upływem 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy z zastrzeżeniem wyjątków określonych w kolejnym ustępie. W odczuciu RU wykładnia przepisów nie mogła opierać się wyłącznie na literalnym brzmieniu przepisu art. 29 ust. 1 pkt. 8, według którego posiadacz pojazdu jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC najpóźniej w dniu rozwiązania się dotychczasowej umowy w przypadkach określonych w art. 31 ust. 1 i 4 i na tej podstawie budować twierdzenia, iż umów ubezpieczenia, w okresie których nastąpiło zbycie pojazdu a nabywca korzysta z polisy zbywcy, nie obejmuje dyspozycja art. 28 ust. 1 przewidująca automatyzm zawarcia następnej umowy. Przeciwno przyjętej powyżej interpretacji przemawia również treść generalnej regulacji przepisu art. 33 w stosunku do art. 28 ust. 1. Ustawodawca wyraźnie bowiem mówi, iż umowa ubezpieczenia OC ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, a niezależnie od tego regulacja art. 28 ust. 1 zachowuje pełną aktualność. Automatyzm w zawieraniu następnych umów jest instytucją nadrzędną, której celem jest objęcie ochroną ubezpieczeniową na dalszy 12 miesięczny okres. Ponadto argumentem za przyjęciem stanowiska prezentowanego przez Rzecznika jest zasada równości obywateli wobec prawa określona w art. 32 Konstytucji, który wprowadza zasadę równości wobec prawa stanowiąc równocześnie, że nikt nie może być dyskryminowany w życiu gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. Zdaniem RU przyjęcie takiej interpretacji może stanowić pewnego rodzaju dyskryminację gdyż prowadzi ona do sytuacji, w której z mocy ustawy na rzecz jednego z ubezpieczonych zawierana jest kolejna umowa ubezpieczenia, a na rzecz innego do takiego zawarcia nie dochodzi. Jest to zależne wyłącznie od faktu zbycia pojazdu w okresie ubezpieczenia gdyż gdyby do niego nie doszło posiadacz pojazdu korzystałby z dobrodziejstw zawarcia następnej umowy ubezpieczenia art. 28 ust.1.

Podobne wątpliwości wzbudziła interpretacja przepisu art. 38 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, stanowiącego, iż zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; zgodnie z przytoczonym przepisem zakład ubezpieczeń nie odpowiada również w sytuacji, w której



posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona.

W opinii Rzecznika Ubezpieczonych dyspozycja wyżej wymienionego artykułu nie obejmuje swym zakresem sytuacji, w której szkoda została wyrządzona w pojeździe, którego właścicielem jest bank bądź leasingodawca, zaś posiadaczem kredytobiorca lub leasingobiorca. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych należy rozróżnić właściciela pojazdu czyli podmiot, na który został samochód przewłaszczony od posiadacza pojazdu. Rozróżnienie powyższe wynika z przepisów kodeksu cywilnego, toteż powinno mieć również zastosowanie przy wykładni art. 38 pkt. 1 ustawy. Beneficjant zabezpieczenia wierzytelności wydaje rzecz do używania klientowi (posiadaczowi), co oznacza, że nie sprawując faktycznego władztwa nad rzeczą nie spełnia przesłanek materialnoprawnych określonych w art. 336 kc (*posiadaczem rzeczy jest zarówno ten, kto nią faktycznie włada jak właściciel (posiadacz samoistny), jak i ten, kto nią faktycznie włada jak użytkownik, zastawnik, najemca, dzierżawca lub mający inne prawo, z którym łączy się określone władztwo nad cudzą rzeczą (posiadacz zależny)*). Dodatkowym argumentem na poparcie tej tezy jest fakt, że racjonalny ustawodawca posługuje się pojęciami prawnymi w ściśle określonym celu. Tym samym nieuzasadniona jest wykładnia art. 38 pkt. 1 rozszerzająca wyłączenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej podmiotów, które posiadając faktycznie pojazd nie są jego właścicielami. Potwierdzeniem powyższej tezy jest treść art. 31 ust. 4, w którym ustawodawca wyraźnie rozróżnia pojęcie „właściciela” i „posiadacza” pojazdu. Konkludując to zagadnienie, gdyby ustawodawca miał zamiar wyłączyć ochronę ubezpieczeniową w razie wyrządzenia szkody przez osobę, która przewłaszczyła pojazd jako zabezpieczenie kredytu w pojeździe innej osoby mającej kredyt w tym samym banku wyraźnie wskazałby ów fakt w dyspozycji stosownego przepisu. Interpretacja taka wynika również z istoty obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, bowiem odmowa ochrony ubezpieczeniowej jedynie w oparciu o okoliczność, że podmioty „łączy” wspólny dla nich bank, w którym zaciągnęły kredyt jest sprzeczna z podstawową zasadą ubezpieczeń obowiązkowych, jaką jest zapewnienie możliwie szerokiej ochrony osobie poszkodowanej. Należy zwrócić uwagę, iż przepis określający powyższą sytuację funkcjonuje w niezmiennym brzmieniu od 1 stycznia 1991 r., w którym to weszło w życie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 1990 w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (§ 4 pkt. 1) i do chwili wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2004 r. pakietu ustaw ubezpieczeniowych nie budziło rozbieżności interpretacyjnych. W tym miejscu wskazać trzeba również zapis art. 436 kc. zdanie drugie, które definiuje odpowiedzialność posiadacza samoistnego i zależnego za szkody wyrządzone w związku z ruchem pojazdów. **W sytuacji pojawiających się rozbieżności w wykładni przedmiotowego przepisu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Rzecznik Ubezpieczonych, na podstawie art. 28 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych wystąpił w niniejszej sprawie do Sądu Najwyższego z wnioskiem o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie tych wątpliwości.**



IV. UBEZPIECZENIE AUTOCASCO POJAZDÓW LĄDOWYCH (AC)

1. Charakterystyka umowy ubezpieczenia typu Autocasco (materiał KNUiFE)

Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia AC objęty jest pojazd wraz z jego wyposażeniem (podstawowy przedmiot ubezpieczenia).

Definicje "pojazdu" co do zasady ograniczają klasę desygnatów do pojazdów lądowych, nazywanych także samochodami osobowymi bądź osobowo-ciężarowymi, wyposażonych w silnik napędzany własnym źródłem energii, podlegających, w myśl prawa o ruchu drogowym, rejestracji; często przez "pojazdy" rozumie się także trolejbusy, tramwaje, a także inne pojazdy bez własnego napędu (naczepy, przyczepy). Ogólne warunki ubezpieczenia niejednokrotnie dookreślają, że "samochód osobowy" to taki, który posiada nadwozie samochodu innego niż ciężarowy. Niektóre ogólne warunki dopuszczają ubezpieczenie pojazdów zarejestrowanych zagranicą, jednak wyłącznie w ograniczeniu do szkód powstałych na terytorium RP. Znajdowane są także i takie zapisy, które wyłączają przyjęcie do ubezpieczenia pojazdy, których okres eksploatacji przekracza daną liczbę lat (np. 10, 15), chyba że pojazd taki był już wcześniej ubezpieczony w danym zakładzie ubezpieczeń.

Przez "wyposażenie pojazdu", zwane inaczej "wyposażeniem podstawowym", zgodnie rozumie się urządzenia służące do utrzymania i używania pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem, a także służące bezpieczeństwu jazdy oraz zabezpieczeniu przed kradzieżą.

Przedmiot ubezpieczenia może zostać rozszerzony o "wyposażenie dodatkowe", będące katalogiem urządzeń i osprzętu, który nie jest standardowo montowany przez producenta, a złączony z pojazdem w sposób trwały (dodatkowy przedmiot ubezpieczenia). W szczególności przez "wyposażenie dodatkowe" rozumie się sprzęt łączności radiowej i telefonicznej, sprzęt audiowizualny, bagażniki, taksometry.



Zakres ubezpieczenia

Konstrukcja produktów ubezpieczeniowych AC zakłada rozdział ochrony ubezpieczeniowej na ochronę ubezpieczeniową udzielaną w zakresie podstawowym (odpowiedzialność w zakresie podstawowym) oraz ochronę ubezpieczeniową udzielaną w zakresie dodatkowym (odpowiedzialność w zakresie dodatkowym). Oba te zakresy dają ochronę ubezpieczeniową udzielaną w zakresie pełnym (odpowiedzialność w zakresie pełnym).

Zakres podstawowy ochrony ubezpieczeniowej obejmuje zazwyczaj uszkodzenie, zniszczenie lub utratę podstawowego przedmiotu ubezpieczenia, przy czym czasami dokonuje się rozróżnienia przyczyn powodujących uszkodzenie bądź uszkodzenie lub utratę.

Za standardowe przyjmuje się następujące przyczyny wystąpienia stanu, rodzącego powstanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie podstawowym:

- działanie siły mechanicznej w odniesieniu do zetknięcia się (zderzenia się) pojazdu z innym pojazdem, osobami, przedmiotami, zwierzętami,
- powódź, zatopienie, huragan lub działania innych sił przyrody,
- działanie osób trzecich, przez co należy rozumieć także włamanie,
- pożar, wybuch,
- działania czynnika termicznego lub chemicznego.

Za oddzielną przyczynę powodującą powstanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie podstawowym wyróżnia się uszkodzenie podstawowego przedmiotu ochrony w związku z przewozem osoby, której ma być udzielona pomoc medyczna.

Zakres dodatkowy ochrony ubezpieczeniowej obejmuje zazwyczaj przyczynę określaną pojęciem zbiorczym „kradzież”, podając jej rozumienie w definicji umownej albo wyjaśniając jej znaczenia przez odniesienie wprost do czynów karalnych, noszących znamiona określone w art. 278 KK (kradzież), art. 279 KK (kradzież z włamaniem), art. 280 KK (rozbój). Do zakresu pojęcia „kradzież” nie zalicza się czynu rozumianego jako „przywłaszczenie” (art. 289 KK). Rozszerzenie ubezpieczenia na zakres dodatkowy uwarunkowane jest posiadaniem stosownych zabezpieczeń antykradzieżowych, których ilość oraz jakość uzależniona została od typu i wartości przedmiotu ubezpieczenia. Czasami o.w.u. wykluczają zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie dodatkowym dla pojazdów starszych niż określona liczba lat (10).

Zakres terytorialny działania ubezpieczenia, co do zasady, obejmuje obszar Europy oraz państwa basenu Morza Śródziemnego. Jest on jednak różnicowany według podziału na podstawowy i dodatkowy zakres odpowiedzialności; w szczególności z zakresu terytorialnego



działania ubezpieczenia w zakresie dodatkowym zostały, co do zasady, wyłączone państwa powstałe po rozpadzie Związku Radzieckiego.

Ogólne warunki ubezpieczenia przewidują także możliwość rozszerzenia zakresu odpowiedzialności za szkody powstałe podczas jazd wyścigowych, treningowych, użycia pojazdu jako rekwizytu, kierowania pojazdem przeznaczonym do nauki, pojazdów wynajmowanych w ramach działalności gospodarczej.

W analizowanych o.w.u. pojawiła się opcja rozszerzenie zakresu ochrony o “użycie pojazdu zastępczego” na czas niemożności korzystania z dotychczasowego na skutek zdarzeń powodujących szkodę w ramach podstawowego oraz dodatkowego zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

Zakłady ubezpieczeń ograniczają zakres ochrony ubezpieczeniowej przez stosowanie szeregu wyłączeń odpowiedzialności. Generalnie wyłączenia odpowiedzialności można podzielić na takie, które dotyczą:

- 1) właściwości kierowcy (wynikają z jego nagannego zachowania) i obejmują szkody:
 - a) spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa,
 - b) powstałe podczas kierowania w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu alkoholu lub innych podobnych środków,
 - c) wyrządzone przez osobę bez wymaganych dokumentów uprawniających do kierowania pojazdem, w tym bez świadectwa kwalifikacji,
 - d) w przypadku ucieczki z miejsca wypadku,
 - e) podczas używania pojazdu jako narzędzia przestępstwa,
- 2) właściwości przedmiotu ubezpieczenia i obejmują szkody:
 - a) wynikające z eksploatacji, w tym zużycia ogumienia,
 - b) wynikłe z wad fabrycznych,
 - c) wynikłe z używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem,



- d) podczas kierowania pojazdem nie zarejestrowanym lub bez ważnego badania technicznego,
- e) w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na polski obszar celny,
- f) w pojeździe stanowiącym własność innej osoby,

3) szkód o charakterze katastroficznym:

- a) spowodowane działaniami wojennymi,
- b) spowodowane energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym,

4) wynikające z istoty ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia:

- a) powstałe przed rozpoczęciem odpowiedzialności,
- b) powstałe w innych okolicznościach niż określone w zgłoszeniu szkody.

