Komisja
Nadzoru
Finansowego

Tomasz Krupa
Emilia Kulińska

Likwidacja szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych – podstawowe problemy

Poradnik klienta usług finansowych

CEDUR

CEDUR

PORADNIK KLIENTA
USŁUG FINANSOWYCH

Tomasz Krupa
Emilia Kulińska

LIKWIDACJA SZKÓD Z UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH – PODSTAWOWE PROBLEMY

Warszawa 2015

Komisja
Nadzoru
Finansowego

Publikacja została wydana nakładem Komisji Nadzoru Finansowego

© Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-030 Warszawa
www.knf.gov.pl

Warszawa 2015
Wydanie I

ISBN 978-83-63380-30-4

Nakład: 5000 szt.

Stan prawny: 10 września 2015 r., z uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348).

Przygotowanie do druku i druk:
Omikron sp. z o.o.

Niniejsza publikacja wydana została w celach edukacyjnych w ramach projektu CEDUR. Informacje w niej zawarte mają wyłącznie charakter ogólny i nie stanowią porady prawnej.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie decyzje, podjęte przez czytelnika na rynku finansowym, na podstawie zawartych w niniejszej publikacji informacji.

SPIS TREŚCI

SŁOWNIK POJĘĆ **4**

WPROWADZENIE **5**

1. TERMINOWOŚĆ WYPŁATY ODSZKODOWANIA **6**
1.1. Terminowość wypłaty odszkodowania w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów 6
1.2. Terminowość wypłaty odszkodowania w ramach ubezpieczenia autocasco 9
1.3. Należyta staranność zakładu ubezpieczeń w postępowaniu likwidacyjnym 11
1.4. Uprawnienia zakładu ubezpieczeń mające zapewnić terminowość postępowania likwidacyjnego 12
1.5. Odsetki związane z niedochowaniem terminów wypłaty odszkodowania 13

2. PRAWO DO PEŁNEJ INFORMACJI O ODSZKODOWANIU **14**
2.1. Kontakt z likwidatorem w ramach postępowania likwidacyjnego 14
2.2. Informacja w procesie likwidacji szkód z ubezpieczenia OC sprawcy 16
2.3. Informacja w procesie likwidacji szkód z umowy ubezpieczenia autocasco 18
2.4. Informacja o niemożności wypłaty odszkodowania w całości lub w części w terminie .. 19
2.5. Informacja o odmowie wypłaty odszkodowania w całości lub w części 20

3. STOSOWANIE METODY KOSZTORYSOWEJ W PROCESIE USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W RAMACH UBEZPIECZENIA OC POSIADACZY POJAZDÓW **21**

4. STOSOWANIE CZĘŚCI ZAMIENNYCH **24**
4.1. Zakaz amortyzacji 24
4.2. Części O, Q, P 25
4.3. Zasady informowania o częściach zamiennych 27

5. ZASADY ROZLICZANIA SZKODY CAŁKOWITEJ I SZKODY CZĘŚCIOWEJ **29**
5.1. Ustalenie wartości pojazdu przed powstaniem szkody 29
5.2. Ustalenie wysokości kosztów naprawy 30
5.3. Ustalenie wartości pozostałości pojazdu 31
5.4. Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej 33

6. UPRAWNIENIE DO ZWROTU WYDATKÓW ZA NAJEM POJAZDU ZASTĘPCZEGO **34**
6.1. Zasady zwrotu kosztów za najem pojazdu zastępczego 35
6.2. Czas najmu pojazdu zastępczego 36

7. UTRATA WARTOŚCI HANDLOWEJ POJAZDU **37**

8. ZASADY ZGŁASZANIA REKLAMACJI DO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ W ZAKRESIE LIKWIDACJI SZKÓD KOMUNIKACYJNYCH **39**

SŁOWNIK POJĘĆ

Kodeks cywilny – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 121 ze zm.).
Likwidator – osoba/osoby wykonująca czynności w toku postępowania likwidacyjnego, w szczególności w zakresie: gromadzenia niezbędnej dokumentacji w tym postępowaniu, dokonywania oględzin przedmiotu szkody, ustalania zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, ustalania wysokości odszkodowania.
Metoda kosztorysowa – metoda ustalania wysokości odszkodowania z tytułu szkody w pojeździe, oparta o przyjętą przez zakład ubezpieczeń kalkulację, określającą planowany koszt naprawy uszkodzonego pojazdu.
Metoda serwisowa – metoda ustalania wysokości odszkodowania z tytułu szkody w pojeździe, oparta o fakturę lub rachunek wystawiony przez warsztat naprawczy, który dokonał naprawy uszkodzonego pojazdu.
Organ nadzoru – Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) – państwowy organ nadzoru, sprawujący nadzór nad sektorem bankowym, rynkiem kapitałowym, ubezpieczeniowym i emerytalnym, nad instytucjami płatniczymi i biurami usług płatniczych oraz nad spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi i Krajową Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo-Kredytową. Celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku.
Pojazd – środek transportu, którego posiadacz jest zobowiązany zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, zawrzeć umowę ubezpieczenia OC posiadacza pojazdów.
Postępowanie likwidacyjne/likwidacja szkód – proces obejmujący czynności mające na celu wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za zdarzenie losowe i ewentualnie wysokości odszkodowania oraz wypłatę lub odmowę wypłaty odszkodowania w terminie wymaganym przez obowiązujące przepisy prawa lub zawartą umowę ubezpieczenia.
Ubezpieczenia komunikacyjne – ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów oraz ubezpieczenie autocasco.
Ubezpieczenie autocasco – dobrowolne ubezpieczenie pojazdu od skutków zdarzeń losowych, w szczególności od uszkodzeń, zniszczeń oraz utraty.
Ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów – ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, o którym mowa w art. 4 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.
Ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j.: Dz.U. z 2013 r. poz. 950 ze zm.).
Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j.: Dz.U. z 2013 r. poz. 392 ze zm.).
Utrata wartości handlowej pojazdu – utrata wartości pojazdu z tytułu wystąpienia zdarzenia losowego, dotyczącego tego pojazdu, skutkującego odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. Określa ją różnica pomiędzy wartością rynkową pojazdu przed uszkodzeniem, a jego wartością ustaloną w tym samym stanie warunków rynkowych z uwzględnieniem naprawy powypadkowej wykonanej prawidłowo, zgodnie z technologią zalecaną przez producenta, w warsztacie naprawczym spełniającym wymagania techniczne i kadrowe do wykonywania takich prac.
Wytyczne LSK – „Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych" przyjęte uchwałą nr 414/2014 KNF w dniu 16 grudnia 2014 r. w ramach dwieście czterdziestego szóstego posiedzenia Komisji Nadzoru Finansowego (Dziennik Urzędowy Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 16 kwietnia 2015 r., poz.11).
Zakład ubezpieczeń – krajowy zakład ubezpieczeń oraz zagraniczny zakład ubezpieczeń, które wykonują na terytorium Polski działalność w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych.
Zasada pełnego odszkodowania – w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów zasada określona w art. 361 § 2 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którą, w granicach adekwatnego związku przyczynowego, odszkodowanie powinno, co do zasady, odpowiadać wysokości szkody doznanej przez poszkodowanego i rekompensować mu uszczerbek jaki dotknął jego prawnie chronione dobra lub interesy.

WPROWADZENIE

Intencją autorów niniejszej publikacji było przedstawienie podstawowych problemów występujących na rynku ubezpieczeniowym, związanych z praktyką postępowań likwidacyjnych prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych w zakresie szkód w pojazdach.

Poszczególne zagadnienia zostały ukazane w sposób mający zapewnić osobie mogącej uczestniczyć w postępowaniu likwidacyjnym i będącej nieprofesjonalnym uczestnikiem rynku ubezpieczeniowego podstawowe kompendium wiedzy z zakresu kwestii problemowych pojawiających się w związku z likwidacją szkód w pojazdach w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych. Przyjęte założenie nie wyklucza sięgnięcia do informacji w niej zawartych również przez szerszy krąg osób zainteresowanych tą problematyką, w tym: studentów zainteresowanych podnoszeniem poziomu swojej wiedzy z zakresu ubezpieczeń, osób mających w planach zawodowych zajęcie się tą problematyką, jak również wszystkich innych osób, które ze względów zawodowych lub jakichkolwiek innych są zainteresowane konkretnymi zagadnieniami z tego obszaru.

Mając na uwadze powszechność używania pojazdów mechanicznych w sferze prywatnej i zawodowej życia człowieka oraz złożoność problematyki związanej z likwidacją szkód w pojazdach w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych intencją autorów niniejszej publikacji i przyjętej w niej optyki przedstawiania poszczególnych zagadnień było przyczynienie się do podniesienia poziomu świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa.

W ramach podjętej próby przybliżenia wybranych zagadnień dotyczących szeroko rozumianej praktyki postępowań likwidacyjnych w ramach ubezpieczeń komunikacyjnych analizą objęto m.in.: terminowość wypłaty odszkodowań, zasady kontaktowania się z likwidatorem zakładu ubezpieczeń, zasady stosowania metody kosztorysowej w procesie wyceny szkody, zasady rozliczania szkody całkowitej i częściowej, zasady stosowania poszczególnych rodzajów części zamiennych, a także kwestie dotyczące zwrotu wydatków poniesionych na najem pojazdu zastępczego oraz ustalenia w ramach odszkodowania utraty wartości handlowej. Ze względu na dużą liczbę skarg zgłaszanych w związku z prowadzonymi postępowaniami likwidacyjnymi, osobny rozdział został poświęcony zagadnieniom dotyczącym zgłaszania takich skarg do zakładów ubezpieczeń. Poszczególne kwestie zostały przedstawione w kontekście obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, wydanych w poszczególnych sprawach orzeczeń sądów powszechnych i Sądu Najwyższego oraz oczekiwań nadzorczych Komisji Nadzoru Finansowego.

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że przedstawione w niniejszej publikacji przykłady, z uwagi na ich abstrakcyjny i uproszczony charakter, mają na celu przybliżenie czytelnikowi praktyki likwidacji szkód, zatem nie mogą służyć one, jako podstawa prawna do zgłaszania – w konkretnych stanach faktycznych – roszczeń do zakładu ubezpieczeń.

1. TERMINOWOŚĆ WYPŁATY ODSZKODOWANIA

1.1. TERMINOWOŚĆ WYPŁATY ODSZKODOWANIA W RAMACH UBEZPIECZENIA OC POSIADACZY POJAZDÓW

W przypadku wystąpienia szkody w pojeździe, objętej ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów wypłata odszkodowania powinna być dokonana – co do zasady – w terminie 30 dni licząc od dnia zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o jej wystąpieniu. Zawiadomienia o wystąpieniu szkody może dokonać dowolna osoba, przy czym w praktyce najczęściej osobą tą jest poszkodowany. Wskazany termin wypłaty odszkodowania wynika z przepisu prawa bezwzględnie obowiązującego, co oznacza, iż nie jest możliwe zastosowanie w tym przypadku innego terminu. Z punktu widzenia interesów osoby dokonującej zawiadomienia o wystąpieniu szkody przejawem respektowania 30-dniowego terminu wypłaty odszkodowania powinna być aktywność zakładu ubezpieczeń w ramach prowadzonego postępowania likwidacyjnego zmierzająca do samodzielnego wyjaśnienia wszelkich okoliczności związanych z wystąpieniem szkody, które są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za jej wystąpienie oraz określenia wysokości odszkodowania.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego poinformował poszkodowanego pismem z dnia 16 stycznia 2015 r. o przyznaniu mu odszkodowania. Wypłata odszkodowania została zrealizowana na rachunek bankowy poszkodowanego w dniu 19 stycznia 2015 r.
Odnosząc się do obowiązku wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było prawidłowe.

Wszelkie odstępstwa od respektowania 30-dniowego terminu wypłaty odszkodowania są dopuszczalne wyłącznie w przypadku, w którym nie jest obiektywnie możliwe – przy pomocy dostępnych środków – w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do stwierdzenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wystąpienie szkody lub okoliczności koniecznych do określenia wysokości odszkodowania (np. sytuacja braku zlecenia sporządzenia opinii przez niezależnego rzeczoznawcę w zakresie rekonstrukcji przebiegu wypadku). W takiej sytuacji zakład ubezpieczeń powinien dokonać wypłaty odszkodowania w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednak nie później niż w terminie 90 dni od dnia zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wystąpieniu szkody. Postępowanie likwidacyjne zakładu ubezpieczeń

prowadzone w tym okresie, tj. pomiędzy 30 a 90 dniem od dnia zawiadomienia o wystąpieniu szkody powinno charakteryzować się szybkością i efektywnością oraz powinno mieć na celu wypłatę odszkodowania odpowiadającego wartości poniesionej przez poszkodowanego szkody. Ocena intensywności działań zakładu ubezpieczeń i ich celowości jest dokonywana z uwzględnieniem faktu, iż zakład ubezpieczeń jest profesjonalnym podmiotem zajmującym się działalnością ubezpieczeniową i ciąży na nim obowiązek dochowania w tym zakresie należytej staranności.

Jednocześnie należy mieć na względzie możliwość pojawienia się w postępowaniu likwidacyjnym szczególnych okoliczności uzasadniających niedochowanie przez zakład ubezpieczeń wskazanych wyżej zasad dotyczących terminowości wypłaty odszkodowania. Okolicznościami takimi są niemożność ustalenia przez zakład ubezpieczeń swojej odpowiedzialności w związku z wystąpieniem szkody lub niemożność ustalenia wysokości odszkodowania oraz uzależnienie dokonania ustaleń w tym zakresie od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Powyższe oznacza, że do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkodę lub ustalenia wysokości odszkodowania niezbędne jest przeprowadzenie postępowania sądowego karnego lub cywilnego i podjęcie w tym zakresie decyzji przez sam sąd. W kontekście tego należy zauważyć, że zakład ubezpieczeń nie może przerzucać na inne podmioty, w tym sądy, obowiązku ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności lub wysokości odszkodowania, gdyż zadania te należą do istoty działalności ubezpieczeniowej. Tym samym uzależnienie zakończenia postępowania likwidacyjnego od decyzji sądu jest dopuszczalne wyłącznie w przypadkach, w których toczy się postępowanie karne lub cywilne, a zakład ubezpieczeń nie może obiektywnie w sposób samodzielny dokonać ustaleń w zakresie stwierdzenia swojej odpowiedzialności za szkodę lub wysokości odszkodowania.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że wymóg terminowości wypłaty odszkodowania powinien dotyczyć każdego zawiadomienia o wystąpieniu szkody, niezależnie od momentu faktycznego jego dokonania.[1]

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w wyniku postępowania likwidacyjnego zgromadził wszystkie istotne informacje pozwalające na stwierdzenie swojej odpowiedzialności za zaistniałą szkodę oraz pozwalające na określenie wysokości odszkodowania.

[1] Wytyczne LSK – Wytyczna 10.3.: Każde roszczenie, zgłaszane wraz z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia losowego lub zawiadomieniem o szkodzie lub w terminie późniejszym, powinno być rozpatrzone z uwzględnieniem obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności co do terminu i obowiązków informacyjnych.

Ustalenia zostały oparte na podstawie analizy: druku zawiadomienia o szkodzie wraz z opisem przebiegu kolizji drogowej i stwierdzonych uszkodzeń pojazdu, dokumentów przedstawionych przez poszkodowanego, w tym: dowodu rejestracyjnego pojazdu, prawa jazdy, polisy, karty pojazdu; dokumentów przedstawionych przez sprawcę, w tym: dowodu rejestracyjnego pojazdu, prawa jazdy, oświadczenia sprawcy, co do okoliczności kolizji wskazującego na winę sprawcy, protokołu z oględzin pojazdu wraz ze zdjęciami, kalkulacji naprawy nr 0001, notatki informacyjnej o zdarzeniu drogowym z dnia 16 lutego 2015 r. sporządzonej przez Komendę Powiatową Policji w miejscowości X, stwierdzającej winę sprawcy za spowodowanie kolizji drogowej oraz fakt nałożenia na niego mandatu karnego. Ostatni dokument w postaci notatki informacyjnej o zdarzeniu drogowym z dnia 16 lutego 2015 r. wpłynął do zakładu ubezpieczeń w dniu 19 lutego 2015 r.
Mając na uwadze powyższe informacje znajdujące się w dyspozycji zakładu ubezpieczeń poszkodowany pismem z dnia 9 marca 2015 r. – po wcześniejszym kontakcie telefonicznym z dnia 6 marca 2015 r. – został poinformowany o trwającym postępowaniu likwidacyjnym mającym ustalić wysokość odszkodowania.
Odnosząc się do obowiązku wypłaty odszkodowania w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było nieprawidłowe z uwagi na fakt, iż w świetle posiadanych przez zakład ubezpieczeń informacji wypłata odszkodowania powinna nastąpić – w związku z wpłynięciem ostatniego dokumentu w dniu 19 lutego 2015 r. – w terminie do dnia 5 marca 2015 r.

Mając na uwadze złożoność postępowań likwidacyjnych i możliwość weryfikacji różnego rodzaju istotnych okoliczności koniecznych do ustalenia wysokości odszkodowania należy wskazać, że niezależnie od stanu zaawansowania procesu likwidacji szkód, w każdym przypadku, w którym zakład ubezpieczeń ustali swoją odpowiedzialność w związku z wystąpieniem szkody oraz jest w stanie ustalić wysokość odszkodowania, która bezspornie powinna być wypłacona poszkodowanemu, jest zobowiązany do wypłacenia tej części odszkodowania w terminie 30 dni licząc od dnia zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wystąpieniu szkody.

W zakresie ustalania wysokości odszkodowania stanowiącego część bezsporną należy wskazać, że bezsporna część odszkodowania powinna odpowiadać rozmiarowi szkody ustalonemu na dzień podjęcia przez zakład ubezpieczeń decyzji o jej wypłacie.[2]

Zgodnie z art. 14 ust. 2 zd. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w terminie, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń zawiadamia 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, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Z uwagi na unieruchomienie pojazdu został on odholowany do warsztatu na-

[2] Wytyczne LSK – Wytyczna 10.2.: Zakład ubezpieczeń, w każdym przypadku, gdy jest to zasadne, powinien w terminach wynikających z przepisów prawa i zawartej umowy ubezpieczenia, spełnić bezsporną część świadczenia, w wysokości odpowiadającej rozmiarowi szkody ustalonemu na dzień podjęcia decyzji o wypłacie bezspornej części świadczenia.

prawczego znajdującego się najbliżej miejsca kolizji drogowej. Zakład ubezpieczeń w wyniku postępowania likwidacyjnego zgromadził wszystkie istotne informacje pozwalające na stwierdzenie swojej odpowiedzialności za zaistniałą szkodę oraz wybrane informacje i dokumenty pozwalające na określenie w sposób wstępny wysokości odszkodowania. W zakresie ustalenia wysokości odszkodowania zakład ubezpieczeń zgromadził: protokół z oględzin pojazdu wraz ze zdjęciami, kalkulację naprawy nr 0002, fakturę VAT nr 1/2015 z dnia 5 stycznia 2015 r. za usługę holowania uszkodzonego pojazdu do warsztatu naprawczego znajdującego się najbliżej miejsca kolizji drogowej. Faktura VAT nr 1/2015 z dnia 5 stycznia 2015 r. wpłynęła do zakładu ubezpieczeń w dniu 7 stycznia 2015 r., a koszt usługi w niej wskazany był porównywalny z kosztami usług świadczonych przez inne podmioty z tej branży w miejscowości X. Z uwagi na wybranie przez poszkodowanego metody serwisowej naprawy pojazdu, zakład ubezpieczeń nie posiadał wyłącznie faktury dokumentującej koszt naprawy pojazdu.

Mając na uwadze powyższe informacje znajdujące się w dyspozycji zakładu ubezpieczeń poszkodowany pismem z dnia 30 stycznia 2015 r. został poinformowany o niemożności wypłaty odszkodowania w związku z trwającą naprawą pojazdu i oczekiwaniem na fakturę dokumentującą koszt jego naprawy. Bezsporna część odszkodowania wynikająca z usługi holowania pojazdu udokumentowana fakturą VAT nr 1/2015 z dnia 5 stycznia 2015 r. nie została wypłacona.

Odnosząc się do obowiązku wypłaty bezspornej części odszkodowania, w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, dotyczącej kosztu usługi holowania udokumentowanego fakturą VAT nr 1/2015 z dnia 5 stycznia 2015 r. należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było nieprawidłowe z uwagi na fakt, iż w świetle posiadanych przez zakład ubezpieczeń informacji wypłata bezspornej części odszkodowania w ww. zakresie powinna nastąpić w terminie do dnia 2 lutego 2015 r.

Należy zauważyć, że niedochowanie przez zakład ubezpieczeń obowiązków w zakresie terminowości wypłaty odszkodowań z tytułu ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów wiąże się z nałożeniem przez organ nadzoru w drodze decyzji kary pieniężnej na członków zarządu lub prokurentów zakładu ubezpieczeń w wysokości odpowiadającej trzykrotnemu przeciętnemu wynagrodzeniu z ostatnich 12 miesięcy lub na zakład ubezpieczeń do wysokości 0,5% składki przypisanej brutto uzyskanej przez zakład ubezpieczeń w poprzednim roku, a w przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie prowadził działalności lub miał zbiór składki przypisanej poniżej 20 000 000 zł do wysokości 100 000 zł.

1.2. TERMINOWOŚĆ WYPŁATY ODSZKODOWANIA W RAMACH UBEZPIECZENIA AUTOCASCO

W przypadku wystąpienia szkody w pojeździe objętej ubezpieczeniem autocasco wypłata odszkodowania powinna być dokonana – co do zasady – w terminie 30 dni licząc od dnia zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku, w następstwie którego powstała szkoda. Wskazany termin wypłaty odszkodowania może zostać zmieniony przez zakład ubezpieczeń, ale wyłącznie w zakresie, w jakim termin wypłaty odszkodowania będzie korzystniejszy dla uprawnionego.

Zgodnie z art. 817 § 1 kodeksu cywilnego ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Zgodnie z art. 817 § 3 kodeksu cywilnego umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w paragrafach poprzedzających.

Przykład:
W dniu 2 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do wypadku objętego zakresem ubezpieczenia autocasco. W dniu 2 stycznia 2015 r. uprawniony zawiadomił zakład ubezpieczeń o wypadku i wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego poinformował uprawnionego pismem z dnia 16 stycznia 2015 r. o przyznaniu mu odszkodowania. Wypłata odszkodowania została zrealizowana na rachunek bankowy uprawnionego w dniu 19 stycznia 2015 r.
Odnosząc się do obowiązku wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o wypadku należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było prawidłowe.

Zasady dokonywania zawiadomienia o wystąpieniu wypadku, oczekiwana od zakładu ubezpieczeń aktywność w prowadzeniu postępowania likwidacyjnego, odstępstwa od obowiązku respektowania 30-dniowego terminu wypłaty odszkodowania przedstawiają się analogicznie jak w przypadku ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów z zastrzeżeniem, iż w przypadku niedokonania wypłaty odszkodowania w terminie 30-dniowym zakład ubezpieczeń powinien dokonać jego wypłacenia w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym wyjaśnienie okoliczności koniecznych do stwierdzenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wystąpienie szkody lub okoliczności koniecznych do określenia wysokości odszkodowania – przy zachowaniu należytej staranności – było możliwe.

Zgodnie z art. 817 § 2 kodeksu cywilnego gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Przykład:
W dniu 2 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do wypadku objętego zakresem ubezpieczenia autocasco. W dniu 2 stycznia 2015 r. uprawniony zawiadomił zakład ubezpieczeń o wypadku i wystąpieniu szkody w pojeździe. Zakład ubezpieczeń po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego zgromadził wszystkie istotne informacje pozwalające na stwierdzenie swojej odpowiedzialności za zaistniałą szkodę. Na prośbę uprawnionego oględziny pojazdu oraz sporządzenie kalkulacji naprawy nr 0003 nastąpiło dopiero w dniu 2 lutego 2015 r., a przedmiotowy dokument wpłynął do zakładu ubezpieczeń w dniu 3 lutego 2015 r. Wypłata odszkodowania w kwocie wynikającej z kalkulacji naprawy nr 0003 została dokonana w dniu 20 lutego 2015 r.
Odnosząc się do obowiązku wypłaty odszkodowania w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było nieprawidłowe z uwagi na fakt, iż w świetle posiadanych przez zakład ubezpieczeń informacji wypłata odszkodowania powinna nastąpić – w związku z wpłynięciem w dniu 3 lutego 2015 r. ostatniego dokumentu do zakładu ubezpieczeń – w terminie do dnia 17 lutego 2015 r.

Należy wskazać, że również zasady ustalania i wypłaty bezspornej części odszkodowania przedstawiają się analogicznie jak w przypadku ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów.

Zgodnie z art. 817 § 2 zd. 2 kodeksu cywilnego jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1.

Przykład:
W dniu 2 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do wypadku objętego zakresem ubezpieczenia autocasco. W dniu 2 stycznia 2015 r. uprawniony zawiadomił zakład ubezpieczeń o wypadku i wystąpieniu szkody w pojeździe. Zakład ubezpieczeń po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego zgromadził wszystkie istotne informacje pozwalające na stwierdzenie swojej odpowiedzialności za zaistniałą szkodę. Oględziny pojazdu oraz sporządzenie kalkulacji naprawy nr 0004 nastąpiło w dniu 15 stycznia 2015 r., a przedmiotowy dokument wpłynął do zakładu ubezpieczeń w dniu 16 stycznia 2015 r. Z uwagi na konieczność dodatkowych oględzin pojazdu w zakresie dotyczącym sprawności systemu ABS ustalono, że kwota wynikająca z kalkulacji naprawy nr 0004 z dnia 15 stycznia 2015 r. jako bezsporna część odszkodowania zostanie wypłacona w dniu 19 stycznia 2015 r., przy zastrzeżeniu, że ostateczna wysokość odszkodowania będzie zależała od wyników dodatkowych oględzin pojazdu w zakresie dotyczącym sprawności systemu ABS. Z uwagi na chorobę likwidatora zajmującego się daną sprawą w okresie 19 stycznia 2015 r. – 2 lutego 2015 r. wypłata odszkodowania nastąpiła w dniu 3 lutego 2015 r.
Odnosząc się do obowiązku wypłaty bezspornej części odszkodowania w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o wypadku należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było nieprawidłowe z uwagi na fakt, iż w świetle posiadanych przez zakład ubezpieczeń informacji wypłata bezspornej części odszkodowania powinna nastąpić w terminie do dnia 2 lutego 2015 r.

1.3. NALEŻYTA STARANNOŚĆ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ W POSTĘPOWANIU LIKWIDACYJNYM

Dochowanie należytej staranności w postępowaniu likwidacyjnym zarówno dotyczącym ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów, jak i ubezpieczeń autocasco oznacza respektowanie standardów, jakich można oczekiwać od profesjonalistów zawodowo funkcjonujących w branży ubezpieczeniowej. Działania podejmowane przez zakład ubezpieczeń w postępowaniu likwidacyjnym powinny wynikać i być zgodne z wiedzą niezbędną do profesjonalnego działania w tym zakresie, charakteryzować się dysponowaniem umiejętnościami praktycznymi (fachowością) oraz poziomem sumienności, dokładności, zapobiegliwości, zaangażowania i rozwagi opartym na kryteriach zobiektywizowanych, jakich można oczekiwać od profesjonalnego przedsiębiorcy. Przyjęte do oceny działalności zakładu ubezpieczeń mierniki staranności powinny odwoływać się do oczekiwań ogólnie przyjmowanych, w typowych sytuacjach, występujących na rynku ubezpieczeniowym, odnoszących się do procesu likwidacji szkód.

Zgodnie z art. 355 § 2 kodeksu cywilnego należytą staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.