Specyficznie zostały ukształtowane wyłączenia w dodatkowym zakresie odpowiedzialności. Zakład ubezpieczeń wyłączy swoją odpowiedzialność, jeżeli kierujący pojazdem nie zachował lub w sposób rażący naruszył zasady ostrożności, w szczególności, gdy:

- wyszedł z pojazdu pozostawiając kluczyki (sterowniki) służące do otwarcia lub uruchomienia pojazdu,
- po opuszczeniu pojazdu nie dokonał należytego zabezpieczenia dokumentów pojazdu, kluczyków (sterowników),
- nie dokonał należytego zabezpieczenia pojazdu przez uruchomienie wszystkich urządzeń zabezpieczających.

W ramach podstawowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosowane są następujące ograniczenia odpowiedzialności:

- fakultatywna franszyza redukcyjna (*tj. możliwy udział własny w szkodzie*) we wszystkich szkodach, w odniesieniu do wysokości sumy ubezpieczenia (5%, 10%, 15%, 20%),
- fakultatywna franszyza redukcyjna w stosunku do wszystkich pojazdów starszych niż 4 lata (5%, 10%),
- fakultatywna franszyza integralna (10%, 20%, 30%, 40%), *tj. wysokość szkody, do której zakład ubezpieczeń nie wypłaca odszkodowania; w przypadku, gdy wysokość szkody przekroczy ustaloną w umowie franszyzę integralną, odszkodowanie wypłacane jest w pełnej wysokości*



- fakultatywny albo obligatoryjny udział własny w wysokości uzależnionej od wieku posiadacza pojazdu, właściciela, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu (10%, 15%, 20%),
- obligatoryjny udział własny w przypadku przekroczenia prędkości o co najmniej 30 km/h (25%, 30%) albo niezależnie od stopnia przekroczenia (20%), a także w innych przypadkach nie zachowania należytej ostrożności (naruszenie zakazu wyprzedzania, przekroczenia podwójnej linii ciągłej, nie zastosowania się do znaku "Stop" lub "Zakaz wjazdu", wymuszenie pierwszeństwa, rozmawiania przez telefon bez zestawu głośno-mówiącego),
- fakultatywny udział własny w przypadku pierwszej, drugiej, trzeciej i następnej szkody w danym okresie ubezpieczenia (odpowiednio 5% nie mniej niż 300 zł, 10% nie mniej niż 500 zł, 30% nie mniej niż 1000 zł),
- obligatoryjny udział własny ujęty wariantowo, jako sztywna kwota (700 zł, 1000 zł, 2000 zł),
- dodatkowy, obligatoryjny udział własny, w odniesieniu do danej kategorii osób kierujących pojazdem (np. inne osoby niż: kobiety powyżej 25 lat, małżonkowie w wieku powyżej 25 lat).

W ramach dodatkowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosowane są następujące ograniczenia odpowiedzialności:

- fakultatywny udział własny w szkodach polegających na kradzieży pojazdu z miejsca niestrzeżonego, przez procentowe odniesienie do wysokości poniesionej szkody (10%) albo wysokości sumy ubezpieczenia (15%, 20%), czasami z ograniczeniem tylko do pojazdów o okresie eksploatacyjnym nie dłuższym niż określony (5 lat),
- obligatoryjny udział własny w przypadku kradzieży pojazdu w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (10% za każdą kradzież w ciągu 3 lat poprzedzających), podobne rozwiązanie może zostać wprowadzone przez zakład ubezpieczeń w postaci obowiązkowego udziału własnego w odniesieniu do pojazdów o wartości przekraczającej określoną kwotę (100 tys. zł),
- obligatoryjny udział własny przy drugiej (20%) i każdej następnej (50%) szkodzie w zakresie części pojazdu lub jego wyposażenia w ciągu 12 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia,
- fakultatywny udział własny przy każdej szkodzie (15%),
- fakultatywny udział własny w wysokości uzależnionej od wieku posiadacza pojazdu, właściciela, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu (10%, 15%).

Zakłady ubezpieczeń nie wypłacają odszkodowania za szkody małe (franszyza integralna), określane procentowo w stosunku do minimalnego wynagrodzenia (50%) lub sumy



ubezpieczenia (1%) z górnym ograniczeniem kwotowym (150 EURO, 300 zł, 400 zł) lub z ograniczeniami widełkowymi (nie mniej niż 200 zł i nie więcej niż 700 zł); ograniczenie to dotyczy zakresu podstawowego z wyłączeniem szkód powstałych w związku z przewozem osoby, której ma być udzielona pomoc medyczna oraz zakresu dodatkowego ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia uważana jest za zawartą z chwilą doręczenia dokumentu polisy ubezpieczeniowej. Rozwiązanie takie jest powszechne, podobnie jak długość trwania umowy ubezpieczenia, która wynosi 12 miesięcy.

Ogólne warunki dopuszczają jednak zawarcie umowy ubezpieczenia na krótszy okres czasu (umowy krótkoterminowe), jednak z wyłączeniem możliwości zawarcia takiej umowy wyłącznie w dodatkowym zakresie odpowiedzialności, a także umów ubezpieczenia na okres dłuższy niż 12 miesięczny (umowy długoterminowe), o ile umowa ubezpieczenia związana jest z kredytem zakupu przedmiotu ubezpieczenia.

Początek i koniec odpowiedzialności

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się zasadniczo następnego dnia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej raty. Jako moment odniesienia wskazuje się także datę, a nawet datę i godzinę określoną w polisie ubezpieczeniowej. Stosowane jest także i takie rozwiązanie, które dopuszcza zawarcie umowy ubezpieczenia z 14 dniową prolongatą zapłaceniu składki ubezpieczeniowej.

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wygasa standardowo w wyniku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek upływu terminu końcowego, wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą, nie zapłaceniu raty składki ubezpieczeniowej, przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia, odstąpienia od umowy. Jako przyczynę rozwiązania umowy ubezpieczenia wymieniane jest także wypowiedzenie umowy w konsekwencji wypłacenia odszkodowania na skutek zajścia szkody częściowej.

W myśl postanowień niektórych o.w.u., zapłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej umożliwia jej przywrócenie, o ile przerwa ta nie trwała dłużej niż 7 dni, a ponowne oględziny przedmiotu ubezpieczenia nie stwierdziły istotnych – ze względu na kalkulację składki – zmian w stanie technicznym. Spotykany jest także termin 30 dniowy bez restrykcji określonych powyżej, w trakcie którego ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu.



Niektóre o.w.u., w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki jest ona zawierana, przewidują potrącenie „kosztów manipulacyjnych” w kwocie określonego procentu zwracanej kwoty składki ubezpieczeniowej (10%, 15%, 20%).

Suma ubezpieczenia

Sumę ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia AC stanowi wartość pojazdu. W celu jej ustalenia, przyjmuje się wartość rynkową pojazdu albo wartość pojazdu fabrycznie nowego. Takie określenie sumy ubezpieczenia implikuje, że nie jest ona wartością stałą (z zastrzeżeniem uwag w punkcie poniżej), i co do zasady ulega obniżeniu wraz z obniżeniem wartości przedmiotu ubezpieczenia.

Niektóre o.w.u. przewidują, że w stosunku do pojazdów fabrycznie nowych, wartość tych pojazdów określona przez cenę wyszczególnioną w fakturze zakupu będzie niezmienna przez dany okres czasu (np. 2 lub 6 miesięcy od dnia wystawienia faktury) pomimo fizycznego użytkowania pojazdu. Okres powyższy może ulec przedłużeniu do 12 miesięcy w zamian za opłatę dodatkowej składki. Czasami zastrzega się warunek, że przebieg pojazdu nie przekroczy w tym czasie 10 tys. km, pojazd nie ulegnie uszkodzeniu, nie dojdzie do zmiany właściciela, nie nastąpi obniżenie ceny fabrycznie nowego pojazdu o tych samych parametrach technicznych.

Suma ubezpieczenia pomniejszana jest o kwotę każdorazowo wypłaconego odszkodowania; zmniejszenie to zazwyczaj nie dotyczy szkód polegających na uszkodzeniu podstawowego przedmiotu ochrony w związku z przewozem osoby, której ma być udzielona pomoc medyczna. Umniejszenie sumy ubezpieczenia może zostać wyłączone za zapłatą dodatkowej składki albo ograniczone do szkód nie przekraczających pewnej wysokości, np. 40% (doubezpieczenie).

Do wysokości sumy ubezpieczenia nie są wliczane także koszty dodatkowe, związane z zabezpieczeniem uszkodzonego pojazdu, działań podjętych w celu zapobieżenia zwiększenia się szkody, holowania lub transportu uszkodzonego pojazdu. Ogólne warunki ograniczają łączną wysokość kosztów dodatkowych (10% sumy ubezpieczenia, także z ograniczeniem kwotowym), jak i stosują restrykcje dotyczące zakresu odpowiedzialności w ramach poszczególnych elementów składowych.



Składka ubezpieczeniowa

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest w oparciu o wartość przedmiotu ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i nie ulega zmianie pomimo zmian wartości przedmiotu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Przy wyliczaniu wysokości należnej składki ubezpieczeniowej powszechnie stosowany jest system honorujący obniżenie (podwyższenie) składki standardowej w zależności od długości kontynuacji ubezpieczenia, przerw pomiędzy ubezpieczeniem oraz bezszkodowości ubezpieczenia (system "bonus-malus"). W ramach systemu podwyżki i obniżki składki, zakłady ubezpieczeń dopuszczają objęcie korzyściami wynikającymi dla osoby fizycznej zawierającej umowę ubezpieczenia, jeżeli umowa ta zawierana jest na rzecz osoby prawnej, będącej właścicielem pojazdu.

Postępowanie w razie szkody

Ogólne warunki ubezpieczenia raczej zgodnie wymieniają obowiązki ciążące na właścicielu pojazdu bądź osobie uprawnionej do korzystania lub rozporządzania pojazdem w przypadku wystąpienia szkody. Naczelnym obowiązkiem przejmowanym przez o.w.u. z postanowień kodeksu cywilnego (art. 826 § 1. KC) jest zapobieżenie zwiększaniu się szkody. Kolejne obowiązki mają na celu zabezpieczenie – w miarę możliwości – przedmiotu ubezpieczenia w takim stanie, w jakim znalazł się on bezpośrednio po wyrządzeniu szkody (dotyczy to zwłaszcza zakazu dokonywania napraw bez dokonania uprzednich oględzin) oraz powiadomienie zakładu ubezpieczenia o jej wystąpieniu, a w przypadku kolizji zebranie jak najwięcej informacji o osobach biorących w niej udział. Jeżeli okoliczności wystąpienia szkody nasuwają przypuszczenie popełnienia przestępstwa, właściciel pojazdu bądź osoba uprawniona do korzystania lub rozporządzania pojazdem obowiązana jest ponadto zawiadomić policję.

W przypadku utraty dokumentów pojazdu, kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia pojazdu lub urządzeń zabezpieczających go przed kradzieżą, właściciel pojazdu bądź osoba uprawniona do korzystania lub rozporządzania pojazdem obowiązana jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie zakład ubezpieczeń. Niedochowanie tego obowiązku powodować może odmowę wypłaty odszkodowania w przypadku, gdy zdarzy się szkoda z dodatkowego zakresu odpowiedzialności.

Ustalenie odszkodowania

Przy określaniu sposobu likwidacji szkody, zakłady ubezpieczeń posługują się trzema metodami:



1) metodą kosztorysową w wariantach:

- a) „wycena”, w której rozmiar szkody ustalany jest przez zakład ubezpieczeń w oparciu o systemy Audatex lub Eurotax, zarówno co do norm czasowych naprawy, roboczogodziny, wartości części zamiennych pomniejszonych jednak o wartość amortyzacji.
- b) „warsztat”, w której rozmiar szkody ustalany jest przez zakład ubezpieczeń w oparciu o uzgodnienie z punktem dokonującym naprawy; zarówno normy czasowe oraz wartość części zamiennych określane są na podstawie systemów Audatex lub Eurotax.
- c) metodą weryfikacji przedkładanych rachunków za naprawę, przy czym weryfikacja następuje w oparciu o systemy Audatex lub Eurotax, zarówno co do norm czasowych naprawy, roboczogodziny, wartości części zamiennych.
- d) przez zawarcie ugody.