1.4. UPRAWNIENIA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ MAJĄCE ZAPEWNIĆ TERMINOWOŚĆ POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO

Oczekiwanie od zakładu ubezpieczeń odpowiedniego poziomu aktywności w prowadzeniu konkretnego postępowania likwidacyjnego dotyczącego zarówno ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów, jak i ubezpieczeń autocasco wynika z faktu, iż zakład ubezpieczeń dysponuje narzędziami umożliwiającymi mu prowadzenie działań pozwalających na ustalenie istnienia swojej odpowiedzialności za wystąpienie danej szkody oraz określenie wysokości odszkodowania. W tym celu zakład ubezpieczeń ma możliwość pozyskania od sądów, prokuratur, policji oraz innych organów państwowych i instytucji informacji oraz dokumentów związanych z prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym w zakresie, jaki jest niezbędny do ustalenia istnienia swojej odpowiedzialności za wystąpienie danej szkody oraz określenie wysokości odszkodowania. Zakład ubezpieczeń ma również możliwość pozyskania od osoby dokonującej zawiadomienia o wystąpieniu szkody dokumentów, które są potrzebne do ustalenia istnienia swojej odpowiedzialności za wystąpienie danej szkody oraz określenie wysokości odszkodowania, jeżeli ich posiadanie jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania likwidacyjnego. Zakład ubezpieczeń może zwrócić się w tym zakresie do osoby występującej z roszczeniem w formie pisemnej lub każdej innej formie, która została wcześniej uzgodniona (np. e-mail). Jednocześnie należy mieć na uwadze, że nie jest dopuszczalne żądanie przez zakład ubezpieczeń dokumentów, które znajdują się w jego posiadaniu, w szczególności dotyczy to dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia.[3]

Nie można zapominać, że zakład ubezpieczeń jako profesjonalista posiada do dyspozycji wysoko wykwalifikowane kadry umożliwiające wykonywanie wszystkich koniecznych zadań w ramach procesu likwidacji szkód, jak również dysponuje specjalistycznymi programami informatycznymi mającymi usprawnić przebieg całego postępowania likwidacyjnego.

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej sądy, prokuratura, Policja oraz inne organy i instytucje, na wniosek zakładu ubezpieczeń, w zakresie zadań przez ten zakład ubezpieczeń wykonywanych i w celu ich wykonania, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności, udzielają informacji o stanie sprawy oraz udostępniają zebrane materiały, jeżeli są one niezbędne do ustalenia okoliczności tych wypadków i zdarzeń losowych oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej […] zakład ubezpieczeń […] informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

[3] Wytyczne LSK – Wytyczna 10.4.: Zakład ubezpieczeń nie powinien uzależniać rozpoczęcia lub kontynuowania postępowania likwidacyjnego od przedstawienia przez uprawnionego lub osobę zgłaszającą roszczenie dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 16 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych osoba, której odpowiedzialność jest objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, a także osoba występująca z roszczeniem, powinny przedstawić zakładowi ubezpieczeń, Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub Polskiemu Biuru Ubezpieczycieli Komunikacyjnych posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić im ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód, jak również udzielić pomocy w dochodzeniu przez zakład ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny lub Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych roszczeń przeciwko sprawcy szkody.

1.5. ODSETKI ZWIĄZANE Z NIEDOCHOWANIEM TERMINÓW WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Niedokonanie wypłaty odszkodowania w wymaganych terminach zarówno w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów, jak i ubezpieczeniu autocasco w sytuacji braku istnienia okoliczności faktycznych uzasadniających takie działanie będzie powodować – w przypadku zgłoszenia takiego roszczenia – obowiązek zapłaty przez zakład ubezpieczeń odsetek za okres opóźnienia niezależnie od faktu wystąpienia szkody w majątku osoby występującej z zawiadomieniem o wystąpieniu szkody/wypadku lub wystąpienia okoliczności, za które zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności. Odsetki, w przypadku zgłoszenia takiego roszczenia, powinny być liczone – co do zasady – od pierwszego dnia po upływie terminu na dokonanie wypłaty odszkodowania uwzględniwszy całokształt okoliczności konkretnego postępowania likwidacyjnego.

Zgodnie z art. 481 § 1 kodeksu cywilnego, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

2. PRAWO DO PEŁNEJ INFORMACJI O ODSZKODOWANIU

W celu zachowania transparentności i profesjonalizmu prowadzonego postępowania likwidacyjnego, zakład ubezpieczeń powinien zapewnić uprawnionemu pełną i zrozumiałą informację o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania.[4] Należy zwrócić uwagę, że poszkodowany ma prawo otrzymać wszelkie informacje i dokumenty, które są gromadzone przez zakład ubezpieczeń w celu ustalenia jego odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. Co więcej, uprawniony lub poszkodowany mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzania (na swój koszt) kserokopii takich dokumentów.

Zgodnie z art. 16 ust. 4 oraz 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Informacje i dokumenty zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w art. 16 ust. 1 ww. ustawy oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
Zakład ubezpieczeń przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w art. 16 ust. 4 ww. ustawy, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż prawo do pełnej informacji o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania jest obowiązkiem zakładu ubezpieczeń od samego momentu zgłoszenia roszczenia, nie zaś od momentu złożenia skargi, odwołania (lub wniosku) poszkodowanego na brak uzasadnienia zastosowanej korekty lub brak szczegółowego kosztorysu.

2.1. KONTAKT Z LIKWIDATOREM W RAMACH POSTĘPOWANIA LIKWIDACYJNEGO

Postępowanie likwidacyjne jest prowadzone ze strony zakładu ubezpieczeń przez wyspecjalizowaną kadrę, której podstawowym celem jest ustalenie istnienia odpowiedzialności zakładu ubez-

[4] Wytyczne LSK – Wytyczna 14.: Zakład ubezpieczeń powinien zapewnić uprawnionemu pełną i zrozumiałą informację o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania.

pieczeń w związku z zawiadomieniem o wystąpieniu szkody/wypadku oraz ustalenie wysokości należnego w konkretnej sprawie odszkodowania. Złożoność możliwych stanów faktycznych występujących w procesie likwidacji szkód i związane z tym działania podejmowane przez likwidatora stawiają przed zakładem ubezpieczeń wyzwanie w postaci zapewnienia odpowiedniej jakości komunikacji pomiędzy zakładem ubezpieczeń a podmiotami, bez udziału których sprawne i efektywne przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego jest niemożliwe. Katalog podmiotów, z którymi zakład ubezpieczeń może się kontaktować nie ogranicza się wyłącznie do osoby dokonującej zawiadomienia o wystąpieniu szkody/wypadku, osoby zgłaszającej roszczenie, ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia czy poszkodowanego, ale obejmuje również sądy, prokuraturę, policję oraz inne organy i instytucje mogące dysponować informacjami dotyczącymi stanu sprawy związanymi z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jak i ustalenia wysokości odszkodowania.

W przypadku zwrócenia się przez zakład ubezpieczeń do osoby występującej z roszczeniem o przedstawienie dokumentów potrzebnych do dalszego prowadzenia postępowania likwidacyjnego w zakresie ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania, skierowane przez zakład ubezpieczeń żądanie powinno mieć formę pisemną. Przyjęcie innej formy jest dopuszczalne w sytuacji, w której osoba występująca z roszczeniem wyraziła na taką formę zgodę.

Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej […] zakład ubezpieczeń […] informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w wyniku postępowania likwidacyjnego zgromadził wszystkie istotne informacje pozwalające na stwierdzenie swojej odpowiedzialności za zaistniałą szkodę oraz wybrane informacje i dokumenty pozwalające na określenie wysokości odszkodowania z wyłączeniem numeru rachunku bankowego poszkodowanego. Likwidator wystąpił do poszkodowanego z wnioskiem o wskazanie numeru rachunku bankowego, na który – zgodnie z wcześniejszą jego decyzją dotyczącą wypłaty odszkodowania w formie przelewu na rachunek bankowy – ma zostać dokonana płatność tytułem należnego odszkodowania. Informacja w tym zakresie została wysłana do poszkodowanego za pośrednictwem e-maila na adres poczty elektronicznej ustalony przez likwidatora na podstawie informacji zawartych w portalu społecznościowym. Poszkodowany w ramach postępowania likwidacyjnego nie wskazał żadnego adresu poczty elektronicznej, jaki mógłby być używany przez zakład ubezpieczeń do kontaktu z nim, wskazując jednocześnie, że kontakt z nim powinien odbywać się z wykorzystaniem tradycyjnej poczty na wskazany przez niego adres korespondencyjny. Z uwagi na fakt, iż wykorzystany przez likwidatora adres poczty elektronicznej był nieaktualny, brak posiadania przez zakład ubezpieczeń numeru rachunku bankowego poszkodowanego spowodował, że wypłata odszkodowania nie została wypłacona w wymaganym terminie.
Mając na uwadze powyższe informacje należy stwierdzić, że działanie likwidatora w zakresie wystąpienia do poszkodowanego z wnioskiem o wskazanie numeru rachunku bankowego, na który ma zostać dokonana płatność tytułem należnego odszkodowania za pośrednictwem e-maila w sytuacji braku wyrażenia zgody przez poszkodowanego na kontaktowanie się z nim w ramach postępowania likwidacyjnego za pośrednictwem poczty elektronicznej było niezgodne z wymogami art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Należy mieć na uwadze, że również zakład ubezpieczeń może zostać zobowiązany do przedstawienia informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania. Przedmiotowe informacje i dokumenty powinny zostać – w zależności od zakresu żądania – udostępnione, potwierdzone pisemnie, skopiowane i potwierdzone za zgodność z oryginałem lub udostępnione w postaci elektronicznej.

Zgodnie z art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Informacje i dokumenty zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Zgodnie z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń ma obowiązek, na żądanie ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub poszkodowanego, udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

2.2. INFORMACJA W PROCESIE LIKWIDACJI SZKÓD Z UBEZPIECZENIA OC SPRAWCY

2.2.1. Informacja o kalkulacji kosztów naprawy pojazdu

Zakład ubezpieczeń w toku likwidacji szkody powinien przekazać uprawnionemu, z własnej inicjatywy, kalkulację kosztów naprawy pojazdu, na podstawie której ustalił wartość świadczenia.[5] Oznacza to, że uprawniony może domagać się nie tylko wskazania przez zakład ubezpieczeń wyliczonej kwoty przyznanego odszkodowania, ale również określenia w sposób szczegółowy, jakie składniki mają wpływ na proponowaną kwotę. Przedstawienie przez zakład ubezpieczeń pełnej kalkulacji kosztów naprawy nie jest uzależnione od złożenia w tej sprawie wniosku poszkodowanego.

Kalkulacja przedstawiana przez zakład ubezpieczeń winna być w miarę możliwości szczegółowa i zawierać m.in. informacje dotyczące:

- marki pojazdu,
- modelu pojazdu,
- typu pojazdu,

[5] Wytyczne LSK – Wytyczna 14.2.: Zakład ubezpieczeń powinien przekazać uprawnionemu, z własnej inicjatywy kalkulację kosztów naprawy pojazdu, na podstawie którego ustalił wartość świadczenia.

- numeru rejestracyjnego,
- numeru nadwozia,
- daty pierwszej rejestracji (pierwszego dopuszczenia do ruchu),
- roku produkcji oraz przebiegu uszkodzonego pojazdu,
- liczby oraz rodzaju operacji koniecznych do dokonania naprawy (wymiana/naprawa części, lakierowanie elementów),
- części podlegających wymianie oraz naprawie,
- jakości części (O, Q, P), które uwzględniono przy kalkulacji, ich producenta i dostawcy,
- liczby oraz rodzaju roboczogodzin koniecznych do przeprowadzenia naprawy pojazdu,
- cen części i stawek roboczogodzin.

Przekazywana poszkodowanemu kalkulacja powinna być jasna, czytelna oraz nie powinna zawierać wyłącznie ogólnych informacji o wysokości kosztów naprawy, bez wskazania np. jakiego rodzaju części (oryginalne, zamienniki) zostały użyte do ustalenia wysokości odszkodowania. Należy także zwrócić uwagę, że zakład ubezpieczeń nie może tłumaczyć braku przedstawienia szczegółowej kalkulacji, wskazując na używaną przez siebie wersję specjalistycznego systemu informatycznego (np. Audatex, Info-Expert), służącego do wyceny pojazdów.

2.2.2. Informacja o stosowanych korektach

Prawo poszkodowanego do pełnej informacji o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania obejmuje także przekazanie uzasadnienia o zastosowanych przez zakład ubezpieczeń korektach (potrąceniach, pomniejszeniach). Taki obowiązek wynika m.in. z treści art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych.

> *Zgodnie z art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem w terminie, o którym mowa w art. 14 ust. 1 albo 2 ww. ustawy, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Pismo zakładu ubezpieczeń powinno zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.*

Należy w tym miejscu podkreślić, iż niezależnie od tego, w jaki sposób zakład ubezpieczeń dokonuje ustalenia kwoty odszkodowania oraz czy w trakcie prowadzonego postępowania likwidacyjnego korzysta ze specjalistycznych programów informatycznych, odszkodowanie powinno być ustalone w takiej wysokości, aby zapewnić zawsze pełną kompensatę poniesionej szkody.

Stosowanie korekt wartości pojazdu może być wyjątkowo dopuszczalne, ale tylko wtedy, gdy wartość rynkowa pojazdu sprzed szkody zostanie ustalona w prawidłowej wysokości, a zastosowane korekty zostaną właściwie uzasadnione przez likwidatora. Uzasadnienie winno obejmować celowość zastosowania danej korekty oraz jej wysokość.[6]

[6] Wytyczne LSK – Wytyczna 14.4.: W przypadku, gdy zgodnie z zasadami wyceny wartości pojazdu przyjętymi przez zakład ubezpieczeń zastosowanie danej korekty wartości pojazdu oraz jej wartość zależą od uznania likwidatora, należy uzasadnić uprawnionemu celowość zastosowania takiej korekty oraz jej zastosowanie w danej wysokości.

2.2.3. Informacja o propozycji rozliczenia szkody jako całkowitej

W przypadku skierowania przez zakład ubezpieczeń propozycji rozliczenia szkody jako całkowitej, tj. szkody, w której pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się on do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu, zakład ubezpieczeń powinien przekazać uprawnionemu również pełne wyceny wartości pojazdu sprzed i po zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, będące podstawą ustalenia wysokości świadczenia, zawierające m.in. informację o rodzaju i wartości wszelkich korekt wartości pojazdu, a także szczegółową informację, zawierającą ww. dane o kalkulacji przewidywanych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, które stały się podstawą do uznania przez zakład ubezpieczeń zasadności likwidacji szkody jako całkowitej.[7] Powyższy obowiązek zakładu ubezpieczeń jest niezwykle ważny, biorąc pod uwagę, iż w przypadku dokonania zaniżenia wyceny pojazdu sprzed wypadku oraz niesłusznego zawyżenia przewidywanych kosztów naprawy może dojść do nieprawidłowej (i niekorzystnej dla poszkodowanego) kwalifikacji szkody jako całkowitej. Co prawda, wycena sporządzona przez zakład ubezpieczeń może zawsze zostać podważona przez poszkodowanego, zwłaszcza w sytuacji, gdy w jego ocenie doszło do zaniżenia wartości rynkowej pojazdu sprzed wypadku, jednak wtedy poszkodowany musi sam przedstawić własny dowód na poparcie swoich roszczeń, posługując się np. alternatywną opinią niezależnego rzeczoznawcy.

Przykład:
W dniu 1 lutego 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 lutego 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe, wyprodukowanym w 2003 r. W przedstawionej poszkodowanemu kalkulacji zakład ubezpieczeń nie dokonał tzw. „urealnień cen części", nie była dokonywana optymalizacja, zostały przyjęte wyłącznie ceny nowych oryginalnych części producenta pojazdu, natomiast stawki za roboczogodzinę zostały przyjęte w kwocie 120,00 zł netto. Tak ustalone koszty naprawy przekroczyły wartość pojazdu poszkodowanego przed szkodą (9200 zł) i w konsekwencji przedmiotowa szkoda została rozliczona jako szkoda całkowita. W decyzji o przyznaniu odszkodowania, zakład ubezpieczeń poinformował o zakwalifikowaniu szkody jako całkowitej, a w uzasadnieniu swojego stanowiska, zakład ubezpieczeń wskazał, że koszt naprawy pojazdu przekracza jego wartość rynkową i w związku z powyższym kwota odszkodowania została wyliczona jako różnica pomiędzy wartością rynkową samochodu a wartością jego pozostałości.

2.3. INFORMACJA W PROCESIE LIKWIDACJI SZKÓD Z UMOWY UBEZPIECZENIA AUTOCASCO

W przypadku szkód likwidowanych z tytułu umowy ubezpieczenia autocasco, zakres przedstawianej kalkulacji oraz korekt zależy – co do zasady – od treści warunków umowy ubezpieczenia. Należy jednak zwrócić uwagę, że każdorazowo konieczne jest wskazanie przez

[7] Wytyczne LSK – Wytyczna 14.3.: W przypadku skierowania przez zakład ubezpieczeń propozycji rozliczenia szkody jako całkowitej, zakład ubezpieczeń powinien przekazać uprawnionemu również pełne wyceny wartości pojazdu sprzed i po zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, będące podstawą ustalenia wysokości świadczenia, zawierające m.in. informację o rodzaju i wartości wszelkich korekt wartości pojazdu, a także szczegółową informację, zawierającą dane określone w wytycznej 14.2. o kalkulacji przewidywanych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, które stały się podstawą do uznania przez zakład ubezpieczeń zasadności likwidacji szkody jako całkowitej.

zakład ubezpieczeń okoliczności i podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, co wynika bezpośrednio z art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Zgodnie z art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

2.4. INFORMACJA O NIEMOŻNOŚCI WYPŁATY ODSZKODOWANIA W CAŁOŚCI LUB W CZĘŚCI W TERMINIE

W przypadku niemożności wypłaty odszkodowania w całości lub w części w terminie wynikającym z przepisów prawa lub umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zawiadomienia o tym w formie pisemnej osobę zgłaszającą roszczenie lub uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części. Dodatkowo, w przypadku ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wskazania przypuszczalnego terminu zajęcia ostatecznego stanowiska dotyczącego zgłoszonych roszczeń. Ponadto, należy mieć na uwadze, że zawiadomienie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia powinno wskazywać konkretną przyczynę uniemożliwiającą zaspokojenie roszczeń w danej sprawie, przypuszczalny termin, w którym będzie to możliwe oraz sposób współdziałania z zakładem ubezpieczeń, jeżeli przyczyna niemożności zaspokojenia roszczenia dotyczy osoby zgłaszającej roszczenie.[8]

Zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli w terminach określonych w umowie lub w ustawie zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części […].

Zgodnie z art. 14 ust. 2 zd. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w terminie, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń zawiadamia 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 […].

[8] Wytyczne LSK – Wytyczna 11.2.: Pisemne zawiadomienie zakładu ubezpieczeń, skierowane w terminach wskazanych w ustawie lub w umowie ubezpieczenia, do osoby zgłaszającej roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, powinno zawierać wskazanie konkretnej przyczyny uniemożliwiającej zaspokojenie roszczeń w danej sprawie, wskazanie przypuszczalnego terminu, w którym będzie to możliwe oraz, jeżeli jest to przyczyna dotycząca osoby zgłaszającej roszczenie, wskazanie, w jaki sposób osoba ta powinna współdziałać z zakładem ubezpieczeń w celu doprowadzenia do zakończenia postępowania likwidacyjnego.

2.5. INFORMACJA O ODMOWIE WYPŁATY ODSZKODOWANIA W CAŁOŚCI LUB W CZĘŚCI

W przypadku stwierdzenia przez zakład ubezpieczeń, że odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż wskazana w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń, stosując terminy dotyczące wypłaty odszkodowań, jest zobowiązany poinformować o tym w formie pisemnej osobę występującą z takim roszczeniem oraz przedstawić okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą podjęcie decyzji odmownej, w tym nieuwzględnienie okoliczności wskazanych przy zgłaszaniu roszczenia. Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do pisemnego poinformowania o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej.

Zgodnie z art. 16 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Zgodnie z art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem w terminie, o którym mowa w ust. 1 albo 2, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Pismo zakładu ubezpieczeń powinno zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Niezależnie od strony inicjującej kontakt należy wskazać, że wszelka komunikacja ze strony zakładu ubezpieczeń powinna być prowadzona z zachowaniem należytej staranności związanej z zawodowym charakterem prowadzonej przez niego działalności ubezpieczeniowej.[9] Ponadto, uzasadnionym jest oczekiwanie od zakładu ubezpieczeń, że osobie zgłaszającej roszczenie, niezwłocznie po jego dokonaniu zostaną przekazane przez zakład ubezpieczeń dane kontaktowe likwidatora prowadzącego postępowanie likwidacyjne, umożliwiające bezpośredni i szybki z nim kontakt za pośrednictwem telefonu, poczty elektronicznej lub innego kanału komunikacji w zależności od możliwości zakładu ubezpieczeń (np. kontakt osobisty lub kontakt za pośrednictwem strony internetowej).[10] Wszelkie informacje przekazywane przez likwidatora w toku postępowania likwidacyjnego powinny cechować się rzeczowością, przystępnością i zrozumiałością.

[9] Wytyczne LSK – Wytyczna 11.: Komunikacja likwidatora z podmiotami, z którymi kontaktuje się on w toku postępowania likwidacyjnego, w szczególności z osobą zgłaszającą roszczenie, uprawnionym, ubezpieczającym, ubezpieczonym oraz sprawcą zdarzenia losowego, powinna być prowadzona z zachowaniem należytej staranności związanej z zawodowym charakterem prowadzonej przez niego działalności ubezpieczeniowej.

[10] Wytyczne LSK – Wytyczna 12.1.: Zgodnie z procedurami uprawniony lub osoba zgłaszająca roszczenie powinni otrzymać, bezzwłocznie po zgłoszeniu roszczenia, dane kontaktowe likwidatora prowadzącego postępowanie likwidacyjne zainicjowane zgłoszeniem roszczenia, umożliwiające bezpośredni kontakt z likwidatorem. Jeżeli w danym zakładzie ubezpieczeń za likwidację szkody odpowiada zespół osób (likwidatorów), wystarczające jest podanie danych kontaktowych jednego likwidatora; Wytyczna 12.3.: Zakład ubezpieczeń w procedurach powinien zapewnić możliwość bezpośredniego kontaktu z likwidatorem przez podmioty, z którymi likwidator kontaktuje się w toku postępowania likwidacyjnego, w szczególności przez osobę zgłaszającą roszczenie, uprawnionego, ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz sprawcę zdarzenia losowego, za pośrednictwem telefonu lub poczty elektronicznej, a ponadto – o ile uzasadnia to skala prowadzonej działalności ubezpieczeniowej oraz wielkość i profil ryzyka związany z tą działalnością – zakład ubezpieczeń może umożliwić inne formy kontaktowania się z likwidatorem np. kontakt osobisty lub kontakt za pośrednictwem strony internetowej zakładu ubezpieczeń.

3. STOSOWANIE METODY KOSZTORYSOWEJ W PROCESIE USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W RAMACH UBEZPIECZENIA OC POSIADACZY POJAZDÓW

W przypadku wystąpienia uszkodzenia pojazdu, mającego charakter szkody częściowej celem postępowania likwidacyjnego jest ustalenie wysokości odszkodowania, które zapewni przywrócenie pojazdu do stanu sprzed wypadku wyrządzającego tę szkodę. Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do podejmowania działań prowadzących do urzeczywistnienia zasady pełnego odszkodowania określonej w art. 361 § 2 kodeksu cywilnego, przy zastrzeżeniu, że odszkodowanie powinno objąć wyłącznie zwykłe, regularne następstwa działania lub zaniechania, które doprowadziły do powstania szkody.

Zgodnie z art. 361 § 1 kodeksu cywilnego zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

W myśl art. 361 § 2 kodeksu cywilnego w powyższych granicach (tj. normalnych następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła), w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

Ograniczając rozważania w zakresie ustalania wysokości odszkodowania do wykorzystywania przez zakład ubezpieczeń metody kosztorysowej, należy wskazać, że przyjęte kryteria szacowania wartości odszkodowania powinny być obiektywne i adekwatne w danej sprawie. Co oznacza, że kalkulacja kosztów naprawy powinna stanowić zobiektywizowaną symulację kosztów przyszłej i ewentualnej naprawy pojazdu obejmujących ceny części zamiennych oraz koszty niezbędnych do naprawy pojazdu usług. W praktyce oznacza to, iż ustalenie wysokości odszkodowania metodą kosztorysową powinno zostać dokonane na podstawie rynkowej wartości części zamiennych i usług z dnia ustalania odszkodowania, niezbędnych do dokonania naprawy zniszczonego lub uszkodzonego pojazdu. Wysokość odszkodowania powinna uwzględniać niezbędne i ekonomicznie uzasadnione koszty prowadzące do naprawy uszkodzonego pojazdu, z zastrzeżeniem, że ostateczna wysokość odszkodowania nie może przewyższać rzeczywistej wartości szkody i doprowadzić w ten sposób do wzrostu wartości pojazdu, w stosunku do jego wartości sprzed powstania szkody przy jednoczesnym respektowaniu zasady pełnego odszkodowania.

Kalkulacja kosztów naprawy obejmująca ceny części zamiennych, jak i ceny usług niezbędnych do naprawy pojazdu powinna uwzględniać podatek VAT, chyba że poszkodowany jest zarejestrowanym podatnikiem podatku VAT i ma prawo od dokonania obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego przy nabywaniu usług lub towarów wykorzystywanych do wykonywania przez niego czynności opodatkowanych.

Ponadto, należy wskazać, że zakład ubezpieczeń nie powinien stosować praktyk skutkujących naruszeniem zasady pełnego odszkodowania poprzez posługiwanie się odmiennymi kryteriami w procesie ustalania wysokości odszkodowania w związku z posługiwaniem się metodą kosztorysową i metodą serwisową.[11]

W każdym przypadku stosowania metody kosztorysowej, kalkulacja kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu obejmująca np. prace blacharskie, mechaniczne, lakiernicze powinna uwzględniać:

- normy czasowe operacji naprawczych zapewniające przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego,
- stawki za roboczogodzinę ustalone na podstawie cen stosowanych przez warsztaty naprawcze, które są w stanie dokonać naprawy w sposób zapewniający przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego,
- części zamienne i materiały zapewniające przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego.

Wskazane wyżej dane dotyczące norm czasowych operacji naprawczych, stawek za roboczogodzinę, cen części zamiennych i materiałów, przyjmowane przez zakład ubezpieczeń w kalkulacji kosztów naprawy, powinny być oparte na danych rzeczywistych i stosowanych w warunkach rynkowych na terenie miejsca zamieszkania, siedziby poszkodowanego lub miejsca naprawy pojazdu. Zakład ubezpieczeń na żądanie poszkodowanego powinien wyjaśnić sposób, w jaki została ustalona – przyjęta w kosztorysie – cena usług stosowana przez warsztat naprawczy oraz wskazać konkretny warsztat naprawczy wykonujący usługi naprawcze w miejscu zamieszkania lub siedziby poszkodowanego w cenie usług przyjętych w kosztorysie, który będzie w stanie dokonać naprawy pojazdu w sposób przywracający jego poprzedni stan.[12] Dodatkowo należy wskazać, że w sytuacji zakwestionowania przez zakład ubezpieczeń kalkulacji kosztów naprawy pojazdu sporządzonej przez rzeczoznawcę lub warsztat naprawczy na zlecenie poszkodowanego zakład ubezpieczeń powinien uzasadnić decyzję o uznaniu ww. kalkulacji za nieprawidłową.[13]

---

[11] Wytyczne LSK – Wytyczna 15.1.: Niezależnie od tego, czy wysokość świadczenia jest ustalana metodą serwisową, czy też kosztorysową, zakład ubezpieczeń nie powinien stosować praktyk skutkujących naruszeniem zasady pełnego odszkodowania.

[12] Wytyczne LSK – Wytyczna 15.3.: Zakład ubezpieczeń przedstawia, na żądanie uprawnionego, szczegółowe wyjaśnienia, na jakiej podstawie ustalił cenę usług stosowaną przez warsztaty naprawcze, o których mowa powyżej. Na żądanie uprawnionego zakład ubezpieczeń obowiązany jest do wskazania warsztatu naprawczego świadczącego usługi naprawcze, w miejscu zamieszkania lub siedziby uprawnionego, który za cenę przedstawioną przez zakład ubezpieczeń w kalkulacji kosztów naprawy jest w stanie dokonać naprawy w sposób zapewniający przywrócenie pojazdu do stanu poprzedniego.

[13] Wytyczne LSK – Wytyczna 15.5.: W przypadku zakwestionowania wyliczenia kosztów naprawy pojazdu zawartego w kosztorysie sporządzonym przez rzeczoznawcę lub warsztat naprawczy na zlecenie uprawnionego zakład ubezpieczeń powinien uzasadnić, na jakiej podstawie przyjął, że kosztorys jest nieprawidłowy.