Nieliczne zakłady ubezpieczeń w ogólnych warunkach ubezpieczenia AC stosują dwa warianty ubezpieczenia:

- ubezpieczenie wartości odtworzeniowej, uwzględniającej stopień amortyzacji przedmiotu ubezpieczenia,
- ubezpieczenie wartości nowej, bez uwzględnienia stopnia amortyzacji poszczególnych części składowych; indywidualne zużycie uwzględniane jest w zakresie ogumienia, akumulatora, elementów ciernych układu hamulcowego i układu sprzęgła, elementów układu wydechowego.

Szkoda całkowita definiowana jest jako takie uszkodzenie pojazdu, że koszty jego naprawy przekraczają 70% (niekiedy 65%) wartości pojazdu. W przypadku szkody całkowitej odszkodowanie ustalane jest jako wartość pojazdu pomniejszona o wartość pozostałości. Pozostałe szkody, za wyjątkiem tzw. kosztów dodatkowych, to szkody częściowe.

Odszkodowanie w przypadku szkody z dodatkowego zakresu odpowiedzialności ustalane jest w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu z dnia jego ustalenia.

Zużycie eksploatacyjne (amortyzacyjne) określane jest w skali roku na poziomie 5% za każdy rok powyżej jednego roku eksploatacji (1% za każdy miesiąc), lecz nie więcej niż 50% (60%).

Konstrukcja produktu ubezpieczeniowego – podsumowanie

Stosowane przez zakłady ubezpieczeń ogólne warunki ubezpieczenia AC charakteryzuje coraz większa elastyczność produktowa. Ubezpieczenie zbudowane jest na zasadzie opcji wyboru,



dając ubezpieczającemu możliwość modyfikacji standardowych rozwiązań w zakresie przedmiotu ubezpieczenia (możliwość ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego), zakresu ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenie na wypadek kradzieży), zakresu terytorialnego działania ubezpieczenia (możliwość rozciągnięcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej o kraje cechujące się wysoką szkodowością), czy ubezpieczenia pojazdu na wypadek wystąpienia szkody w związku ze specyficzną lub niebezpieczną aktywnością kierującego (rajdy, jazdy próbne).

W ramach swobodnego kształtowania wysokości składki ubezpieczeniowej, zakłady ubezpieczeń powszechnie stosują z jednej strony system franszyzy redukcyjnej, umniejszając tym samym wysokość odszkodowania o określony przez strony umowy ubezpieczenia procent, z drugiej natomiast pozwalają na zniesienie udziału własnego ubezpieczającego w wysokości szkody.

Spośród rozwiązań pro konsumenckich istotna jest także możliwość wyboru metody, w oparciu o którą będzie ustalana wysokość odszkodowania ("wycena", "warsztat") oraz określenia przez ubezpieczającego, czy w razie szkody częściowej ubezpieczenie dotyczyć będzie wartości odtworzeniowej, czy wartości nowej – to ostatnie rozwiązanie należy jednak do rzadkości. Za dodatkową składkę ubezpieczający może dokonać uzupełnienia sumy ubezpieczenia o kwotę każdorazowo wypłacanego odszkodowania (doubezpieczenie).

Zabiegając o klienta, zakłady ubezpieczeń oferują ponadto rozłożenie składki ubezpieczeniowej na miesięczne raty, jak i stosują prolongatę opłacania składki bez zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej. W ramach zachęcania do wyboru oferty ubezpieczeniowej danego zakładu ubezpieczeń, ogólne warunki ubezpieczenia umożliwiają wliczenie do czasu bezszkodowej jazdy ubezpieczanego pojazdu służbowego, bonusu przysługującego w ramach prywatnego użytkowania innych samochodów. Spotykane są także rozwiązania pomagające ubezpieczającemu zagospodarować przez zakład ubezpieczeń pozostałości w przypadku zajścia szkody o charakterze szkody całkowitej.

Powszechnym stał się także pakiet pomocowy w przypadku zajścia zdarzenia powodującego powstanie szkody (assistance), dotyczący korzystania z samochodu zastępczego, czy dodatkowego zakresu holowania.

2. Analiza warunków umów ubezpieczenia Autocasco (materiał UOKiK)

Na podstawie obowiązującego stanu prawnego badania prawidłowości wzorców umów usług ubezpieczeniowych można dokonać na podstawie:

- przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a konkretnie tych przepisów, które dotyczą elementów, jakie obligatoryjnie powinny znaleźć się w umowie ubezpieczenia oraz



obowiązków informacyjnych i związanych z dostarczeniem umowy przez zakład ubezpieczeń

- przepisów kodeksu cywilnego regulujących umowę ubezpieczenia (art. 805 i n.) oraz niedozwolone postanowienia umowne (art. 385¹ i n.)

Umowa ubezpieczenia Autocasco jest przykładem **kontraktu adhezyjnego**, gdzie jedna strona – przedsiębiorca narzuca drugiej warunki. Rola konsumenta sprowadza się w tym wypadku do zaakceptowania przygotowanego już wzorca umowy. Zakład ubezpieczeń korzysta więc w praktyce z przywileju wolności kontraktowej. Ogólne warunki umowy, uchwalane przez właściwy organ zarządzający zakładem ubezpieczeń, są tworzone w sposób jednostronny, dając możliwość swobodnego kształtowania postanowień wzorca umowy, a przez to narzucania ubezpieczającym pewnych – nie zawsze korzystnych – rozwiązań. Przeciwdziałaniu takim praktykom mają właśnie służyć wskazane powyżej regulacje kodeksowe, które stwarzają możliwość prawnej kontroli wzorców umów.

Ogólne warunki przewidują możliwość negocjacji i wprowadzenia dodatkowych lub odmiennych od ustalonych w o.w.u. postanowień, jednak – jak pokazuje praktyka – są to sytuacje wyjątkowe. W przeważającej większości przypadków ubezpieczającego wiążą warunki umowy przedstawione do akceptacji przez zakład ubezpieczeń.

O ile ocena zgodności postanowień wzorca umowy z ustawą ubezpieczeniową należy do kompetencji KNUiFE, to Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów posiada kompetencje do kwestionowania i występowania z powództwem w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone, na podstawie przepisów KPC.

Warto podkreślić, że wiele przedstawionych poniżej kwestii budzi wątpliwości zarówno w literaturze przedmiotu, jaki i orzecznictwie. **Wyważenie z jednej strony interesów konsumentów, a z drugiej zakładów ubezpieczeń jest niezwykle trudne.** Zostanie to przedstawione poniżej w odniesieniu do konkretnych przypadków. Trzeba ponadto pamiętać, że przewidziane w kodeksie cywilnym postanowienia niedozwolone wskazane przykładowo w art. 385³ KC nie oddają specyfiki umów ubezpieczeniowych i dlatego instytucja niedozwolonych postanowień umownych nie może być w pełni tu wykorzystana. W praktyce ubezpieczeniowej, z różnym natężeniem, mogą występować postanowienia, które w k.c. określone zostały jako postanowienia niedozwolone. Najczęściej postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń należy rozpatrywać na podstawie klauzuli generalnej wyrażonej w art. 385¹ § 1 KC, czyli naruszenia dobrych obyczajów oraz rażącego naruszenia interesów konsumenta.

Urząd dokonał analizy ogólnych warunków umów ubezpieczeń komunikacyjnych stosowanych przez wybrane zakłady ubezpieczeń:

- 1) PZU S.A.,
- 2) TUiR Warta S.A.,



-
- 3) TU Uniqa S.A.,
 - 4) TU „Compensa” S.A.,
 - 5) TU „Allianz Polska” S.A.,
 - 6) TUiR „Cigna STU” S.A.,
 - 7) Link 4 TU S.A.,
 - 8) „Tryg” PTU S.A.,
 - 9) HDI „Samopomoc” TU S.A.

STU „Ergo Hestia” S.A., pomimo wezwania Urzędu, nie przesłało wzorca umowy.

Przedmiotem ww. kontroli było ustalenie, czy postanowienia wzorców umowy oferowane konsumentom naruszają ich praw jako słabszej strony kontraktów ubezpieczeniowych.

Zastrzeżenia z punktu widzenia ochrony interesów konsumentów – w tym przede wszystkim przepisów KC dotyczących wzorców umownych – budzą następujące zagadnienia uregulowane w umowach ubezpieczeniowych:

- 1) kwestia jasności (transparentności) wzorca umowy ubezpieczenia,
- 2) określenie wymogów w zakresie zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą,
- 3) zakres obowiązków konsumenta na wypadek wystąpienia szkody,
- 4) koszty manipulacyjne potrącane przy odstąpieniu od umowy przez ubezpieczonego,
- 5) uzależnienie wypłaty odszkodowania od zapłaty wszystkich rat składki ubezpieczeniowej,
- 6) kontynuowanie umowy ubezpieczenia po opóźnieniu w zapłacie wymagalnej raty składki,
- 7) uwzględnianie podatku VAT przy ustalaniu wysokości odszkodowania,
- 8) sposób ustalania sumy ubezpieczenia i wartości pojazdu,
- 9) nieudostępnianie zainteresowanym wglądu do dokumentacji dotyczącej ustalenia podstaw i wysokości wypłaty odszkodowania,
- 10) nieterminowość w wypłacie odszkodowania, w tym obowiązku wypłacenia tzw. sumy bezspornej,



- 11) określenie właściwości miejscowej sądu na wypadek sporu między stronami umowy ubezpieczenia,
- 12) wyłączenie z zakresu ubezpieczenia szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia.
- 13) stosowanie we wzorcu umownym przenoszącym prawo własności samochodu na zakład ubezpieczeń klauzuli uznającej wysokość odszkodowania przez konsumenta i zrzeczenia się dochodzenia jakichkolwiek roszczeń z tego tytułu.

1. Kwestia jasności (transparentności) wzorca umowy ubezpieczenia

Wzorce umowy Autocasco są sformułowane w sposób niejasny dla konsumentów. Język umów ubezpieczeniowych pozostaje nieczytelny dla osób niezorientowanych w specyfice tego typu kontraktów. Często trzeba dokonać wnikliwej analizy treści danego postanowienia i dodatkowo odwołać się jeszcze do innych zapisów. Tymczasem ustawodawca zobowiązuje zakłady ubezpieczeń do jednoznacznego i zrozumiałego formułowania wzorów umów. Oczywiście trzeba podkreślić, iż problematyka ubezpieczeń jest trudna sama w sobie. Jednak lektura wzorców umów wskazuje, że zamiast uprościć język umowy, zakłady ubezpieczeń nadmiernie go komplikują.

Zgodnie z art. 385 § 2 KC *wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały*. Wskazana zasada jasności (transparentności) podkreśla konieczność uczynienia przystępnym dla konsumenta języka, w jakim formułowane są ogólne warunki umowy, a więc również kontraktu ubezpieczenia. Co więcej, ustawa stwierdza, że *postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta*. W nowym prawie ubezpieczeniowym znajdziemy identyczne regulacje wyrażające zasadę transparentności wzorców umów ubezpieczeniowych.

Potwierdzenie tego stanowiska przynosi także judykatura. Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z dnia 28 lutego 1996 r. stwierdzając, że *ujemnie skutki opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń polegające na możliwości ich interpretacji powinny obciążać ubezpieczyciela jako profesjonalistę i autora tych warunków* (sygn. I Acr 37/96, OSA 1996/9/43). Podobnie wypowiedział się w wyroku z dnia 19 marca 2002 r. Sąd Najwyższy (IV CKN 885/2000) przyznając ubezpieczonemu prawo do odszkodowania na podstawie korzystnej dla konsumenta interpretacji niejasnych postanowień umowy.