W kontekście sporządzania kalkulacji kosztów naprawy pojazdu należy mieć na uwadze, że obowiązek wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń nie jest uzależniony od faktu dokonania naprawy pojazdu, a nawet zamiaru jej przeprowadzenia przez poszkodowanego. Wynika to z faktu, iż obowiązek naprawienia szkody – obejmującej uszczerbek w majątku poszkodowanego spowodowany wypadkiem – powstaje z chwilą jej powstania i bez znaczenia pozostaje okoliczność dotycząca faktycznego dokonania naprawy pojazdu lub faktycznie poniesionych kosztów takiej naprawy. Przyjęta w kalkulacji kosztów naprawy wysokość odszkodowania powinna odpowiadać kosztowi przywrócenia pojazdu do stanu sprzed zajścia wypadku skutkującego powstaniem konkretnej szkody.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym sporządził kalkulację kosztów naprawy, z której wynikało, że planowany koszt naprawy wyniesie 1500 zł. W kalkulacji zastosowano jednakowe stawki za roboczogodzinę usług blacharskich, mechanicznych i lakierniczych w kwocie 45 zł. Zakład ubezpieczeń nie wskazał warsztatu naprawczego, który był gotowy dokonać naprawy uszkodzonego pojazdu zgodnie z przygotowaną kalkulacją kosztów naprawy. Poinformował wyłącznie poszkodowanego, że zastosowane stawki za roboczogodzinę odpowiadają przeciętnym stawkom na rynku lokalnym. Odszkodowanie w kwocie 1500 zł zostało wypłacone w dniu 23 stycznia 2015 r.
Pomimo podjętych przez poszkodowanego prób zlecenia naprawy pojazdu, żaden z 25 warsztatów naprawczych funkcjonujących w miejscowości, w której mieszkał poszkodowany nie podjął się dokonania naprawy pojazdu w cenie wynikającej z kalkulacji sporządzonej przez zakład ubezpieczeń.
Rzeczywisty koszt naprawy pojazdu w zakresie wynikającym z kalkulacji kosztów naprawy w nieautoryzowanym warsztacie naprawczym znajdującym się w miejscu zamieszkania poszkodowanego wyniósł 3000 zł, przy zastosowaniu stawki za roboczogodzinę usług blacharskich w kwocie 80 zł, usług mechanicznych w kwocie 90 zł i usług lakierniczych w kwocie 85 zł.
Odnosząc się do prawidłowości sporządzenia kalkulacji kosztów naprawy pojazdu w zakresie przyjętych przez zakład ubezpieczeń stawek za roboczogodzinę dotyczących usług blacharskich, mechanicznych i lakierniczych oraz wypłaty odszkodowania w kwocie 1500 zł należy stwierdzić, że postępowanie zakładu ubezpieczeń było nieprawidłowe z uwagi na przyjęcie w kalkulacji kosztów naprawy nierzeczywistych i niestosowanych w warunkach rynkowych stawek za roboczogodzinę ww. usług i tym samym stanowiło naruszenie zasady pełnego odszkodowania.

4. STOSOWANIE CZĘŚCI ZAMIENNYCH

Stosownie do art. 361 § 1 kodeksu cywilnego, naprawienie szkody powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę sumy pieniężnej. Z przepisu tego jasno wynika, że wysokość odszkodowania, jeżeli polega ono na zapłacie sumy pieniężnej, ma pełnić taką samą funkcję, jak przywrócenie do stanu poprzedniego. W przypadku zatem otrzymania od zakładu ubezpieczeń odszkodowania wyliczonego na podstawie kosztorysu, ważne jest, aby kalkulacja w zakresie zakwalifikowanych do wymiany części zamiennych została prawidłowo wykonana, tj. w oparciu o generalne zasady określone w przepisach prawa, orzecznictwie sądowym oraz Wytycznych LSK.

4.1. ZAKAZ AMORTYZACJI

Naczelną zasadą jest, że zakład ubezpieczeń powinien ustalić odszkodowanie w wysokości uwzględniającej celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów, służących do naprawy uszkodzonego pojazdu.[14] Przy tym, koszty te muszą być odnoszone do każdego indywidualnego przypadku. Po pierwsze, jeżeli uszkodzonej części nie da się naprawić, powinna być ona zastąpiona częścią nową. Zakład ubezpieczeń nie powinien w toku prowadzonej likwidacji automatycznie brać pod uwagę przy wyliczaniu odszkodowania części nieoryginalnych, powołując się na argument, że są to części tańsze i znajdujące się w obrocie handlowym. Ponadto, istotny jest fakt, że wymieniana część po połączeniu jej z pojazdem nie może być oceniana samodzielnie, lecz staje się jednym z elementów, które należy brać pod uwagę przy ocenie straty poniesionej przez poszkodowanego. W związku z tym, dopiero kiedy zakład ubezpieczeń wykaże, że dokonana naprawa doprowadziła do wzrostu wartości pojazdu jako całości – w stosunku do jego wartości sprzed szkody, może wtedy pomniejszyć wartość odszkodowania o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi. W takiej jednak sytuacji zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do przedstawienia poszkodowanemu szczegółowej wyceny wartości rynkowej sprzed i po wypadku, wykazującej wzrost wartości pojazdu, w wyniku użycia części nowych.[15]

[14] Wytyczne LSK – Wytyczna 16.: Zakład ubezpieczeń powinien ustalić świadczenie z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, w wysokości uwzględniającej celowe i ekonomicznie uzasadnione koszty nowych części i materiałów służących do naprawy uszkodzonego pojazdu. Jeżeli zakład ubezpieczeń wykaże, że dokonana naprawa doprowadziła do wzrostu wartości pojazdu, w stosunku do jego wartości sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową, może on pomniejszyć wartość świadczenia o kwotę odpowiadającą temu wzrostowi.

[15] Wytyczne LSK – Wytyczna 16.3.: W sytuacji, gdy w wyniku dokonanej naprawy pojazdu, w szczególności poprzez użycie do tej naprawy części nowych, doszło do wzrostu wartości pojazdu jako całości w stosunku do jego wartości sprzed zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, zakład ubezpieczeń może pomniejszyć wartość świadczenia o wartość odpowiadającą temu wzrostowi. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywa na zakładzie ubezpieczeń, który powinien przedstawić uprawnionemu szczegółową wycenę wartości rynkowej pojazdu sprzed i po zdarzeniu, wykazującą wzrost wartości pojazdu w wyniku użycia do naprawy pojazdu części nowych.

Zakład ubezpieczeń nie powinien w trakcie ustalania wysokości odszkodowania stosować potrąceń amortyzacyjnych (zwanych także optymalizacją, urealnieniem itp.). Należy zwrócić uwagę na często pojawiające się, błędne uzasadnienie, że zastosowanie procentowego współczynnika amortyzacji w danym przypadku było koniecznie, gdyż zastosowanie części nowych sprawiłoby, że właściciel samochodu wzbogaciłby się bezpodstawnie. W takiej sytuacji, zakład ubezpieczeń przyjmuje bowiem, że skoro wymieniana część była już eksploatowana przez pewien czas, to poszkodowany uzyskując część wzbogaca się, gdyż, zamiast części, której wartość w chwili wypadku była niższa, w jego samochodzie pojawia się element nowy, pełnowartościowy. Tymczasem wartość pojazdu po wypadku z reguły jest niższa aniżeli przed wypadkiem.[16] Wynika to z faktu, iż nawet jeżeli poszkodowany otrzyma od zakładu ubezpieczeń odszkodowanie wyliczone dla części nowych, to biorąc pod uwagę wartość pojazdu jako całości, nie tylko nie zyskuje, ale gdyby chciał go sprzedać – to de facto – może ponieść stratę. Wobec tego, arbitralne stosowanie amortyzacji jest działaniem nieprawidłowym. Przywrócenie rzeczy do stanu poprzedniego oznacza doprowadzenie jej do stanu używalności i jakości w zakresie istniejącym przed zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową, w przypadku pojazdu mechanicznego chodzi o przywrócenie mu sprawności technicznej, zapewniającej komfort i bezpieczeństwo oraz wyglądu sprzed wypadku. W związku z tym, na mocy art. 363 § 1 kodeksu cywilnego w związku z art. 361 § 2 kodeksu cywilnego, poszkodowanemu należy się w razie uszkodzenia pojazdu, gdy zachodzi konieczność wymiany uszkodzonych części, odszkodowanie ustalone na podstawie cen nowych części, bez potrąceń amortyzacyjnych. Zasada niestosowania amortyzacji dotyczy wszystkich rodzajów wymienianych części.

Przykład:
W kosztorysie sporządzonym przez zakład ubezpieczeń, dla uszkodzonego elementu pojazdu (reflektor z kierunkowskazem) uwzględniono część alternatywną (oznaczoną symbolem P), natomiast wszystkie pozostałe ceny części oryginalnych zostały pomniejszone („wskaźnik urealnienia") o 30%. Jako uzasadnienie dokonanego pomniejszenia zakład ubezpieczeń podał m.in.: „W sporządzonej kalkulacji użyliśmy do rozliczenia cen części elementów oryginalnych, jak również – części alternatywnej oznaczonej w katalogu dostawcy tej części znacznikiem P. W kalkulacji naprawy zastosowaliśmy wskaźnik urealnienia, dla cen części zamiennych oryginalnych, ze względu na znaczne różnice cen części nowych dostępnych na rynku".
Postępowanie zakładu ubezpieczeń należy uznać za nieprawidłowe, m.in. z uwagi na fakt, iż zakład ubezpieczeń nie przedstawił jakichkolwiek dowodów na okoliczność, jakie nowe części, jakiego producenta i od jakiego dystrybutora poszkodowany mógłby nabyć za kwotę ustalonego przez siebie, pomniejszonego o „wskaźnik urealnienia", odszkodowania.

4.2. CZĘŚCI O, Q, P

Prawidłowo sporządzona kalkulacja zakładu ubezpieczeń powinna, stosownie do treści wytycznej 14.2., wskazywać jakość uwzględnionych części (O, Q, P), ich producenta oraz dostawcy. Dobór właściwego rodzaju części nie może być jednak przypadkowy. Zakład ubezpieczeń ustalając wysokość odszkodowania powinien kierować się zasadami ogólnymi wynikającymi z przepisów

[16] Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2012 r., sygn. III CZP 80/11.

prawa i uwzględniać w kalkulacji wartość takich części, które zapewnią przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę.[17]

Zasadą naczelną jest, że zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić wyłącznie wartość części O, w przypadku pojazdów będących na gwarancji producenta, który uzależnia zachowanie gwarancji od wykorzystania w naprawie wyłącznie takich części.[18] Poza tym, części O powinny być stosowane także, gdy uzasadnia to szczególny interes uprawnionego.[19] Jako przykład wskazać można sytuację, w której uszkodzony pojazd nie znajduje się już na gwarancji producenta, ale poszkodowany serwisował ten pojazd w oparciu o części oryginalne, a użycie innej części może mieć wpływ na wartość handlową pojazdu albo gdy poszkodowany naprawi pojazd mechaniczny z wykorzystaniem części oryginalnych i przedstawi zakładowi ubezpieczeń fakturę lub rachunek za naprawę. Należy również zwrócić uwagę, że gdy pomimo występowania „szczególnego interesu uprawnionego" zakład ubezpieczeń zastosuje części inne niż O, powinien taką decyzję należycie i szczegółowo uzasadnić poszkodowanemu.[20]

W sytuacji, gdy nie zachodzą konieczne warunki do wymiany w miejsce uszkodzonych części – części O, istnieje możliwość zastosowania przez zakład ubezpieczeń części równoważnych częściom oryginalnym (części Q). Jednakże w takiej sytuacji, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wykazania, że części te posiadają zaświadczenie producenta o tym, że są one produkowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi, ustalonymi przez producenta pojazdu.[21]

Należy w związku z tym zaznaczyć wyraźnie, że zakład ubezpieczeń może zastosować części nieoryginalne, ale tylko o porównywalnej jakości, tj. części zamienne, co do których producent zaświadczy, że są one tej samej jakości co części, które są lub były stosowane do montażu danych pojazdów samochodowych.

W sytuacji uszkodzenia pojazdu przestarzałego albo ze względu na stopień wyeksploatowania części w tym pojeździe, zakład ubezpieczeń ma prawo do uwzględnienia, przy ustalaniu wysokości świadczenia, wartości części P. Zakład ubezpieczeń może uwzględnić wartość części P także w sytuacji, gdy uzasadnia to prostota konstrukcji części, ale wówczas warunkiem zastoso-

[17] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.: Zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, powinien uwzględniać wartość części zakwalifikowanych do wymiany, która zapewnia przywrócenie pojazdu do stanu sprzed zdarzenia wyrządzającego szkodę.

[18] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.1.: Zakład ubezpieczeń powinien uwzględniać wyłącznie wartość części O, w przypadku pojazdów będących na gwarancji producenta, który uzależnia zachowanie gwarancji od wykorzystania w naprawie wyłącznie takich części.

[19] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.2.: Zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić wartość części O również, gdy uzasadnia to szczególny interes uprawnionego (np. gdy pojazd był dotychczas serwisowany i naprawiany wyłącznie przy użyciu części O, a użycie części innej jakości może wpłynąć na jego wartość handlową lub też, gdy uprawniony faktycznie dokona naprawy pojazdu z wykorzystaniem części O i dostarczy zakładowi ubezpieczeń dowód jej dokonania). Gdy w przypadkach wskazanych w zdaniu poprzedzającym zakład ubezpieczeń ustalił wysokość świadczenia przy wykorzystaniu cen części innych niż O, powinien szczegółowo uzasadnić uprawnionemu swoją decyzję w tym zakresie.

[20] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.2., zdanie drugie.