Uwzględniając powyższe uwagi należy stwierdzić, że charakterystyka usług ubezpieczeniowych, specyficzna nomenklatura, jaką się posługują oraz matematyka ubezpieczeniowa związana z ustalaniem rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania, systemem taryf oraz zniżek nie sprzyja realizacji postulatów jasności i przejrzystości wzorca umowy. Pojawia się więc problem takiego sformułowania warunków umów ubezpieczenia, aby



z jednej strony pozostawały czytelne dla tzw. przeciętnego konsumenta, a z drugiej zachowały tam, gdzie to niezbędne, specjalistyczne nazewnictwo i rozwiązania, których nie można niczym zastąpić. Niestety nie jest to łatwe zadanie. Pomocne jest na pewno umieszczanie w warunkach umowy słownika pojęć, które przybliżają konsumentowi nazewnictwo ubezpieczeniowe i wprowadzają w tematykę przedmiotu. Stosują to wszystkie zbadane zakłady ubezpieczeniowe. Pozytywnie należy ocenić także tendencję do zastępowania wzorca umowy w postaci kilku stron zapisanych małym, mało czytelnym drukiem na wzorce umowne w formie „książeczki”, gdzie przy wykorzystaniu odpowiedniej czcionki konsument ma kompendium wiedzy na temat ubezpieczenia, którym jest zainteresowany. Jeszcze dalej posunęła się jedna z firm ubezpieczeniowych (TU **Link 4 S.A.**), która opatrzyła poszczególne postanowienia umowy komentarzami sformułowanymi przystępnie, w nie-prawniczym języku. Istniała obawa, że komentarze mogą zmodyfikować pierwotne brzmienie tekstu i tym samym wprowadzić konsumenta w błąd co do rzeczywistej treści postanowień. W takcie analizy wzorca umowy Urząd nie stwierdził ww. nieprawidłowości.

Przykładem na nieczytelność wzorca umowy jest praktyka dołączania do wzorca umowy kilku aneksów przewidujących zarówno merytoryczne jak i czysto techniczne zmiany (np. w numeracji przepisów). Czyni to umowę niezrozumiałą i trudną w odbiorze. Przykładowo, klient jednej z firm ubezpieczeniowych (TUiR **Warta S.A.**), by ustalić obowiązującą treść postanowienia umowy ubezpieczenia Autocasco powinien dodatkowo zapoznać się z aneksem, który w sposób zasadniczy modyfikuje pierwotne brzmienie postanowienia, a następnie z kolejnego aneksu dowiedzieć się o zmienionej numeracji omawianego artykułu. Konsument mając do czynienia z plikiem dokumentów tworzących umowę ma uzasadnioną trudność z kompleksową oceną warunków proponowanego ubezpieczenia.

Urząd już w ubiegłym roku zwracał ww. zakładowi ubezpieczeń uwagę na „nietransparentny” charakter wzorca. Obecnie wskazana firma ubezpieczeniowa uporządkowała postanowienia wzorca i dołącza do warunków umowy „tylko” jeden aneks. Nie zmienia to jednak faktu, że wzorzec umowy TU „Warta” pozostaje w swej treści bardzo trudny w odbiorze.

2. Określenie wymogów w zakresie zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą

Zakłady ubezpieczeń konsekwentnie odmawiają wypłaty odszkodowania w przypadku nie dostarczenia po kradzieży samochodu kompletu oryginalnych kluczyków czy dokumentów pojazdu. Tymczasem nie zawsze wina leży po stronie „niedbałego” ubezpieczającego. Zakłady ubezpieczeń zdają się jednak nie przyjmować takich argumentów. Problem ten jest przedmiotem burzliwych dyskusji już od kilku lat.

Powołane wyłączenie jest kontrowersyjne z kilku powodów. Przede wszystkim niedotrzymanie przez ubezpieczającego warunku przedłożenia towarzystwu wszystkich kompletów kluczyków, wynika niekiedy z faktu wcześniejszej kradzieży kluczyków (z mieszkania, szatni, kieszeni, torebki). W takim wypadku, zakład ubezpieczeń powinien ocenić, czy kluczyki do auta



były we właściwy sposób zabezpieczone przed kradzieżą. Kradzieże zdarzają się także w sytuacji właściwego i możliwego w danych warunkach zabezpieczenia. Stąd wniosek, że wskazane powyżej wyłączenie odpowiedzialności w każdym wypadku stwierdzenia kradzieży pojazdu z użyciem skradzionych kluczyków nie jest zasadne. Konstrukcja stosunku ubezpieczenia, która pozwala na wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w każdym przypadku niedostarczenia kluczyków pojazdu, czy jego dokumentów jest niezgodna z istotą ubezpieczenia Autocasco, w którym to ubezpieczeniu ryzyko kradzieży jest jednym z podstawowych zagrożeń, przed konsekwencjami których umowa ubezpieczenia ma chronić.

Pojęcie należytej staranności, które należy brać pod uwagę w omawianej sytuacji rozpatrywać z uwzględnieniem rodzaju stosunków pomiędzy stronami oraz okolicznościami miejsca i czasu zdarzenia. Należy więc kierować się zasadami wynikającymi z ogólnego doświadczenia, osiągnięć techniki i wiedzy, odnosząc je do staranności, sumienności i zapobiegliwości przyjętej powszechnie w danej kategorii stosunków jako tzw. obiektywny miernik staranności uwzględniający interes obu stron stosunku ubezpieczenia. Nie można więc uznawać automatycznie, że skoro kradzież nastąpiła to staranność była nienależyta. Takie założenie jest krzywdzące dla konsumenta.

Dyskusyjne wydaje się stosowanie przez niektóre zakłady ubezpieczeń wyłączenia odpowiedzialności w przypadku kradzieży pojazdu spowodowanej pozostawieniem w pojeździe kluczyków niezależnie od odległości na jaką oddalił się kierujący. Zatem powszechnie praktykowane pozostawianie uruchomionego samochodu przy otwieraniu bramy wjazdowej, czy garażu stanowić będzie podstawę wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń na wypadek kradzieży pojazdu.

Zastosowanie omawianej sankcji byłoby uzasadnione, gdyby naruszenie obowiązku zabezpieczenia dowodu rejestracyjnego, czy kluczyków było skutkiem winy kwalifikowanej, tj. umyślności albo rażącego niedbalstwa. Warunkiem zastosowania sankcji jest również istnienie związku przyczynowego pomiędzy nastąpieniem wypadku lub jego rozmiarami a zawinionym działaniem lub zaniechaniem ubezpieczającego. Ponadto tak rozumiane postanowienie jest dla niektórych konsumentów nieczytelne, gdyż rozumieją je jako obowiązek starannego przechowywania dokumentów pojazdu wtedy, gdy nie znajdują się w pojeździe, a nie jako zakaz pozostawiania dokumentów w samochodzie.

3. Zakres obowiązków konsumenta w przypadku wystąpienia szkody

W razie wystąpienia szkody ubezpieczony zostaje zobowiązany do spełnienia szeregu powinności. Mniej lub bardziej zasadnych, mniej lub bardziej precyzyjnie określonych. Zakłady ubezpieczeń w przypadku ich nie spełnienia przewidują odmowę wypłaty lub zmniejszenie kwoty odszkodowania. Kwestią tą zajął się niedawno Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i uznał za klauzulę abuzywną. Niespełnienie obowiązków przewidzianych przez zakład ubezpieczeń może wiązać się z ww. sankcją, tylko gdy ma istotny wpływ na ustalenie



odpowiedzialności lub zwiększenie rozmiarów szkody. Wykazanie takiego związku przyczynowego spoczywa na zakładzie ubezpieczeń.

Analiza wzorców umów Autocasco wykazała, że nie wszystkie zakłady ubezpieczeń zmieniły treść postanowień umownych w związku z ww. orzeczeniem sądowym.

W warunkach umowy ubezpieczenia znajdują się postanowienia nakładające na ubezpieczonego po wystąpieniu szkody szereg obowiązków – zgłoszeniowych, informacyjnych itp. Oprócz standardowych działań do jakich zobligowany jest konsument, pojawiają się również tak nieprecyzyjne określenia jak współpraca z ubezpieczycielem w celu podjęcia działań zmierzających do wykrycia sprawcy szkody, udostępnianie żądanych przez zakład ubezpieczeń informacji (bez określenia jakie mogą być) oraz obowiązek powiadomienia policji w przypadku *poważnej szkody w mieniu* bez definiowania tego pojęcia.

Warto również podkreślić, że ubezpieczyciel nakłada na konsumenta obowiązek dopełnienia czynności w określonych najczęściej godzinowo (np. 2, 12, 24 godzin na powiadomienie o szkodzie policji bądź zakładu ubezpieczeń) bądź dniowo terminach (np. 2, 3, 5, 7 dni, przy czym zależy to od rodzaju i miejsca szkody), czasami również w o.w.u. pojawia się określenie *niezwłocznie*, które nie jest zdefiniowane nawet w przepisach kodeksu cywilnego. Tabela przedstawiająca terminy powiadomienia o szkodzie wymagane przez poszczególne zakłady ubezpieczeń znajduje się w załączniku do niniejszego Raportu.

Niedopełnienie któregośkolwiek z obowiązków ze wskazanej listy powoduje możliwość zmniejszenia bądź też odmowy przyznania odszkodowania. Przykładowo nałożenie obowiązku zawiadomienia o kradzieży pojazdu (nie później niż w ciągu najbliższego dnia roboczego po dniu, w którym skradziono samochód, czy nawet w ciągu 2 godzin (!!!) po zdarzeniu w **T.U. Uniqa S.A.**), a kilkudniowego o każdej innej szkodzie, pozostaje w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującą regulacją określoną w art. 826 KC i nie może skutkować odmową odszkodowania. Takie postanowienie może mieć wyłącznie znaczenie dyscyplinujące, bowiem tylko rażąco niedbałe niedopełnienie przez ubezpieczającego obowiązku podjęcia działań pozwalających na zmniejszenie szkody, powstałej ze zdarzenia objętego ubezpieczeniem, uzasadniałoby odmowę lub zmniejszenie odszkodowania.

Z drugiej strony, wobec braku kodeksowej definicji pojęcia „rażące niedbalstwo”, pozostawienie zakładom ubezpieczeń oceny, czy w danej sytuacji doszło do rażącego zaniedbania ze strony ubezpieczającego, powoduje zbyt często skłonność zakładów ubezpieczeń do kwalifikowania zwykłego zaniedbania lub nieuwagi jako rażące niedbalstwo. Należy podkreślić, że postanowienie o.w.u. **PZU S.A.** uzależniające wypłatę odszkodowania od spełnienia ww. obowiązków zostało uznane przez sąd za klauzulę abuzywną i wpisane do rejestru postanowień wzorców umownych uznanych za niedozwolone. Kontrola wzorców umów wykazała, że identyczne w treści postanowienie co wpisana do rejestru klauzula abuzywna stosuje także **Warta, Samopomoc, Cigna STU**. Urząd zamierza wystąpić w tej sprawie do ww. zakładów ubezpieczeń.



4. Koszty manipulacyjne potrącane przy odstąpieniu od umowy przez ubezpieczonego

Zakłady ubezpieczeń ograniczają ustawowo zagwarantowaną możliwość odstąpienia od umowy ubezpieczenia poprzez ustanowienie wysokich kosztów manipulacyjnych.

Jak pokazuje praktyka, koszty świadczenia usług ubezpieczeniowych, a więc m.in. koszty manipulacyjne są w kalkulowane w kwotę należnej składki ubezpieczeniowej. Składki ubezpieczeniowe, które są wpłacane przez ubezpieczających na rzecz danego zakładu ubezpieczeń, tworzą fundusz ubezpieczeniowy stanowiący finansowe źródło ponoszenia przez ubezpieczyciela kosztów wypłaty różnych sum pieniężnych. Są to przede wszystkim wypłaty odszkodowań będące następstwem ponoszenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności gwarancyjnej. Z funduszu ubezpieczeniowego pokrywane są również koszty administracyjne, organizacyjne i marketingowe, koszty dotyczące prewencji ubezpieczeniowej, środki przeznaczone na tworzenie rezerwy, itp. W związku z tym, składka ubezpieczeniowa składa się z tzw. składki netto, która zostaje przeznaczona na wypłatę świadczeń związanych z zaistnieniem zdarzeń ubezpieczeniowych oraz z części przeznaczonej na pokrycie wcześniej wymienionych kosztów działalności ubezpieczyciela. Tak ustaloną składkę brutto zobowiązany jest zapłacić ubezpieczający.

Postanowienia o.w.u przewidują, że osoba fizyczna może wypowiedzieć umowę w okresie 30 dni, a osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Stanowi to powtórzenie uprawnienia zagwarantowanego w przepisach powszechnie obowiązującego prawa – ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawodawca przewidział także obowiązek zapłaty składki przez ubezpieczającego za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Zatem to intencją ustawodawcy, a nie zakładu ubezpieczeń, jest umożliwienie ubezpieczającemu w ustalonym, krótkim terminie, rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia. Uprawnienie konsumenta w kształcie przewidzianym przez ustawodawcę nie powinno być ograniczane, tymczasem ustanowienie kosztów manipulacyjnych pełni właśnie taką rolę. W większości przypadków zakłady ubezpieczeń zastrzegają potrącenie kosztów manipulacyjnych w wysokości 15–20% składki podlegającej zwrotowi (**20% – Warta, Tryg, Link4; 15% – Cigna, Samopomoc; 10% – PZU, Allianz; brak potrąceń – Compensa, Uniqa**). Zastrzeżenie potrącenia kosztów manipulacyjnych w takiej wysokości skutkuje w wielu przypadkach rezygnacją konsumenta z możliwości wypowiedzenia umowy.

Firmy ubezpieczeniowe kontrargumentują, iż muszą potrącać koszty związane z zawarciem umowy, oceną ryzyka, prowizją dla pośredników ubezpieczeniowych. Uwzględniając jednak fakt, że ochronę ubezpieczeniową świadczą zaledwie przez miesiąc, to 20% kosztów manipulacyjnych wydaje się być wygórowanym potrąceniem.



5. Uzależnienie wypłaty odszkodowania od zapłaty wszystkich rat składki ubezpieczeniowej

Zakłady ubezpieczeń proponują konsumentom rozłożenie na raty składki ubezpieczeniowej. W warunkach ubezpieczeń istnieje jednak postanowienie przewidujące konieczność zapłaty wszystkich rat składki w przypadku powstania szkody. Wymagalna staje się wówczas składka za cały okres trwania umowy ubezpieczenia, niezależnie do wysokości ustalonego odszkodowania. W ocenie Urzędu dla konsumentów korzystniejsza byłaby mniej restrykcyjna regulacja w tym zakresie.

Dopuszczając możliwość rozłożenia składki na raty, ubezpieczyciel powinien akceptować konsekwencje takiej regulacji, tym bardziej, że wraz z wypłatą odszkodowania umowa ubezpieczenia nie ustaje lecz trwa nadal. Zakład ubezpieczeń ma zatem możliwość uzyskania w kolejnych ratach pełnej składki ubezpieczeniowej będącej ekwiwalentem za świadczoną ochronę ubezpieczeniową. Kwestionowana regulacja byłaby zasadna np. w przypadku wyczerpania sumy ubezpieczenia na skutek planowanej wypłaty odszkodowania. Natomiast ustanowienie generalnej zasady w stosunku do wszelkich zdarzeń narusza prawa konsumenta i stoi w sprzeczności z dobrymi obyczajami. Przykładowo wypłacenie niewielkiego odszkodowania powoduje obowiązek uiszczenia składki w pełnej wysokości. Konsument, który przecież poniósł dotkliwą szkodę, zobowiązany zostaje do ponoszenia dodatkowych kosztów na rzecz ubezpieczyciela, czyli podmiotu zobligowanego do udzielenia pomocy (świadczenia) w przedmiotowej sytuacji. Stoi to w sprzeczności z celem umowy ubezpieczenia oraz przeczy instytucji rozłożenia na raty, która w swej istocie ma rozkładać w czasie ciężary finansowe nałożone na stronę umowy, a nie potęgować je w chwili najmniej korzystnej dla konsumenta.

Przykładowo jedna z firm ubezpieczeniowych wprowadziła obecnie w o.w.u. postanowienie przewidujące wymagalność wszystkich rat składki w sytuacjach kwalifikowanych (np. **TU Compensa S.A.** – *zmniejszenie wysokości odszkodowania o raty jeszcze nie zapłacone, a należne do końca okresu ubezpieczenia, następuje wyłącznie, gdy wysokość odszkodowania przekracza 50% składki za ubezpieczenie*).

6. Kontynuowanie umowy ubezpieczenia w przypadku opóźnienia w zapłacie wymagalnej raty składki

Warunki umowy przewidują wygaśnięcie umowy ubezpieczenia w przypadku niezapłacenia w terminie wymagalnej raty składki ubezpieczeniowej. W ocenie UOKiK właściwsza byłaby regulacja zwieszająca odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń i możliwość jej przywrócenia po zapłacie składki i przedstawieniu pojazdu do oględzin. Niektóre zakłady ubezpieczeń przyjęły już takie rozwiązanie.



Ogólne warunki ubezpieczenia przewidują, że umowa ubezpieczenia (a tym samym odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń) rozwiązuje się wraz z niezapłaceniem kolejnej raty składki w przypisanych terminie. Ubezpieczyciel w jednakowy więc sposób traktuje zarówno opóźnienia (niedotrzymanie terminu występuje na skutek okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności), jak i zwłokę konsumenta (postać kwalifikowana opóźnienia czyli gdy nieterminowość jest konsekwencją zawinionego działania dłużnika). Jeżeli więc uznać, że nawet najmniejsze opóźnienie – a więc niezawinione działanie ubezpieczonego – w zapłacie raty składki skutkuje wygaśnięciem stosunku prawnego ubezpieczenia i zakończeniem przez zakład ubezpieczeń świadczenia ochrony, naruszona jest niewątpliwie równość stron umowy. Równość, która w relacji konsument – przedsiębiorca ma fundamentalne znaczenie i dla której ochrony zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego przepisy dotyczące niedozwolonych postanowień umownych. Ponadto, przeczy to zasadzie trwałości umowy ubezpieczeniowej, która ze swej istoty jest stosunkiem prawnym trwałym, opartym na zasadzie ciągłości. Dla porównania warto wskazać, że w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych przewiduje się jedynie odsetki ustawowe w przypadku zwłoki w opłacaniu składki lub jej raty przez ubezpieczającego.

Zakłady ubezpieczeniowe argumentują, że omawiane postanowienie jest konsekwencją interpretacji art. 814 § 1 KC, gdzie stwierdza się że *odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki*. W ocenie Urzędu regulacja ta nie wyklucza możliwości wznowienia ochrony ubezpieczeniowej w ramach tej samej umowy po zapłaceniu zaległej składki oraz spełnieniu innych, dodatkowych formalności wymaganych przez firmę (np. przedstawienie samochodu do oględzin). Dawałoby to możliwość zachowania ciągłości umowy. Dotyczy to przypadków, gdy klient z przyczyn niezawinionych spóźnił się z wpłatą raty składki i później wyraża gotowość jej zapłaty.

Warto wskazać, że znaczna część zakładów ubezpieczeń przewiduje obecnie w o.w.u. możliwość kontynuowania ubezpieczenia w ramach tej samej umowy pod warunkiem uregulowania zaległej raty składki w dodatkowym terminie i przedstawienia pojazdu do oględzin – PZU S.A. – **brak terminu**, Warta S.A. (7 dni) , Allianz S.A. (30 dni), Tryg S.A. (30 dni). Takiej regulacji nie przyjęły – Samopomoc S.A., Cigna Stu S.A., Compensa S.A., Link 4, Uniqą S.A.

7. Uwzględnianie podatku VAT przy wypłacie odszkodowania

Zakłady ubezpieczeń nie zawsze uwzględniają podatek VAT przy wypłacie odszkodowania. Tymczasem orzecznictwo Sądu Najwyższego jest w tym zakresie jednoznaczne. Poszkodowany powinien otrzymać kwotę w pełni rekompensującą poniesioną szkodę.



Zakłady ubezpieczeń nie uwzględniają podatku VAT przy wypłacie odszkodowania po wystąpieniu szkody częściowej. Poszkodowany ma zwykle do wyboru dwa sposoby wypłaty odszkodowania. Pierwszy – „wycena” – sprowadza się do wypłaty gotówki na podstawie kalkulacji kosztów naprawy przez zakład ubezpieczeń, w oparciu o system Audatex lub Eurotax. Drugi – „warsztat” – po przedstawieniu oryginałów rachunków za dokonaną naprawę na podstawie uzgodnionych z zakładem ubezpieczeń kosztów i sposobu naprawy przez warsztat. W o.w.u. firm ubezpieczeniowych znajduje się postanowienie nieuwzględniające podatku VAT przy wypłacie odszkodowania. Dotyczy to przede wszystkim metody „wycena”, w mniejszym zakresie metody „warsztat”.

Tymczasem orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje na konieczność uwzględnienia podatku VAT występuje w każdym przypadku, gdy ubezpieczający nie jest płatnikiem podatku VAT, a więc nie jest uprawniony do pomniejszenia podatku należnego o naliczony przy rozliczaniu z urzędem skarbowym. Dotyczy to szerokiego kręgu konsumentów nie ubezpieczających samochodu w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Takie rozumowanie wynika z zasady pełnego odszkodowania wyrażonej w kodeksie cywilnym (art. 361, 362), która oznacza, że poszkodowany powinien otrzymać kwotę w pełni kompensującą poniesione straty. Należy ponadto pamiętać, że VAT jest podatkiem cenotwórczym, zawierającym się w cenie sprzedawanej rzeczy lub usługi.

Zakłady ubezpieczeń uważają, że dopiero fakt przedstawienia przez poszkodowanego faktur VAT-owskich, czy rachunków imiennych stanowi podstawę wypłaty kwoty podatku VAT. Zatem w metodzie „wycena” nie może być o tym mowy. Należy podkreślić, że Sąd Najwyższy stwierdził, że obowiązek naprawienia szkody przez wypłatę określonej kwoty powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego, czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy i czy zamierza ją naprawić. Bez względu zatem na decyzje poszkodowanego o rezygnacji z dokonania naprawy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do takiego naliczenia odszkodowania, które zapewni poszkodowanemu pełne wyrównanie poniesionego przez niego uszczerbku majątkowego (*uchwała SN z 15 listopada 2001 r. III CZP 68/01*).

Co więcej, niektóre zakłady do wyceny szkody przyjmują bardzo obniżoną wartość części zamiennych (np. **Unia** przy wycenie kosztów naprawy uwzględnia – 70% wartości netto kosztów zamiennych i materiałów, **Tryg S.A.** – 50% wartości netto kosztów zamiennych i materiałów dla pojazdów starszych niż 3 lata, 70% dla pojazdów 1–3-letnich; poza tym zakład ten ustala stawkę za 1 roboczogodzinę na poziomie 60% wartości netto stawki obowiązującej w autoryzowanych stacjach obsługi pojazdów danej marki). W takiej sytuacji oszacowana – przez ubezpieczyciela – wysokość odszkodowania znacznie odbiega od realnej wartości szkody.

Najbardziej rygorystyczna praktykę stosuje **TUIR Warta** nie tylko nie uwzględnia bowiem podatku VAT przy szkodzie częściowej z wykorzystaniem metody kosztorysowej, ale także w wariancie „warsztat” uzależnia to od spełnienia szeregu warunków:

- warsztat jest płatnikiem VAT,



- udokumentowanie kosztów naprawy,
- stwierdzenie zgodności dokonanej naprawy z oględzinami dokonanymi przez zakład,
- przedstawienie pojazdu do oględzin w uzasadnionych przypadkach.

Tak daleko posunięte wymogi są nie tylko niezgodne z linią orzecznictwa SN, rażąco naruszają istotę umowy ubezpieczenia oraz prawa słabszej strony kontraktu – poszkodowanego. Można zaryzykować twierdzenie, że TUiR Warta ma „ograniczone zaufanie” do swoich klientów. Kwestia oszustw ubezpieczeniowych ma tu drugorzędne znaczenie.

8. Sposób ustalania sumy ubezpieczenia i wartości pojazdu

Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości rynkowej (lub rzeczywistej) pojazdu ustalonej na dzień zawarcia umowy. Praktyka pokazuje, że zbyt często występują różnice między wartością pojazdu ustaloną przy zawarciu umowy ubezpieczenia, a wartością pojazdu obliczoną przy ustalaniu odszkodowania. Dowodzi to zbyt pobieżnego ustalania wartości ubezpieczenia.