[21] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.3.: Z zastrzeżeniem Wytycznych 17.1. i 17.2., zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia metodą kosztorysową, może uwzględnić wartość części Q, jeżeli wykaże uprawnionemu, że części te pochodzą od producenta części dostarczającego te części producentowi pojazdu i że producent tych części zaświadczył, iż zostały wyprodukowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdów.

wania części P jest pełna gwarancja przywrócenia do stanu poprzedniego pod każdym istotnym względem, bez konieczności prowadzenia skomplikowanych badań.[22] Jeżeli jednak w powyżej wskazanych sytuacjach zajdzie przesłanka szczególnego interesu poszkodowanego do naprawy pojazdu z wykorzystaniem części O lub Q, zakład ubezpieczeń będzie zobligowany do ustalenia wartości świadczenia z wykorzystaniem tego rodzaju części. Przesłanka ta jest spełniona np., gdy uszkodzony pojazd był dotychczas serwisowany w oparciu wyłącznie o części oryginalne.[23]

Każdorazowe uwzględnienie wartości części o niższej jakości (Q lub P) od części zakwalifikowanej do wymiany (O lub Q) powinno zostać przez zakład ubezpieczeń należycie uzasadnione. Uzasadnienie powinno mieć charakter zindywidualizowany.[24]

4.3. ZASADY INFORMOWANIA O CZĘŚCIACH ZAMIENNYCH

W przypadku ustalania przez zakład ubezpieczeń wysokości odszkodowania na podstawie kosztorysu, należy brać pod uwagę wyłącznie wartość dostępnych części.[25] Chodzi o uniknięcie sytuacji, w której część zamienna, o wskazanej w kosztorysie wartości byłaby faktycznie niedostępna. Kalkulacja ma bowiem być rzetelna i realna, oparta na cenach części rzeczywiście istniejących i dostępnych (a nie np. zaniżonych). Tylko wtedy można uznać, że kalkulacja zmierza do pełnej kompensaty poniesionej szkody.

Ten obowiązek jest zapewniony tylko wtedy, gdy poszkodowany zostanie poinformowany[26]:

- jakiej jakości części (O, Q, P) uwzględniono przy ustalaniu wysokości świadczenia,
- jakie podmioty są producentami tych części,
- o długości okresu gwarancji, jaką objęte są te części,
- od jakich (konkretnie wskazanych) producentów lub dostawców uprawniony może nabyć te części, po cenie zaproponowanej przez zakład ubezpieczeń w chwili ustalenia świadczenia.

W przypadku spełnienia powyższych wymogów, wyliczenie kosztorysu poprzez wybranie w konkretnym przypadku przez zakład ubezpieczeń części P lub Q o określonej w kosztorysie cenie, uzupełnione w sytuacjach określonych w Wytycznej 17. o zindywidualizowane uzasadnienie, będzie stanowić faktyczne spełnienie zasady pełnego odszkodowania. Natomiast brak danych, o których mowa w Wytycznej 18.1. spowoduje, że poszkodowany otrzyma rozliczenie kosztorysowe, przedstawiające nierealne obliczenie wysokości odszkodowania.

---

[22] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.4.: Zakład ubezpieczeń, ustalając wysokość świadczenia, może uwzględnić wartość części P, gdy uzasadnia to w szczególności wiek uszkodzonego pojazdu, stopień wyeksploatowania części w tym pojeździe, a także prostota konstrukcji części (powodująca, że zdatność do pełnej restytucji takiej części jest możliwa do oceny bez skomplikowanych badań). Jednakże nawet w powyższych przypadkach, jeżeli uprawniony ma szczególny interes w wykorzystaniu części O lub części Q, zakład ubezpieczeń powinien ustalić świadczenie z uwzględnieniem wartości tych części.

[23] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.4., zdanie drugie.

[24] Wytyczne LSK – Wytyczna 17.5.: Jeżeli, na zasadach określonych w Wytycznych 17.3. i 17.4., zakład ubezpieczeń uwzględnił wartość części niższej jakości (Q lub P), od części zakwalifikowanej do wymiany (O lub Q), powinien przedstawić uprawnionemu zindywidualizowane uzasadnienie podjętej decyzji w tym zakresie.

[25] Wytyczne LSK – Wytyczna 18.: Świadczenie z umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów ustalane metodą kosztorysową powinno być ustalone w oparciu o wartość dostępnych części.

[26] Wytyczne LSK – Wytyczna 18.1.

Obowiązek naprawienia szkody nie jest uzależniony od tego, czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy i czy w ogóle zamierzał ją naprawić, odszkodowanie ma bowiem wyrównać mu uszczerbek majątkowy, powstały w wyniku zdarzenia wyrządzającego szkodę, a uszczerbek taki istnieje od chwili wyrządzenia szkody do czasu wypłacenia przez zobowiązanego, tj. zakład ubezpieczeń sumy pieniężnej odpowiadającej wysokości szkody ustalonej w sposób przewidziany prawem. W związku z powyższym, należy uznać, że niezależnie od tego, czy naprawa została rzeczywiście dokonana, ustalona wysokość odszkodowania w zakresie kosztu części powinna zapewnić poszkodowanemu możliwość nabycia nowej części, w miejsce uszkodzonej, na rynku lokalnym. Natomiast w przypadku braku dostępności części o jakości niższej, zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić w kosztorysie wartość części o jakości wyższej.[27]

Z powyżej przedstawionych zasad wynika jasno, że zakład ubezpieczeń powinien przedstawić okoliczności, które przemawiają za zastosowaniem cen części nieoryginalnych w danym przypadku, informować indywidualnie poszkodowanych, na jakiej podstawie przyjął cenę danej części w kosztorysie, a także jakie kryterium zaważyło na wyborze części nieoryginalnej. Ważne jest, aby w decyzjach kierowanych do poszkodowanych zakład ubezpieczeń zawarł również dane, dotyczące źródeł nabycia części nieoryginalnych. Poszkodowany nie posiada przecież informacji, gdzie może nabyć część nieoryginalną za cenę przedstawioną w kosztorysie. W sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń twierdzi, że roszczenie zgłoszone przez poszkodowanego jest zawyżone, a koszty naprawy powinny być ustalone na podstawie cen części nieoryginalnych, to powinien (zgodnie z treścią art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych), taką okoliczność udowodnić.

Przykład:
Poszkodowany wystąpił z roszczeniem w wysokości 10 000 zł za poniesioną szkodą w związku z uszkodzeniem jego samochodu (rok produkcji: 2005). Uszkodzony samochód nie był serwisowany wcześniej w ASO, nie był naprawiany z użyciem części O. Likwidacja szkody następowała na podstawie kosztorysu. Przedstawiony przez zakład ubezpieczeń kosztorys zawierał zakwalifikowane dwie części do wymiany oznaczone jako O oraz dwie części oznaczone jako P. Zakład ubezpieczeń podał wszystkie szczegółowe informacje co do proponowanych części zamiennych, w tym m.in. wskazał, jakie podmioty są ich producentami. W toku likwidacji szkody, zakład ubezpieczeń ustalił, że nie wystąpiła przesłanka „szczególnego interesu uprawnionego" do użycia wyłącznie części O. Kosztorys opiewał łącznie na kwotę 9800 zł. Zakład ubezpieczeń przedstawił poszkodowanemu szczegółowe i zindywidualizowane uzasadnienie swojej decyzji, w tym co do przyjęcia odpowiedzialności do wysokości 9800 zł. Zakład ubezpieczeń wyjaśnił, dlaczego zastosował w dwóch przypadkach części P. Zakład ubezpieczeń powołał się m.in. na wiek uszkodzonego pojazdu oraz stopień eksploatacji samochodu.

Postępowanie zakładu ubezpieczeń można ocenić jako prawidłowe.

[27] Wytyczne LSK – Wytyczna 18.2: Ustalona przez zakład ubezpieczeń, na zasadach określonych w Wytycznych 17.1.- 17.4., wysokość świadczenia w zakresie kosztu części powinna zapewnić uprawnionemu możliwość dokonania nabycia nowej części, w miejsce uszkodzonej, na rynku lokalnym. W przypadku braku dostępności części o jakości niższej zakład ubezpieczeń powinien uwzględnić w wyliczeniu świadczenia wartość części o jakości wyższej.

5. ZASADY ROZLICZANIA SZKODY CAŁKOWITEJ I SZKODY CZĘŚCIOWEJ

Przepisy prawa nie definiują pojęcia szkody całkowitej, jak i szkody częściowej. Pojęcia te zostały ukształtowane w praktyce procesu likwidacji szkód w ramach ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów oraz ubezpieczeń autocasco.

Mając na uwadze fakt, iż w ubezpieczeniach autocasco określenie zasad kwalifikowania i rozliczania szkody jako całkowitej lub częściowej nie budzi wątpliwości prawnych, jak również nie wywołuje istotnych problemów w procesie likwidacji szkód z uwagi na zdefiniowanie podstawowych pojęć oraz określenie zasad rozliczania szkody całkowitej i częściowej w umowie ubezpieczenia i ogólnych warunkach ubezpieczenia, dalsze rozważania w tym zakresie będą ograniczone do ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, w przypadku którego problematyka ta jest wciąż aktualna i jest powodem sporów pomiędzy zakładami ubezpieczeń a poszkodowanymi.

W odniesieniu do ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów podstawą prawną dla przyjęcia podziału na szkodę całkowitą i szkodę częściową stanowi art. 363 § 1 kodeksu cywilnego.

> *Zgodnie z art. 363 § 1 kodeksu cywilnego naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu.*

W praktyce likwidacji szkód za szkodę częściową uznaje się szkodę, gdzie uszkodzony pojazd nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza jego wartości w dniu ustalenia przez zakład ubezpieczeń odszkodowania. Za szkodę całkowitą uznaje się natomiast szkodę, w której pojazd uległ zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się on do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość pojazdu.

5.1. USTALENIE WARTOŚCI POJAZDU PRZED POWSTANIEM SZKODY

Kluczową kwestią wpływającą na zakwalifikowanie danej szkody jako całkowitej lub częściowej oraz określenie wysokości należnego poszkodowanemu odszkodowania jest ustalenie wartości pojazdu przed powstaniem szkody i wysokości kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, a w przypadku uznania szkody za całkowitą również wartości pozostałości (wraku) pojazdu. Ustalenia w tym zakresie mają decydujący wpływ na wysokość wypłaconego poszkodowanemu odszkodowania. W zależności od uzyskanego wyniku dokonanej analizy zakład ubezpieczeń powinien wypłacić kwotę odszkodowania odpowiadającą kosztom naprawy pojazdu – w szkodzie częściowej

lub kwotę odszkodowania odpowiadającą różnicy pomiędzy wartością pojazdu sprzed powstania szkody a wartością pozostałości pojazdu – w szkodzie całkowitej. W kontekście przyjętego podziału na szkody częściowe i szkody całkowite należy dodać, że zakład ubezpieczeń nie powinien ograniczać poszkodowanemu swobody decyzji dotyczącej możliwości i zakresu naprawy pojazdu, jeżeli nie zachodzą przesłanki do zakwalifikowania szkody jako całkowitej.[28] Należy wskazać, że zakłady ubezpieczeń posługują się w powyższym zakresie specjalistycznymi programami, przy czym należy pamiętać, że przyjęte przez zakład ubezpieczeń ustalenia – niezależnie od zastosowanych narzędzi – powinny zostać oparte o rzeczywiste, obiektywne dane, które uwzględniają okoliczności konkretnego przypadku i odpowiadają stanowi faktycznemu.

W zakresie dotyczącym ustalenia wartości pojazdu przed powstaniem szkody zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do rzetelnego i pełnego zgromadzenia istotnych danych dotyczących konkretnego pojazdu (m.in.: wersja modelu pojazdu, rok produkcji, posiadanie wyposażenia dodatkowego itp.), które pozwolą na ustalenie w sposób prawidłowy jego wartości rynkowej z dnia powstania szkody. Istotne jest, aby wartość rynkowa pojazdu poszkodowanego przed powstaniem szkody została określona w prawidłowej wysokości, co oznacza, że nie może ona zostać zawyżona ani zaniżona. Jednocześnie należy wskazać, że poszkodowany ma prawo zakwestionować dokonaną przez zakład ubezpieczeń wycenę wartości pojazdu z dnia szkody poprzez przedstawienie zastrzeżeń wskazujących błędy likwidatora w sporządzonej wycenie lub dowodów wskazujących poprawną wartość wycenianego pojazdu (np. opinia niezależnego rzeczoznawcy samochodowego). W kontekście powyższego uprawnienia poszkodowanego należy zauważyć, że zakład ubezpieczeń w ramach postępowania likwidacyjnego jest zobowiązany do rozpatrzenia wszelkich istotnych informacji, jakie znajdują się w jego dyspozycji, które mają wpływ na ustalenie wysokości odszkodowania.

5.2. USTALENIE WYSOKOŚCI KOSZTÓW NAPRAWY

W zakresie odnoszącym się do ustalenia wysokości kosztów naprawy należy wskazać, że zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do uwzględnienia w kalkulacji kosztów naprawy cen części zamiennych, materiałów, wysokości stawek za roboczogodzinę dotyczących usług koniecznych do naprawy pojazdu, które zapewnią przywrócenie pojazdu do stanu sprzed wypadku pod każdym istotnym względem, tj. technicznym, zdolności użytkowania, części składowych, trwałości czy wyglądu estetycznego. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że przy określaniu kosztów naprawy pojazdu, w tym określeniu cen części zamiennych, materiałów oraz wysokości stawek za roboczo-

[28] Wytyczne LSK – Wytyczna 19.1.: Zakład ubezpieczeń nie powinien ograniczać w jakikolwiek sposób uprawnionemu swobody decyzji co do możliwości i zakresu naprawy pojazdu, gdy nie zachodzą przesłanki do rozliczenia szkody jako całkowitej, w szczególności:
– nakładać na uprawnionego, przed podjęciem naprawy pojazdu, obowiązku uzgodnienia z zakładem ubezpieczeń kosztów dokonania tej naprawy,
– nakładać na uprawnionego, przed podjęciem naprawy pojazdu, obowiązku udokumentowania przez uprawnionego dokonanej naprawy pojazdu rachunkami/fakturami obejmującymi całkowity koszt naprawy,
– stosować na potrzeby ustalenia, czy zachodzi ewentualność likwidacji szkody jako całkowitej, kosztu naprawy pojazdu według najwyższych stawek za roboczogodzinę stosowanych na rynku lokalnym (np. przez ASO) i przy użyciu części O, jeżeli w odniesieniu do tego samego pojazdu i tej samej szkody nie zastosowałby takich samych zasad w przypadku likwidacji szkody jako częściowej.

godzinę dotyczących usług koniecznych do naprawy pojazdu, zakład ubezpieczeń powinien kierować się obiektywnymi kryteriami dla ich wyboru oraz powinien stosować je w sposób jednolity do likwidowanych szkód niezależnie od tego, czy w danym przypadku koszty te służą ustaleniu wysokości odszkodowania, czy też służą ocenie czy szkoda ma charakter szkody całkowitej.[29]

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym sporządził kalkulację kosztów naprawy, z której wynikało, że planowany koszt naprawy wyniesie 7500 zł. Jednocześnie zakład ubezpieczeń ustalił, że wartość pojazdu sprzed wystąpienia szkody wynosiła 10 000 zł. W związku z powyższymi ustaleniami zakład ubezpieczeń zakwalifikował szkodę jako całkowitą.
Mając na uwadze, że wynikający z kalkulacji koszt naprawy pojazdu wynosił 7500 zł i nie przekraczał wartości pojazdu sprzed wystąpienia szkody tj. 10 000 zł działanie zakładu ubezpieczeń należy uznać za nieprawidłowe z uwagi na fakt niespełnienia przesłanki nieopłacalności wynikającej z art. 363 § 1 zd. 2 kodeksu cywilnego.