Pomimo, iż niektóre towarzystwa podają w dokumencie ubezpieczenia źródło wyceny i deklarują, iż w oparciu o ten sam katalog ustalą wartość pojazdu przy odszkodowaniu, w praktyce stosują różne metody kalkulacji, szczegółowe dopiero przy ustalaniu odszkodowania. Niektóre zakłady ubezpieczeń definiują sumę ubezpieczenia jako wartość pojazdu ustaloną przez Ubezpieczającego (np. TU Compensa). Ten korzystny dla zakładu ubezpieczeń zapis usprawiedliwia nadubezpieczenie pojazdu i w efekcie pozwala na zainkasowanie nienależnej składki. Przy takiej definicji sumy ubezpieczenia, polisa powinna zawierać adnotację „nadubezpieczenie” (lub „niedubezpieczenie”) i informację, jaka jest według przedstawiciela zakładu ubezpieczeń wartość ubezpieczonego pojazdu. Część zakładów ubezpieczeń deklaruje sumę ubezpieczenia jako wartość pojazdu ustaloną wspólnie z Ubezpieczającym. Tę definicję należy uznać za najbardziej korzystną. Wspólne oszacowanie wartości pojazdu, powinno dawać ubezpieczającemu pewność stałości sumy ubezpieczenia przynajmniej w okresie kilku miesięcy od daty zawarcia umowy. Jednak, nawet przy takim zdefiniowaniu sumy ubezpieczenia, zakłady ubezpieczeń, wyliczając wartość pojazdu do celów odszkodowawczych, nie respektują uzgodnień dokonanych przy zawarciu umowy.



9. Nieudostępnianie dokumentacji zgromadzonej w toku postępowania likwidacyjnego

Praktyką większości zakładów ubezpieczeń była odmowa zapoznania się z dokumentami zgromadzonymi w wyniku postępowania likwidacyjnego. Zdaniem zarówno Rzecznika Ubezpieczonych jak i Prezesa UOKiK konsumenci powinni mieć prawo do pełnej informacji o umowie ubezpieczenia zarówno przy jej zawieraniu, jak również wykonywaniu. Zdanie to podzielił również ustawodawca, który w nowej ustawie ubezpieczeniowej nałożył na zakład ubezpieczeń obowiązek udostępniania ubezpieczającemu, ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych.

W związku z tym, zakłady ubezpieczeń powinny umożliwić osobie występującej z żądaniem wglądu w dokumentację wewnętrzną, gdyż jest to niezbędne w celu ustosunkowania się przez klienta do poszczególnych ustaleń podjętych w procesie likwidacji szkody. Szczególnie uzasadnione jest to w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń ustanowił odszkodowania w wysokości, z którą nie zgadza się ubezpieczony, albo gdy stwierdził wystąpienie tzw. szkody całkowitej, czyli sytuacji gdy naprawa – w ocenie zakładu ubezpieczeń – jest ze względów ekonomicznych niecelowa.

Firmy ubezpieczeniowe pobierają opłaty za udostępnianie akt szkodowych. Warto więc zwrócić uwagę na wysokość stawek. Nie powinny być zbyt wygórowane, by swoją wysokością nie zniechęcić czy też uniemożliwić konsumentowi skorzystanie z przysługującego mu prawa do informacji. Jak wynika z informacji Rzecznika Ubezpieczonych, **TU Compensa pobiera 4 zł za stronę za sporządzenie kserokopii i odpisów akt szkodowych i 400 zł w przypadku wydania odpisu powyżej 30 stron (!!!).**

10. Nieterminowość w wypłacie odszkodowania, w tym brak wypłaty tzw. bezspornej części odszkodowania

Obowiązek wypłaty tzw. bezspornej części odszkodowania wynika z przepisów ustawy ubezpieczeniowej. We wszystkich przeanalizowanych warunkach umowy pojawia się sformułowanie, że zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, gdyby jednak wyjaśnienie okoliczności we wskazanym terminie okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporna część odszkodowania zakład ubezpieczeń zobowiązuje się jednak wypłacić w terminie 30 dni od wystąpienia zdarzenia



ubezpieczeniowego. Praktyka pokazuje jednak, że bardzo częste przyjęte zobowiązanie nie jest realizowane.

Konsumenci nie otrzymują więc wypłaty odszkodowania we wskazanych terminie, gdyż zakład ubezpieczeń w sposób niezwykle łatwy może powołać się zapis dotyczący okoliczności uniemożliwiających w tak krótkim czasie ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania. Nie otrzymują również wypłaty tzw. części bezspornej, a nawet odpowiedzi na swoją korespondencję w przedmiotowej sprawie.

Należy podkreślić, że nowe prawo ubezpieczeniowe zawiera regulacje, które w sposób bardziej szczegółowy i restrykcyjny określają obowiązki zakładu ubezpieczenia po zgłoszeniu wypadku ubezpieczeniowego (m.in. obowiązek potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia przez ubezpieczającego szkody w terminie 7 dni, poinformowanie o przyczynach niemożności wypłaty odszkodowania w wyznaczonym terminie, obowiązek udostępnienia informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń).

11. Określenie właściwości miejscowej sądu na wypadek sporu między stronami umowy ubezpieczenia

Nowe prawo ubezpieczeń wprowadziło korzystne zmiany w zakresie określania właściwości miejscowej sądu w przypadku sporu między stronami umowy. W trakcie analizy warunków umowy sprawdziliśmy, czy zakłady ubezpieczeń uwzględniły nowe regulacje.

Firmy ubezpieczeniowe, korzystając z dobrodziejstwa dawnej regulacji prawnej zastrzegały w o.w.u., że spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozpatruje sąd właściwy dla siedziby zakładu ubezpieczeń. Ta regulacja nie była korzystna dla konsumenta. Biorąc pod uwagę, że siedzibą większości firm ubezpieczeniowych jest Warszawa, można było się liczyć z bardzo długim czasem postępowania sądowego oraz utrudnieniami dla ubezpieczonego związanymi z dojazdem z innych miejscowości. Omawianą regulację można by podważać jako niedozwolone postanowienia umowne na podstawie art. 385³ pkt 23 KC, które za zabronione uznaje narzucanie rozpoznania sprawy przez sądy, które wedle ustawy nie są miejscowo właściwe. Wyłącza bowiem możliwość skorzystania z właściwości przemiennej poddającej spór wynikający z umowy sądowi właściwemu z uwagi na miejsce jej wykonania, co dla konsumenta byłoby zdecydowanie korzystniejszym rozwiązaniem.

Nowe prawo ubezpieczeniowe zmieniło te regulacje i przewiduje korzystne dla słabszej strony umowy ubezpieczenia przepisy – *powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.*



Z kontroli UOKiK wynika, że zdecydowana firmy dokonały przewidzianych prawem zmian. Wyjątek stanowi **TU Samopomoc S.A. i Uniqa S.A.**, które zachowały w warunkach umowy rozwiązanie niezgodne z obecnie obowiązującymi przepisami prawa. UOKiK zamierza wystąpić w tej sprawie do ww. zakładów ubezpieczeń.

12. Wyłączenie z zakresu ubezpieczenia szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia

Większość zakładów ubezpieczeń odmawia wypłaty odszkodowania w przypadku wystąpienia szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia. Jednocześnie składa z tytułu ubezpieczenia AC uiszczana jest od wartości rynkowej całego pojazdu.

Niektóre zakłady ubezpieczeń (**Allianz, Uniqa, Cigna STU, Warta, Samopomoc oraz Tryg** w węższym zakresie, tj. dewastacja i kradzież nie są wyłączone) wyłączają z zakresu ubezpieczenia szkody polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia pojazdu (z wyjątkiem sytuacji, gdy jednocześnie zostały zniszczone lub uszkodzone inne części pojazdu). Wydaje się, iż takie wyłączenie, a jednocześnie pobieranie składki od wartości całego samochodu narusza prawa słabszej strony umowy, czyli konsumenta. Owo stanowią, iż składka ustalana jest bądź na podstawie danych dot. rynkowych cen samochodów danej marki, bądź na podstawie taryfy, która uwzględnia wartość rynkową takiego pojazdu. Konsument decydując się na zawarcie umowy ubezpieczenia AC wie, iż uiszcza składkę od takiej wartości. Zatem, jeżeli jeden z elementów pojazdu ulegnie uszkodzeniu, konsument oczekuje, iż zakład ubezpieczeń wypłaci mu pieniądze. W końcu przecież celem zawarcia umowy AC jest dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa. Wyłączenie z zakresu ubezpieczenia szkód w ogumieniu nasuwa pytanie o zasadność pobierania przez zakłady 5–10% (wartość ogumienia) wpłacanej przez konsumenta składki.

W opinii Urzędu, takie działanie ubezpieczyciela wydaje się działaniem sprzecznym z dobrymi obyczajami, ponieważ kształtuje stosunek ubezpieczeniowy niezgodnie z zasadą równorzędności stron niekorzystnie wpływając na sytuację ekonomiczną konsumenta.

13. Stosowanie we wzorcu umownym przenoszącym prawo własności samochodu na zakład ubezpieczeń klauzuli uznającej wysokość odszkodowania przez konsumenta i zrzeczenia się dochodzenia jakichkolwiek roszczeń z tego tytułu.

Wzorzec dokumentu przenoszący własność pojazdu na zakład ubezpieczeń w wyniku utraty pojazdu wskutek kradzieży zawiera postanowienie, mocą którego konsument uznaje wysokość przyznanego odszkodowania i rezygnuje z dochodzenia jakichkolwiek roszczeń.



Od podpisania tego druku zakład ubezpieczeń uzależnia wypłatę odszkodowania. Poszkodowany nie ma więc praktycznie żadnego wyboru. Jeśli nie podpisze ww. druku nie otrzyma odszkodowania. Jeśli podpisze go – tym samym zamyka sobie drogę do dochodzenia ewentualnych roszczeń. Jak wynika z ustaleń Rzecznika Ubezpieczonych taką praktykę stosuje Warta S.A. oraz TU Generali.

W umowach Autocasco znajduje się postanowienie warunkujące wypłatę odszkodowania od przeniesienia prawa własności pojazdu na rzecz zakładu ubezpieczeń. Umowy tego typu zawierane są przy wykorzystaniu standardowego druku. Wzorzec omawianej umowy nie sygnalizuje w nazwie zawartego w nim elementu ugody, co może wprowadzać konsumenta w błąd, szczególnie w przypadku gdy nie ma on umiejętności dokonania właściwej oceny skutków podpisania w ten sposób konstruowanej cesji. Brak oznaczenia właściwości dokumentu, a także dążenie ubezpieczonego do szybkiego zakończenia procesu likwidacyjnego i wypłaty odszkodowania, skutkuje podpisaniem wzorca umowy bez pełnej świadomości konsekwencji tego faktu.

Ogólne warunki umów – podsumowanie

Porównywanie ogólnych warunków ubezpieczeń może okazać się dla konsumenta zadaniem bardzo trudnym. Należy przy tym pamiętać, że produkt ubezpieczeniowy to nie tylko owu, ale także sposób likwidacji szkody, uzyskane odszkodowanie etc. Jeżeli więc warunki umowy można ocenić, o tyle reszty nie sposób zmierzyć i porównać. Konsument powinien jednak mieć możliwość łatwego zapoznania się choćby z częścią oferowanego mu produktu ubezpieczeniowego, tj. właśnie owu. Nałożony przez ustawodawcę obowiązek formułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały – jak już wynika z powyższych rozważań – nie zawsze jest przez zakłady ubezpieczeń realizowany, co staje się przyczyną wielu nieporozumień w kontaktach ubezpieczony – zakład ubezpieczeń. Niejasność tych przepisów wpływa także na niechęć konsumentów do zapoznania się z warunkami owu, co może mieć niekorzystne skutki dla ubezpieczonego, np. w przypadku niezgłoszenia szkody w przewidzianym terminie konsument może spotkać się z odmową wypłaty odszkodowania lub ograniczeniem jego wysokości. A przecież – co zostało już podniesione – terminy na zgłoszenie szkody są bardzo krótkie.

Poniżej przedstawiono zestawienie dot. terminów zgłoszenia szkody:

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Jak szybko należy poinformować zakład ubezpieczeń o szkodzie?	
	Szkoda	Kradzież



Allianz	Do 3 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu najbliższego dnia roboczego od dnia kradzieży
PZU	Do 7 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu najbliższego dnia roboczego od dnia kradzieży
Link4	W ciągu 24 godzin od zaistnienia szkody	W ciągu 24 godzin od kradzieży
Uniq	Do 3 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu 24 godzin od kradzieży
Samopomoc	Do 5 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu 2 dni
Cigna STU	W ciągu 5 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu najbliższego dnia roboczego
Compensa	W ciągu 5 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu 2 dni
Tryg	W ciągu 3 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu 3 dni
Warta	W ciągu 7 dni od daty zaistnienia szkody	W ciągu 24 godzin od kradzieży

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Jak szybko należy poinformować policję o szkodzie (dot. terytorium RP)?	
	Inne	Kradzież lub szkoda powstała w wyniku popełnionego przestępstwa
Allianz		niezwłocznie
PZU		niezwłocznie, nie później niż w ciągu 12 godzin od stwierdzenia kradzieży
Link4	Niezwłocznie, gdy doszło do wypadku z ofiarami	niezwłocznie
Uniq	Niezwłocznie, gdy doszło do wypadku z ofiarami	do 2 godzin



URZĄD OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Samopomoc		niezwłocznie
Cigna STu	Powiadomić, gdy wypadek z ofiarami w ludziach, zdarzenie z udziałem obcokrajowców, gdy wstępny szacunek szkody przekracza 30% wartości pojazdu lub 15 000 zł	Brak wskazanego terminu
Compensa		Do 12 godzin
Tryg	Niezwłocznie, gdy doszło do wypadku z ofiarami	niezwłocznie
Warta	Niezwłocznie, gdy doszło do wypadku z ofiarami	Do 12 godzin

Nieprzeczytanie owu może również wpłynąć na podjęcie nie zawsze najlepszej ekonomicznie decyzji o wyborze zakładu ubezpieczeń, z którym konsument zdecyduje się podpisać umowę. Część firm w standardzie umowy przewiduje bowiem tzw. udział własny (czyli np. 10–20% wartości usunięcia szkody ubezpieczony będzie musiał pokryć sam) w określonej wysokości, który można wykupić poprzez opłacenie dodatkowej składki. Inne zakłady ubezpieczeń nie stosują udziału własnego w standardzie, dają natomiast konsumentowi możliwość obniżenia wysokości składki poprzez jego włączenie do standardu. Dla konsumenta oczywiście korzystniejsze jest drugie rozwiązanie. W pierwszym przypadku ubezpieczony dopiero np. po kradzieży dowie się, iż część wydatków musi pokryć z własnej kieszeni.

Porównując wysokość składki konsumenci nie zawsze są także świadomi, iż część towarzystw ubezpieczeniowych nie wypłaca odszkodowania, jeżeli wartość szkody nie przekroczy przewidzianej w umowie wysokości.

Poniżej przedstawiono zestawienie dot. kwot, od jakich odpowiadają zakłady ubezpieczeń:

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Od jakiej kwoty odpowiadają?
Allianz	1% sumy ubezpieczenia, lecz nie mniej niż 300 zł
PZU	50% minimalnego wynagrodzenia (obecnie 400 zł); w umowie jednak może być określona inna wysokość; limit określony powyżej nie dotyczy szkód wynikających z przewozu osób wymagających pomocy medycznej
Link4	Brak informacji



Unia	1% sumy ubezpieczenia, lecz nie mniej niż 300 zł
Samopomoc	1% sumy ubezpieczenia, lecz nie mniej niż 600 zł
Cigna STU	1% sumy ubezpieczenia, lecz nie mniej niż 400 zł
Compensa	Nie mniej niż 500 zł
Tryg	1% sumy ubezpieczenia, nie mniej niż 200 zł i nie więcej niż 700 zł
Warta	Brak informacji

Warto przy tym zauważyć, że oprócz zrozumiałych i przejrzystych warunków umów ubezpieczenia ważne jest także rzetelne udzielanie informacji przez pośredników ubezpieczeniowych. To dzięki ich fachowej poradzie konsument może dokonać wyboru produktu ubezpieczeniowego odpowiadającego jego indywidualnym potrzebom.

Celem przedstawionej analizy umów AC jest nie tylko porównanie warunków owu, ale przede wszystkim uświadomienie jak wygląda pozycja słabszej strony umowy ubezpieczenia, czyli konsumenta. Analiza ta nie napawa optymizmem. Generalnie wszystkie owu budzą mniejsze lub większe zastrzeżenia, przede wszystkim z punktu widzenia transparentności wzorca, a rola konsumenta sprowadza się do zaakceptowania przedstawionych warunków.



V. UBEZPIECZENIE TYPU ASSISTANCE

W przypadku wskazanego ubezpieczenia dobrowolnego największy problem związany jest ze zrozumieniem jego istoty przez klientów. W ramach przedmiotowego ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy technicznej, medycznej i informacyjnej udzielanej kierowcy i pasażerom ubezpieczonego pojazdu w nagłych przypadkach, tzn. wypadku, awarii, unieruchomienia pojazdu itp. Pomoc techniczna obejmuje zwykle pomoc doraźną polegającą na naprawie pojazdu na miejscu zdarzenia lub holowaniu do najbliższego warsztatu lub miejsca zamieszkania poszkodowanego. Zakład ubezpieczeń określa zwykle kwotowo górną granicę świadczenia w ramach usługi Assistance. Warunkiem podjęcia działań przez zakład ubezpieczeń jest niezwłoczne powiadomienie o zaistniałym zdarzeniu, które umożliwi udzielenie stosownej pomocy (zwykle jest podawany telefon infolini czynny całą dobę). Tymczasem niektórzy klienci mylnie interpretują warunki umowy ubezpieczenia uważając, że w ramach usługi Assistance zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do pokrycia np. kosztów holowania niezależnie od tego, jaka firma organizowała taką usługę i czy dokonano odpowiedniego zgłoszenia u ubezpieczyciela. Tymczasem w takiej sytuacji zakład ubezpieczeń w ogóle nie odpowiada, albo odpowiada tylko w bardzo wyjątkowych, określonych w o.w.u., przypadkach. Na tym tle dochodzi najczęściej do nieporozumienia. Wynika to po części z braku jasności warunków umowy, ale również ze zwyczaju nieczytania ich przez ubezpieczających.



VI. SĄDOWNICTWO POLUBOWNE W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ

W dniu 30 marca br. został powołany przez Rzecznika Ubezpieczonych (w oparciu o art. 20 pkt 5 Ustawy z dnia 20 maja 2003r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym) **Sąd Polubowny**, którego zadaniem jest rozstrzyganie sporów pomiędzy stronami stosunku ubezpieczeniowego, a także między uczestnikami a Powszechnymi Towarzystwami Emerytalnymi.

Rozstrzyganie sporów przez Sąd Polubowny ma być postępowaniem szybkim oraz tańszym niż postępowanie cywilne, zatem powinno przyczynić się do wzrostu jakości usług ubezpieczeniowych oraz związanym z tym zadowoleniem klientów.

Wartość sporu

Właściwość, organizację oraz tryb postępowania przed sądem polubownym określa regulamin (w przypadkach nieuregulowanych w regulaminie stosuje się Kodeks postępowania cywilnego).

Zgodnie z regulaminem, Sąd ten jest właściwy w sprawach, których wartość przedmiotu sporu wynosi co najmniej 1000 zł. Prezes Sądu może jednak – gdy wartość sporu nie przekracza 1000 zł – wyrazić zgodę na przeprowadzenie postępowania polubownego z uwagi z na stopień skomplikowania sprawy lub „z innych ważnych przyczyn”.

Za zgodą stron sprawy wyłączone z właściwości postępowania polubownego mogą być rozpatrywane w trybie postępowania mediacyjnego.

Warunkiem rozstrzygania sporu przez Sąd Polubowny jest wyrażenie zgody przez obie strony na takie rozwiązanie. Jeżeli np. zakład ubezpieczeń nie wyrazi zgody na rozstrzygnięcie sporu przez sąd polubowny, postępowanie to nie może się odbyć.

Opłaty

Postępowanie przed Sądem Polubownym jest płatne.

Z postępowaniem przed sądem polubownym wiążą się następujące koszty:

- 1) opłata rejestracyjna,



- 2) opłata arbitrażowa, a także ewentualnie
- 3) opłata mediacyjna,
- 4) koszty przeprowadzenia dodatkowych czynności.

Pierwsza z opłat, tj. **opłata rejestracyjna** pokrywa koszty wstępnych czynności w sprawie, w szczególności zaś rejestracji sprawy, wystąpienia do podmiotu zainteresowanego w sprawie, powiadomienie stron o wyniku podjętych działań, wykonania odpisów i sporządzenia dokumentacji wstępnej. W przypadku uprzednio zawartej umowy o poddanie sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego opłaty rejestracyjnej nie pobiera się. Opłata ta określona jest kwotowo w stałej wysokości i wynosi 15 zł. W przypadku niewyrażenia przez stronę pozwaną zgody na poddanie sporu pod rozstrzygnięcie przez sąd polubowny lub umorzenia postępowania polubownego opłata rejestracyjna nie podlega zwrotowi.

Opłata arbitrażowa pokrywa koszty związane z postępowaniem w sprawie, w szczególności koszty wynagrodzenia arbitrów obejmujące wynagrodzenie oraz zwrot niezbędnych wydatków związanych z udziałem w sprawie, takich jak koszty przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia arbitrów. Opłata arbitrażowa obejmuje również wydatki niezbędne do prawidłowego prowadzenia postępowania w sprawie, w szczególności koszty sporządzenia odpisów, wypisów dokumentów. Opłata pobierana jest od osoby wszczynającej postępowanie w całości, chyba że strony postanowią inaczej.

Opłata arbitrażowa obliczana jest w zależności od wartości przedmiotu sporu (minimalna wysokość opłaty wynosi 100 zł w razie rozpatrywania sporu w składzie jednoosobowym, a w składzie trzech arbitrów minimalna wysokość opłaty wynosi 350 zł.). W sprawach, w których nie można ustalić wartości przedmiotu sporu opłatę ustala się w stałej zryczałtowanej kwocie.

Opłata mediacyjna pokrywa koszty związane z postępowaniem mediacyjnym w sprawie i pobierana jest od stron postępowania w częściach równych. Wysokość tej opłaty wynosi 75% opłaty arbitrażowej.

Koszty przeprowadzenia dodatkowych czynności pokrywają w szczególności koszty opinii biegłych, ekspertyz, eksperymentu, badań medycznych i innych dowodów koniecznych do ustalenia bądź wyjaśnienia stanu faktycznego lub okoliczności sprawy.

Podobnie jak w postępowaniu cywilnym koszty postępowania obciążają stronę przegrywającą, z tym że w uzasadnionych wypadkach sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Koszty wynikłe z ugody zawartej przed sądem polubownym strony pokrywają w częściach równych.



Wyrok sądu polubownego wiąże strony (nie przysługuje odwołanie), jednak jest wykonalny dopiero po zatwierdzeniu go przez sąd powszechny.



VII. WYNIKI BADAŃ OPINII PUBLICZNEJ NA TEMAT UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH

Nota metodologiczna

Badanie „Opinia publiczna na temat ubezpieczeń” przeprowadzono w Centrum badania Opinii Społecznej na zlecenie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w dniach od 13 do 17 maja 2004 roku.

Badanie zostało zrealizowane metodą bezpośredniego wywiadu ankietarskiego w ramach projektu omnibus na próbie reprezentatywnej dla ogółu dorosłych mieszkańców Polski o liczebności 956 osób.

Główne wyniki badania

1. Ogólne opinie na temat ubezpieczeń

W ramach przeprowadzonego badania opinii o ubezpieczeniach komunikacyjnych, uczestniczący w badaniu przedstawiciele polskich konsumentów mieli za zadanie ustosunkować się do sześciu ogólnych stwierdzeń dotyczących ubezpieczeń (Rys.1).

Wyniki badania pozwalają na wysnucie wniosku, że ludzie ubezpieczają się gdyż dążą do zminimalizowania ryzyka w swoim życiu, jednak działające na rynku firmy ubezpieczeniowe – w przekonaniu konsumentów – nie neutralizują tego ryzyka. Powszechny jest bowiem pogląd, że w razie jakiegoś wypadku pojawiają się problemy z wypłaceniem odszkodowania.