5.3. USTALENIE WARTOŚCI POZOSTAŁOŚCI POJAZDU

W odniesieniu do kwestii ustalenia wartości pozostałości pojazdu – w przypadku uznania szkody za całkowitą – zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do przeprowadzenia wyceny wraku pojazdu w sposób rzetelny – niezależnie od faktu wykorzystywania specjalistycznych programów informatycznych służących wycenie pozostałości pojazdu uszkodzonego czy też umieszczania ofert o sprzedaży wraku na platformie internetowej – tak, aby ustalona wartość odpowiadała wartości rynkowej uszkodzonego pojazdu. Niedochowanie wymogu dotyczącego ustalenia rynkowej ceny pozostałości pojazdu oraz jej zawyżenie prowadzi do zaniżenia należnego odszkodowania. Należy jednocześnie zauważyć, że w kontekście obowiązywania zasady pełnego odszkodowania ustalona przez zakład ubezpieczeń wartość rynkowa pozostałości pojazdu nie powinna być modyfikowana na potrzeby ustalenia należnego poszkodowanemu odszkodowania w związku ze stosowaniem metody różnicowej, w szczególności poprzez powiększanie jej – w sposób nieuzasadniony – o wartość marży arbitralnie ustalanej przez zakład ubezpieczeń w sytuacji wykorzystywania aukcji do ustalania wartości rynkowej wraku pojazdu. Należy również wskazać, że zakład ubezpieczeń powinien udzielić pomocy poszkodowanemu w zagospodarowaniu pozostałości pojazdu.[30] W przypadku stwierdzenia przez poszkodowanego braku możliwości sprzedaży pozostałości pojazdu za cenę wskazaną przez zakład ubezpieczeń, zakład ubezpieczeń powinien odpowiednio skorygować ustaloną wysokość odszkodowania.[31]

[29] Wytyczne LSK – Wytyczna 19.: Zakład ubezpieczeń powinien stosować identyczne kryteria ustalania kosztu naprawy pojazdu oraz jego wartości bezpośrednio przed powstaniem szkody jak i po jej powstaniu niezależnie od tego, czy ustala wysokość świadczenia w razie szkody częściowej, czy też bada ewentualną zasadność uznania szkody za całkowitą.
[30] Wytyczne LSK – Wytyczna 19.3.: W przypadku wystąpienia szkody całkowitej, zakład ubezpieczeń powinien udzielić uprawnionemu pomocy w zagospodarowaniu pozostałości pojazdu, np. na prośbę uprawnionego, przedstawić samodzielnie ofertę zakupu pozostałości za cenę zgodną z zaproponowaną przez zakład ubezpieczeń wyceną bądź wskazać podmiot, który jest gotów nabyć pozostałości za tę cenę.
[31] Wytyczne LSK – Wytyczna 19.4.: W przypadku braku możliwości sprzedaży pozostałości za cenę zgodną z zaproponowaną przez zakład ubezpieczeń wyceną, zakład ubezpieczeń powinien odpowiednio skorygować ustaloną wysokość świadczenia.

Zakład ubezpieczeń powinien również przekazać poszkodowanemu przyjętą w danym przypadku wycenę wartości pojazdu przed powstaniem szkody, kalkulację kosztów naprawy oraz wycenę wraku pojazdu.[32]

W przypadku szkody całkowitej należy wskazać, że naprawienie szkody przez zakład ubezpieczeń obejmuje wypłatę odszkodowania w wysokości stanowiącej różnicę (metoda różnicowa) pomiędzy wartością pojazdu przed wypadkiem a ceną pozostałości (wraku) pojazdu w stanie uszkodzonym. Należy jednak zastrzec, że zastosowanie metody różnicowej jest ograniczone wyłącznie do sytuacji, w której remont pojazdu okazuje się niemożliwy albo jest nieopłacalny tj. pociąga za sobą nadmierne trudności lub koszty z uwagi na fakt, iż koszt naprawy pojazdu przekracza jego wartość sprzed powstania szkody.

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym sporządził kalkulację kosztów naprawy, z której wynikało, że planowany koszt naprawy wyniesie 11 000 zł. Jednocześnie zakład ubezpieczeń ustalił, że wartość pojazdu sprzed wystąpienia szkody wynosiła 10 000 zł. W związku z powyższymi ustaleniami zakład ubezpieczeń zakwalifikował szkodę jako całkowitą i dokonał jej rozliczenia metodą różnicową. Mając na uwadze, że wartość pozostałości pojazdu zakład ubezpieczeń wycenił na 5000 zł, wypłacona kwota odszkodowania wyniosła 5000 zł. Poszkodowany z uwagi na fakt, iż nie mógł znaleźć nabywcy na pozostałość pojazdu za kwotę 5000 zł wystąpił do zakładu ubezpieczeń z prośbą o wskazanie jego nabywcy za kwotę 5000 zł. Zakład ubezpieczeń odmówił przekazania takiej informacji poszkodowanemu. W konsekwencji poszkodowany zbył wrak pojazdu za kwotę 3000 zł. Uzyskana kwota wynikała z licytacji w ramach aukcji na platformie internetowej. Zakład ubezpieczeń poinformowany o zbyciu wraku pojazdu za kwotę 3000 zł pomimo roszczenia poszkodowanego w tym zakresie nie dokonał dopłaty kwoty odszkodowania w kwocie 2000 zł.

Mając na uwadze, że wynikający z kalkulacji koszt naprawy pojazdu wynosił 11 000 zł, wartość pojazdu sprzed wystąpienia szkody wynosiła 10 000 zł, wartość wraku pojazdu ustalona przez zakład ubezpieczeń wynosiła 5000 zł, a wartość wraku pojazdu ustalona w warunkach rynkowych wynosiła 3000 zł stwierdzono, że wypłacone przez zakład ubezpieczeń zgodnie z metodą różnicową odszkodowanie w kwocie 5000 zł było zaniżone o kwotę 2000 zł i tym samym działanie zakładu ubezpieczeń w tym zakresie należy uznać za nieprawidłowe, tj. niezgodne z zasadą pełnego odszkodowania.

[32] Wytyczne LSK – Wytyczna 14.3.: W przypadku skierowania przez zakład ubezpieczeń propozycji rozliczenia szkody jako całkowitej, zakład ubezpieczeń powinien przekazać uprawnionemu również pełne wyceny wartości pojazdu sprzed i po zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, będące podstawą ustalenia wysokości świadczenia, zawierające m.in. informację o rodzaju i wartości wszelkich korekt wartości pojazdu, a także szczegółową informację, zawierającą dane określone w wytycznej 14.2. o kalkulacji przewidywanych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, które stały się podstawą do uznania przez zakład ubezpieczeń zasadności likwidacji szkody jako całkowitej.

5.4. USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CZĘŚCIOWEJ

W zakresie dotyczącym ustalenia wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej należy wskazać, że podstawowym obowiązkiem zakładu ubezpieczeń jest dokonanie wypłaty odszkodowania w kwocie koniecznej do przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed powstania szkody. Poprzez przywrócenie uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed powstania szkody należy rozumieć dokonanie napraw celowych i ekonomicznie uzasadnionych, które doprowadzą pojazd do stanu używalności w takim zakresie, jaki istniał przed powstaniem szkody z zastrzeżeniem, że dokonane naprawy nie spowodują zwiększenia wartości pojazdu wskutek wykonania napraw uszkodzeń istniejących przed powstaniem szkody lub dokonania ulepszeń w stosunku do stanu sprzed jej powstania. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że w praktyce likwidacji szkód, możliwa jest sytuacja, w której zakład ubezpieczeń w przypadku wybrania przez poszkodowanego naprawienia szkody w drodze restytucji naturalnej, tj. naprawy uszkodzonego pojazdu będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania w wysokości odpowiadającej celowym i ekonomicznie uzasadnionym kosztom poniesionym w związku z dokonaną naprawą uszkodzonego pojazdu z zastrzeżeniem, że jeżeli dokonana naprawa doprowadziłaby do wzrostu wartości pojazdu, zakład ubezpieczeń byłby zobowiązany do wypłaty odszkodowania w wysokości ograniczonej do kosztu naprawy pomniejszonego o wzrost wartości pojazdu.

6. UPRAWNIENIE DO ZWROTU WYDATKÓW ZA NAJEM POJAZDU ZASTĘPCZEGO

Poszkodowanemu, w szczególności osobie fizycznej przysługuje, w przypadku wystąpienia szkody (zarówno częściowej, jak i całkowitej), uprawnienie do zwrotu (refundacji) wydatków poniesionych z tytułu najmu pojazdu zastępczego. Uprawnienie takie często jest traktowane przez zakłady ubezpieczeń jako „roszczenie dodatkowe" przysługujące poszkodowanemu w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów, ale z punktu widzenia przepisów prawa i prawidłowości prowadzonego postępowania likwidacyjnego – takie roszczenie podlega tym samym wymogom formalnym co „zwykłe odszkodowanie" (np. co do uzasadnienia odmowy zwrotu poniesionych wydatków).

W praktyce, ofertę najmu często przedstawia poszkodowanemu zakład ubezpieczeń likwidujący szkodę, który jednocześnie współpracuje z przedsiębiorcami prowadzącymi działalność gospodarczą w zakresie najmu pojazdów. Poszkodowany może z takiej oferty skorzystać, ale nie ma takiego obowiązku. Zawsze jednak, poszkodowany musi zostać poinformowany przez zakład ubezpieczeń o zasadach uznawania kosztów najmu pojazdu zastępczego, w szczególności dotyczących rodzaju/klasy wynajmowanego samochodu.

Niezależnie od tego, w jaki sposób został zrealizowany najem pojazdu i od kogo poszkodowany faktycznie pojazd wynajął, zakład ubezpieczeń powinien stosować zasady ogólne, wynikającego z przepisów prawa i bogatego orzecznictwa sądowego w tym zakresie.[33] Jedna z takich generalnych zasad stanowi, iż uprawnienie do zwrotu poniesionych wydatków za najem przysługuje w ramach zgłoszonego do zakładu ubezpieczeń roszczenia z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC, tylko w sytuacji, kiedy poszkodowany poniósł wydatki „celowe i ekonomicznie uzasadnione".[34]

Należy dodatkowo wyraźnie podkreślić, że w przypadku ubezpieczenia autocasco, możliwość i zakres uprawnienia do zwrotu poniesionych wydatków na najem określają każdorazowo warunki zawartej umowy ubezpieczenia.

[33] Zob.: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2011 r. (sygn. III CZP 05/11).

[34] Wytyczne LSK – Wytyczna 20.: Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów za uszkodzenie albo zniszczenie pojazdu, w szczególności niesłużącego do prowadzenia działalności gospodarczej obejmuje celowe i ekonomicznie uzasadnione wydatki na najem pojazdu zastępczego. Wytyczna 20.5.: Zakres kompensacji kosztów najmu pojazdu zastępczego powinno wyznaczać w każdym indywidualnym przypadku – kryterium ich celowości i ekonomicznej zasadności. Na zakładzie ubezpieczeń powinien w związku z tym ciążyć obowiązek zwrotu wydatków celowych i ekonomicznie uzasadnionych, pozwalających na wyeliminowanie negatywnych dla uprawnionego następstw, niedających się wyeliminować w inny sposób, z zachowaniem rozsądnej proporcji między korzyścią uprawnionego a obciążeniem zakładu ubezpieczeń.

6.1. ZASADY ZWROTU KOSZTÓW ZA NAJEM POJAZDU ZASTĘPCZEGO

Rozpatrywanie przez zakład ubezpieczeń zasadności zwrotu poszkodowanemu poniesionych wydatków na najem pojazdu zastępczego powinno mieć charakter indywidualny, oparty na konkretnych okolicznościach związanych z likwidacją szkody. Co do zasady, uznaje się, że najem pojazdu zastępczego nie jest celowy, a tym samym nie jest ekonomicznie uzasadniony, jeżeli poszkodowany posiada inny, wolny i nadający się do wykorzystania pojazd mechaniczny lub wynajmując pojazd mechaniczny – nie zamierza z tego pojazdu korzystać i nie korzystał z niego w okresie naprawienia uszkodzonego pojazdu.

Przykład:
Poszkodowany, będący osobą fizyczną, wskutek wypadku utracił możliwość korzystania ze swojego (uszkodzonego w wyniku wypadku) samochodu. Odpowiedzialność za szkodę ponosi zakład ubezpieczeń sprawcy wypadku. Poszkodowany nie posiadał innego samochodu, ale mieszkał w pobliżu przystanku autobusowego. Pomimo tego poszkodowany postanowił wynająć samochód z wypożyczalni. W czasie przeprowadzanej w warsztacie naprawy uszkodzonego samochodu poszkodowany nie jeździł wynajętym samochodem. Następnie, po dokonanej naprawie zwrócił się do zakładu ubezpieczeń z wnioskiem o zwrot poniesionych przez siebie kosztów za wynajęty samochód.
Refundacja przez zakład ubezpieczeń poniesionych wydatków za najem samochodu nie należy się. W tym przypadku najem nie był celowy i ekonomicznie uzasadniony, z uwagi na to, że wprawdzie poszkodowany utracił możliwość korzystania z pojazdu i nie posiadał we własnym mieniu, innego, wolnego i nadającego się do wykorzystania samochodu, lecz faktycznie nie korzystał z samochodu zastępczego w okresie najmu.