Wśród badanych dominuje przekonanie, że ludzie **ubezpieczają się, ponieważ chcą mieć pewność, że w przypadku jakiegoś problemu dostaną odszkodowanie**. Takie stanowisko prezentuje ponad 90 procent ankietowanych.

Niemal co trzeci ankietowany wyraża bardzo zdecydowane, negatywne przekonanie na temat ubezpieczeń – **nie warto się ubezpieczać**, gdyż są to na ogół zmarnowane pieniądze.



Ponad trzy czwarte badanych nie darzy zaufaniem firm ubezpieczeniowych. Uważa, że firmy ubezpieczeniowe chcą na nas zarobić, a jak przychodzi co do czego, to są **kłopoty z wypłaceniem odszkodowań**.

Dla społeczeństwa polskiego charakterystyczne jest przekonanie, że **na ubezpieczenia mogą sobie pozwolić tylko ludzie bogaci**. Tego zdania jest dwóch na trzech ankietowanych. Natomiast dziewięciu na dziesięciu badanych jest zdania, że większości ludzi nie stać, aby opłacać składki na ubezpieczenie, ponieważ odbywa się to kosztem wydatków na życie.

Przekonanie, że coraz więcej ludzi ubezpiecza się, ponieważ to obecnie jest bardzo dobra inwestycja wyraża co trzeci ankietowany.



Rys. 1. Czy zgadza się Pan(i), czy też nie zgadza z tym, że:



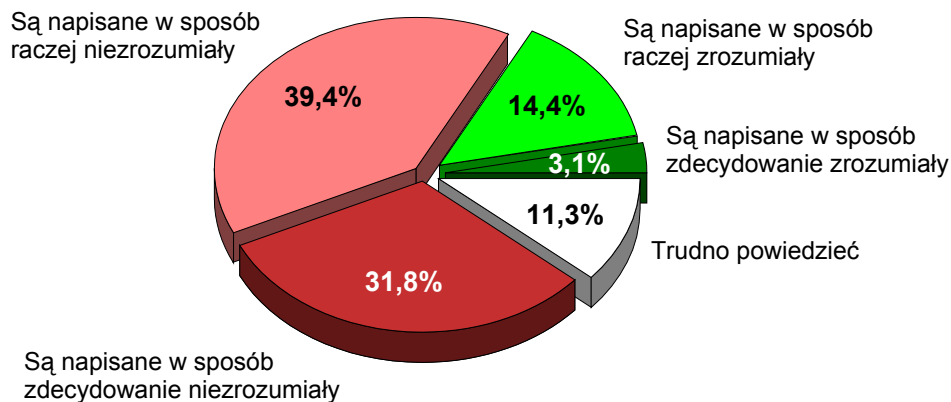
2. Opinie na temat formułowania umów z firmami ubezpieczeniowymi

Wśród badanych dominuje przekonanie, że **umowy z firmami ubezpieczeniowymi formułowane są w sposób niezrozumiały**. Siedmiu na dziesięciu ankieterów jest zdania, że umowy są formułowane w sposób zdecydowanie niezrozumiały, bądź też raczej niezrozumiały. Niemal co trzeci ankieter wyraża dosyć kataryczne stanowisko w tej sprawie, twierdząc, że umowy z firmami ubezpieczeniowymi formułowane są w sposób zdecydowanie niezrozumiały.

Tylko dla niespełna 18 procent badanych umowy formułowane są w sposób raczej zrozumiały bądź też zdecydowanie zrozumiały.



Rys. 2. Czy uważa Pan(i), że umowy z firmami ubezpieczeniowymi są sformułowane w sposób jasny i zrozumiały, czy też są napisane w żargonie prawnym niejasnym dla większości ludzi?



3. Elementy decydujące o wyborze ubezpieczenia komunikacyjnego

Respondentom przedstawiono listę elementów decydujących o wyborze ubezpieczenia komunikacyjnego i poproszono o wskazanie dwóch najważniejszych.

Wypowiedzi badanych wskazują, że najważniejszym elementem decydującym o wyborze ubezpieczenia komunikacyjnego jest **wysokość składki**. Drugim pod względem ważności elementem ubezpieczenia są **warunki ubezpieczenia: zakres świadczeń i szybkość realizacji odszkodowania**. Trzecią, najczęściej wskazywaną cechą ubezpieczenia jest **dobra opinia o firmie ubezpieczeniowej**.



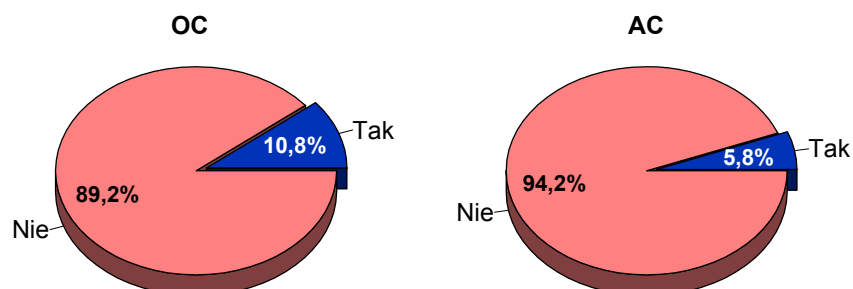
Rys. 3. Jakie, Pana zdaniem, są najważniejsze elementy decydujące o wyborze ubezpieczenia komunikacyjnego? Proszę wybrać 2 najważniejsze elementy.

ODPOWIEDZI OSÓB, KTÓRYCH GOSPODARSTWO DOMOWE POSIADA LUB UŻYTKUJE SAMOCHÓD (N=530)



4. Opinie o wypłacie odszkodowań OC i AC

Rys. 4. Czy w ciągu ostatnich 3 lat korzystaliście Państwo z wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia OC / AC?





Blisko 11% ogółu badanych korzystało z wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia OC w ciągu ostatnich 3 lat. Natomiast z wypłat z ubezpieczenia AC w tym okresie korzystało niespełna 6% ankietowanych.

Co piąte gospodarstwo domowe korzystające z wypłat polisy OC bądź AC jest niezadowolone. Główne przyczyny niezadowolenia ze sposobu wypłaty odszkodowania to: zbyt niska kwota odszkodowania oraz fakt, że wypłacanie odszkodowania trwało zbyt długo.

5. Opinie i prognozy na temat funkcjonowania rynku ubezpieczeń po wejściu do Unii Europejskiej

Respondentów poproszono o ustosunkowanie się do czterech stwierdzeń charakteryzujących kierunek zmian na rynku ubezpieczeń po wejściu Polski do Unii Europejskiej (Rys. 5).

Zdaniem dominującej większości badanych jakość usług świadczonych przez firmy ubezpieczeniowe będzie wyższa lub nie ulegnie zmianie. Ten optymizm dotyczy takich sfer funkcjonowania firm ubezpieczeniowych jak: szybkość wypłaty odszkodowań, sprawność działania a także szerokość zakresu świadczonych usług.

Więcej niż co trzeci ankietowany jest zdania, że firmy ubezpieczeniowe będą szybciej wypłacały odszkodowania. Połowa badanych prezentuje pogląd, że sytuacja w tej sferze nie ulegnie zmianie.

Okolo 45% respondentów wyraża stanowisko, że po wstąpieniu do Unii Europejskiej firmy ubezpieczeniowe będą działały sprawniej. Według takiej samej liczby badanych sytuacja pod tym względem się nie zmieni.

Blisko 70% ankietowanych uważa, że firmy ubezpieczeniowe poszerzą swoją ofertę o nowe usługi. Co piąty badany jest zdania, że oferta firm ubezpieczeniowych nie ulegnie zmianie.

Pesymistyczna prognoza zmian na rynku ubezpieczeń dotyczy jedynie cen – według ponad połowy ankietowanych wysokość składek ubezpieczeniowych wzrośnie.



Rys. 5. Jak Pan(i) sądzi, czy w ciągu kilku najbliższych lat po wejściu Polski do Unii Europejskiej

**firmy ubezpieczeniowe
będą wypłacały
odszkodowania**

■ szybciej ■ tak samo jak do tej pory ■ wolniej □ trudno powiedzieć

(%)



**firmy ubezpieczeniowe
będą działały**

■ sprawniej ■ tak samo jak do tej pory ■ mniej sprawnie □ trudno powiedzieć



firmy ubezpieczeniowe

■ poszerzą swoją ofertę o nowe usługi ■ ograniczą swoją ofertę, zmniejszą liczbę usług
■ nie zmienią swojej oferty □ trudno powiedzieć



**wysokość składek
ubezpieczeniowych**

■ spadnie ■ pozostanie bez zmian ■ wzrośnie □ trudno powiedzieć





VIII. PODSUMOWANIE

Wspólnie przygotowany raport KNUiFE, RU oraz UOKiK wsparty badaniami opinii publicznej miał na celu ocenę pozycji konsumenta na rynku usług ubezpieczeniowych. W części poświęconej regulacji ubezpieczeń komunikacyjnych w prawie polskim wykazano, że z punktu widzenia prawnego konsument usług ubezpieczeniowych posiada dobrą ochronę swoich praw, odpowiadającą standardom europejskim. To zatem praktyka, a nie prawo wymaga zmian. Niniejszy raport wykazał to w sposób nie pozostawiający żadnych wątpliwości.

Przedstawiona analiza warunków umów AC, problematyka ubezpieczenia OC oraz tematyka skarg konsumenckich pokazują, że rynek ubezpieczeń nie jest wolny od nieprawidłowości. Wynika to niewątpliwie z praktyki firm ubezpieczeniowych, które posługują się niezrozumiałymi wzorcami umownymi oraz stosują skomplikowane procedury poszkodowe.

Badania socjologiczne wykazały, że konsumenci nie dokonują szczegółowej analizy warunków umowy i podpisując umowę ubezpieczenia kierują się raczej wysokością składki, czy też dobrą opinią o firmie. Należy jednak podkreślić, że nawet dokonanie takiej analizy przez konsumenta nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. Wzorce nie są zrozumiałe i przejrzyste, co w połączeniu z niełatwą przecież materią usług ubezpieczeniowych prowadzi często do błędnej bądź wybiórczej oceny oferty danego zakładu ubezpieczeń.

Niezrozumiały charakter wzorców powoduje też lawinę skarg, po części uzasadnionych, a po części wynikających właśnie z niezrozumienia warunków udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, prowadzącego do rozczarowania postępowaniem firmy ubezpieczeniowej. Kluczem do wyeliminowania tych ostatnich powinna być zatem większa świadomość praw i obowiązków konsumenta wynikających z podpisanej umowy. Jest to zadanie nie tylko dla instytucji zajmujących się problematyką ubezpieczeń, samych konsumentów, ale przede wszystkim dla bezpośrednio zainteresowanych, czyli zakładów ubezpieczeń. Jak pokazały bowiem badania socjologiczne, zadowolony klient jest najlepszą (i co warto podkreślić bezpłatną) reklamą dla danej firmy.

Odnosząc się do praktycznego aspektu wykonywania umów ubezpieczenia należy podnieść, że przedmiot skarg konsumenckich w zakresie ubezpieczeń pozostaje niezmienny od lat. Zatem są to te materie, którym koniecznie należy poddać bliższej analizie i zastanowić nad sposobem wyeliminowania tych nieprawidłowości. Jednym z najczęstszych punktów spornych jest kwestia wysokości odszkodowania, bądź odmowa jego wypłaty. Zwykle w takiej sytuacji odwołanie w ramach struktury zakładu ubezpieczeń nie przynosi uwzględnienia racji skarżącego. Jediną drogą dochodzenia roszczeń staje się sąd. Na to rozwiązanie decyduje się niewielu konsumentów. Dlatego też powołanie Polubownego Sądu przy RU rodzi nadzieje, że ta niekorzystna sytuacja może ulec poprawie.



Podsumowując, pozycja konsumenta na rynku usług ubezpieczeniowych uległa poprawie. Dotyczy to zarówno zwiększenia świadomości konsumenckiej, jak i bardziej prokonsumenckiej polityki zakładów ubezpieczeń. Wolny rynek wymusza walkę o klienta, a więc i podniesienia jakości oferowanych usług. Nie zmienia to jednak faktu, że wciąż istnieją zagadnienia i nieprawidłowości wymagające monitorowania i rozwiązania.