Warunkiem koniecznym do skorzystania z uprawnienia do zwrotu wydatków za najem pojazdu zastępczego nie jest niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze środków komunikacji publicznej. Zatem każda osoba fizyczna, która wykorzystywała samochód jako środek do prowadzenia bieżących czynności życia codziennego, a której samochód został zniszczony lub uszkodzony i w związku z tym jest objęty odpowiedzialnością cywilną – ma prawo do zwrotu wydatków za najem. Należy również podkreślić, że prawo to nie zależy od prowadzenia działalności gospodarczej przez poszkodowanego.[35] W związku z tym, zakład ubezpieczeń nie może domagać się od poszkodowanego w toku prowadzonego postępowania likwidacyjnego przedstawienia dowodu potwierdzającego np.: prowadzenie działalności gospodarczej albo codzienne odwożenie dzieci do szkoły.

Należne odszkodowanie z tytułu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego może być pomniejszone przez zakład ubezpieczeń o zaoszczędzone wydatki na eksploatację swojego samochodu, tj. wydatki, które zostałyby poniesione, gdyby samochód nie został uszkodzony lub zniszczony (np. kosztu ogumienia, paliwa). Zakład ubezpieczeń, pomniejszając odszkodowanie z tytułu najmu, powinien wykazać, że poszkodowany faktycznie zaoszczędził w czasie, gdy nie używając swojego pojazdu w okresie naprawy jednocześnie wynajmował pojazd zastępczy. Taki

[35] Wytyczne LSK – Wytyczna 20.2. i 20.3.: Uprawnienie do świadczenia z tytułu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego nie powinno być uzależnione od niemożności korzystania przez uprawnionego ze środków komunikacji publicznej. Uprawnienie do świadczenia z tytułu poniesionych kosztów najmu pojazdu zastępczego nie powinno być uzależnione od faktu prowadzenia działalności gospodarczej przez uprawnionego.

obowiązek dowodowy wynika z przepisów prawa. Pomniejszenie to nie może być jednak oparte na abstrakcyjnych wskaźnikach, oderwanych od okoliczności konkretnego przypadku. Każda dokonana korekta wymaga jasnego i zindywidualizowanego, pisemnego wyjaśnienia przez zakład ubezpieczeń.

6.2. CZAS NAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO

Jednym z często dyskutowanych tematów, związanych z roszczeniem zwrotu wydatków za najem i bezpośrednio wpływających na wysokość zwracanej poszkodowanemu kwoty jest czas najmu. Tymczasem zasadą powinno być, że okres najmu i tym samym czas, za który zakład ubezpieczeń powinien zwrócić poszkodowanemu poniesione wydatki za najem, jest ograniczony niezbędnym czasem na naprawę (remont) uszkodzonego samochodu albo niezbędnym czasem do zakupu nowego samochodu (w przypadku szkody całkowitej).[36] Zakład ubezpieczeń, także przy określaniu czasu, za który zwraca poniesione wydatki na najem, powinien rozpatrywać indywidualnie każdy stan faktyczny i wszystkie czynniki wpływające na okres niemożności korzystania z własnego pojazdu przez poszkodowanego.[37] Sztywne wyznaczanie zakresu czasowego odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie odpowiada tej zasadzie.

Przykład:
Poszkodowany zwrócił się do zakładu ubezpieczeń z wnioskiem o zwrot poniesionych wydatków za najem pojazdu. Najem trwał 7 dni, tj. do czasu zakończenia naprawy pojazdu w warsztacie samochodowym. Zakład ubezpieczeń przyznał odszkodowanie, tj. zwrot poniesionych wydatków tylko za 3 dni, powołując się na przyjęte przez siebie procedury wewnętrzne oraz technologiczny czas naprawy takiej szkody.

Postępowanie zakładu ubezpieczeń jest nieprawidłowe. Zakład ubezpieczeń powinien zwrócić wydatki za najem pojazdu poniesione podczas niezbędnego okresu do naprawienia uszkodzonego pojazdu w tym stanie faktycznym.

[36] Wytyczne LSK – Wytyczna 20.8.: Świadczenie zakładu ubezpieczeń powinno obejmować zwrot poniesionych wydatków za czas najmu pojazdu zastępczego niezbędny do naprawy uszkodzonego pojazdu albo zakupu przez uprawnionego nowego pojazdu w konkretnym stanie faktycznym. Zakład ubezpieczeń nie powinien wyznaczać automatycznie zakresu czasowego odpowiedzialności z tytułu kosztów najmu pojazdu zastępczego, w szczególności ograniczać tego zakresu czasowego do tzw. czasu technologicznej naprawy (obejmującego wyłącznie teoretycznie przyjętą sumę roboczogodzin potrzebną do naprawy pojazdu) przy pominięciu innych obiektywnych czynników, wpływających na okres niemożności korzystania z własnego pojazdu przez uprawnionego.
[37] Wytyczne LSK: Wytyczna 20.8.

7. UTRATA WARTOŚCI HANDLOWEJ POJAZDU

Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do podejmowania działań respektujących zasadę pełnego odszkodowania, określoną w art. 361 § 2 kodeksu cywilnego przy zastrzeżeniu, że odszkodowanie powinno objąć wyłącznie zwykłe, regularne następstwa działania lub zaniechania, które doprowadziły do powstania szkody. W kontekście powyższego należy stwierdzić, że w przypadku zgłoszenia roszczenia przez poszkodowanego w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów dotyczącego utraty wartości handlowej pojazdu w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do rozpatrzenia takiego roszczenia oraz jego uwzględnienia, gdy w konkretnym przypadku utrata wartości handlowej pojazdu faktycznie miała miejsce.

W myśl art. 361 § 2 kodeksu cywilnego w powyższych granicach (tj. normalnych następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła), w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

Należy wskazać, że możliwość wystąpienia w pojeździe powypadkowym uszkodzeń ukrytych spowodowanych wypadkiem lub niewłaściwą naprawą, których stwierdzenie w momencie zbywania pojazdu nie jest możliwe, prowadzi do obniżenia rynkowej wartości pojazdu w związku z wypadkiem i tym samym stanowi dla poszkodowanego szkodę. Powyższe oznacza, że poszkodowanemu – pomimo prawidłowego dokonania naprawy uszkodzonego pojazdu – należy się w przypadku zgłoszenia przez niego roszczenia, odszkodowanie w postaci kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wartością pojazdu istniejącą przed powstaniem w nim szkody w wyniku wypadku a jego wartością po dokonaniu naprawy. Wartość odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej – niezależnie od stosowanych w tym zakresie specjalistycznych programów – powinna zostać oparta na rzeczywistych i obiektywnych kryteriach uwzględniających okoliczności konkretnego przypadku, w szczególności powinna uwzględniać średnie ceny rynkowe odnoszące się do pojazdów porównywalnych w stosunku do pojazdu objętego analizą pod kątem oceny utraty wartości handlowej.

Mając na uwadze obowiązek respektowania przez zakład ubezpieczeń zasady pełnego odszkodowania zakład ubezpieczeń powinien informować poszkodowanego, po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie, o możliwości zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu.[38] Informacja taka powinna zostać przekazana poszkodowanemu za pośrednictwem arkusza zgłoszenia szkody, na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń lub w inny sposób.[39]

[38] Wytyczne LSK – Wytyczna 21.1.: Zakład ubezpieczeń po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia, powinien przekazywać uprawnionemu, informację o możliwości zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu niezależnie od formy i trybu zgłoszenia roszczenia.

[39] Pismo Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 31 stycznia 2012 r. (sygn. DLU/606/14/1/2012).

Należy mieć na uwadze, że ocena zasadności roszczenia w tym zakresie powinna uwzględniać indywidualny charakter danego roszczenia oraz wszelkie okoliczności sprawy z nim związane.[40]

Przykład:
W dniu 1 stycznia 2015 r. w miejscowości X doszło do kolizji drogowej. W dniu 2 stycznia 2015 r. poszkodowany zawiadomił zakład ubezpieczeń sprawcy kolizji o wystąpieniu szkody w jego pojeździe. Zakład ubezpieczeń w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym sporządził kalkulację kosztów naprawy, z której wynikało, że planowany koszt naprawy wyniesie 10 000 zł. Jednocześnie zakład ubezpieczeń ustalił, że wartość pojazdu sprzed wystąpienia szkody wg stanu z dnia 1 stycznia 2015 r. wynosiła 60 000 zł, a pojazd był eksploatowany w dniu wypadku 6-sty miesiąc. Poszkodowany po dokonaniu naprawy pojazdu w autoryzowanej stacji obsługi postanowił go zbyć. Z uwagi na fakt, że pojazd był powypadkowy rynkowa cena pojazdu wg stanu z dnia 2 marca 2015 r. została ustalona na 57 000 zł. Poszkodowany wystąpił do zakładu ubezpieczeń z roszczeniem dotyczącym odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej pojazdu w związku z faktem jego wypadkowości.
Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej argumentując, że naprawa została przeprowadzona w sposób prawidłowy i w konsekwencji odszkodowanie z tytułu utraty wartości handlowej jest nienależne.

Mając na uwadze okoliczności, że rynkowa wartość pojazdu wg stanu z dnia 1 stycznia 2015 r. wynosiła 60 000 zł, a w związku z jego uszkodzeniami powypadkowymi – pomimo dokonania prawidłowej naprawy – rynkowa cena pojazdu wg stanu z dnia 2 marca 2015 r. wynosiła 57 000 zł stwierdzono, że odmowa wypłaty odszkodowania z tytułu utraty wartości handlowej w kwocie 3000 zł była niezasadna i tym samym działanie zakładu ubezpieczeń w tym zakresie należy uznać za nieprawidłowe, tj. niezgodne z zasadą pełnego odszkodowania.

[40] Wytyczne LSK – Wytyczna 21.3.: Zakład ubezpieczeń badając zasadność uwzględnienia w kwocie świadczenia utraty wartości handlowej pojazdu powinien przyjąć zasadę indywidualizacji oceny roszczenia z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.

8. ZASADY ZGŁASZANIA REKLAMACJI DO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ W ZAKRESIE LIKWIDACJI SZKÓD KOMUNIKACYJNYCH

Z punktu widzenia poszkodowanego, istotną kwestią jest także sposób zgłaszania ewentualnych reklamacji do zakładu ubezpieczeń w związku z prowadzoną likwidacją jego szkody. Reklamacje te zwykle dotyczą m.in.: opieszałości zakładu ubezpieczeń w postępowaniu likwidacyjnym, nieprawidłowości w zakresie udostępniania przez zakład ubezpieczeń akt szkodowych, należytej informacji w zakresie stosowanych części zamiennych, czy też kwalifikacji szkody jako całkowitej.

Stosownie do treści Wytycznej 4.1. tiret 9, zakład ubezpieczeń powinien w ramach przyjętych przez siebie procedur, posiadać procedurę obejmującą proces rozpatrywania skarg w związku z przebiegiem postępowania likwidacyjnego.

Jednocześnie należy zauważyć, że zasady rozpatrywania reklamacji zostały szczegółowo określone w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348). Ustawa ta definiuje m.in. pojęcia: klienta, reklamacji, podmiotu rynku finansowego.

Stosownie do art. 3 ust. 1 ww. ustawy, reklamacja może być złożona w każdej jednostce podmiotu rynku finansowego (tj. m.in. zakładu ubezpieczeń) obsługującej klientów. Reklamacja może zostać złożona poprzez jedną z trzech wymienionych form: pisemnie, ustnie oraz elektronicznie (w takim przypadku tylko wówczas, gdy takie środki komunikacji elektronicznej zostały do tego celu wskazane przez zakład ubezpieczeń).

Przedmiotowa ustawa nakłada na podmioty rynku finansowego obowiązek zawarcia w umowie następujących informacji w zakresie procedury składania i rozpatrywania reklamacji:
1) miejsca i formy złożenia reklamacji,
2) terminu rozpatrzenia reklamacji,
3) sposobu powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji.

Odpowiedź na reklamację powinna być udzielona w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Za pomocą poczty elektronicznej odpowiedź może zostać dostarczona wyłącznie na wniosek klienta (art. 5 ust. 2).

Zasadniczym terminem na odpowiedź jest 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, jednak warto zaznaczyć, że ustawodawca posłużył się w tym miejscu określeniem „bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni".

W sytuacjach wskazanych w art. 7 ww. ustawy, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30-dniowym, podmiot rynku finansowego przekazuje klientowi informację, w której wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który jednak nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Art. 8 przedmiotowej ustawy stanowi, że w przypadku niedotrzymania terminu 30 dniowego (ewentualnie 60 dniowego), reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

Odpowiedź na reklamację powinna zawierać m.in.: uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą klienta; wyczerpującą informację na temat stanowiska podmiotu rynku finansowego w sprawie kierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy; imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego; określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.

Natomiast w przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji klienta treść odpowiedzi na reklamację powinna także zawierać pouczenie o możliwości: odwołania się, skorzystania z mediacji, wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego (art. 10).

Należy dodatkowo wskazać, że reguły dotyczące sposobu składania skarg i udzielania na nie odpowiedzi zostały określone również w „Zasadach dotyczących procesu obsługi skarg przez instytucje finansowe", wydanych przez Komisję Nadzoru Finansowego.[41] Powyższy dokument, chociaż nie ma mocy wiążącej wobec zakładów ubezpieczeń, to w praktyce wpływa na sposób postępowania ze skargami klientów, w tym także tymi, które dotyczą likwidacji szkód.

[41] Załącznik do uchwały Nr 192/2015 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 maja 2015 r. (uchwała Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26 maja 2015 r. wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Komisji Nadzoru Finansowego, które nastąpiło w dniu 18 czerwca 2015 r.). Dodać należy, że niniejsze „Zasady" odnoszą się do rozpatrywania wszelkich skarg przez podmioty nadzorowane przez organ nadzoru, nie zaś tylko do skarg składanych przez tych klientów, którzy korzystają jednocześnie z udogodnień ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
Skr. poczt. nr 419, 00-950 Warszawa 1
Tel. (+48) 22 262 50 00
Fax (+48) 22 262 51 11
knf@knf.gov.pl
www.knf.gov.pl

ISBN 978-83-63380-30-4