

Obowiązki zakładu ubezpieczeń w procesie likwidacji szkód osobowych

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Przez zawiadomienie o szkodzie należy rozumieć takie zawiadomienie o wypadku, z którego wynika, iż poszkodowany lub uprawniony do odszkodowania doznał uszkodzenia ciała/rozstroju zdrowia lub zmarł. Z tym dniem zakład ubezpieczeń powinien przystąpić do likwidacji szkody oraz zebrać jak najwięcej informacji dotyczącej ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń zasadności roszczeń jak i ich wysokości.

Po otrzymaniu zawiadomienia zakład przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.

W terminie do 7 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń zawiadomienia o szkodzie zakład ubezpieczeń ma obowiązek poinformować pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego do odszkodowania, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania (art. 16 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). O zgłoszonym roszczeniu zakład ubezpieczeń powinien niezwłocznie powiadomić ubezpieczonego.

Przy likwidacji szkód osobowych do czynności wyjaśniających należy ustalenie stanu faktycznego wypadku, zasadności i wysokości odszkodowania.

Każdorazowo należy wyjaśnić okoliczności dotyczące powstania wypadku (stan trzeźwości kierowcy i poszkodowanego, kwestie zapięcia pasów bezpieczeństwa itp.) oraz skutki doznanych obrażeń ciała (pobyt w szpitalu, okres leczenia i rehabilitacji, doznane wcześniej urazy, itp.). W niektórych przypadkach zachodzić może konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej na miejscu wypadku z udziałem wszystkich uczestników zdarzenia.

W procesie likwidacji szkód z reguły występuje się do organów policji, prokuratury bądź sądów z prośbą o nadesłanie stosownych informacji dotyczących ustalenia okoliczności zdarzenia (notatka urzędowa, ewentualne zastosowanie sankcji karnych wobec uczestników). Niejednokrotnie należy dokonać wglądu do akt sprawy sądowej oraz sporządzić stosowne kopię tych dokumentów lub ich odpisy. Coraz częściej pracownicy firm ubezpieczeniowych wykonują zdjęcia potrzebnej dokumentacji za pomocą profesjonalnych cyfrowych aparatów fotograficznych. W sprawach kwestyjnych (ustalenie winy jednego z uczestników wypadku, ewentualnego stopnia jego przyczynienia się, itp.) może okazać się nieodzownym skorzystanie z pomocy biegłego z zakresu ruchu drogowego i techniki samochodowej.

Zasądzenia odszkodowania od sprawcy tytułem zadośćuczynienia, nawiązki, naprawienia bądź częściowego naprawienia szkody może mieć wpływ na wysokość odszkodowania, podobnie jak i otrzymane przez poszkodowanego świadczenia z ZUS-u. Wysokość utraconych zarobków przez poszkodowanego czy też istnienie obowiązku alimentacyjnego po jego stronie to istotne informacje przy ustalaniu wysokości należnego świadczenia rentowego (sprawy wysokości przysługujących świadczeń omówione zostały w rozdziale III).

W prawach skomplikowanych przy ustaniu zasadności i wysokości renty niejednokrotnie zachodzi potrzeba skorzystania z pomocy biegłych z branży finansowo-rachunkowej.

Zakład ubezpieczeń kieruje z reguły poszkodowanego na komisję lekarską celem ustalenia jego stanu zdrowia (uszczerbku na zdrowiu). W razie potrzeby występuje z wnioskiem o wydanie opinii lekarskiej co do zasadności uznania poniesionych przez poszkodowanego kosztów związanych z leczeniem skutków wypadku, m.in. zakupem leków,

sprzętu ortopedycznego, sprawowanej opieki, przyznania dodatku do standardowej diety, itp., związku przyczynowego pomiędzy doznanym urazem, a kolejnymi następstwami.

W zależności od charakteru i zakresu doznanych obrażeń ciała nieodzowna może okazać się również opinia lekarza ścisłej specjalizacji.

W przypadku wystąpienia trudności z uzyskaniem przez poszkodowanego dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia skutków wypadku, istnieje możliwość wystąpienia ze strony ubezpieczyciela do określonej instytucji (placówki służby zdrowia) z wnioskiem o udostępnienie niezbędnych dokumentów (po uprzednim uzyskaniu upoważnienia do takiego wystąpienia od poszkodowanego) w trybie art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Uwzględniając przepis art. 824¹ § 2 k.c., należy zauważyć, iż ubezpieczyciel występuje zazwyczaj do ubezpieczającego i ubezpieczonego zapytaniem: Czy zostało zawarte ubezpieczenie OC dotyczące tego samego przedmiotu ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń, na jaki okres i na jaką sumę gwarancyjną?

W przypadku podwójnego ubezpieczenia oba zakłady ubezpieczeń zobowiązane są do wypłaty odszkodowania w wysokości proporcjonalnej do sumy gwarancyjnej, która zazwyczaj jest identyczna.

Terminy dotyczące likwidacji szkody i wypłaty odszkodowania w ubezpieczeniach obowiązkowych liczone są od daty złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego do odszkodowania zawiadomienia o szkodzie.

Stosownie do regulacji art. 14 ustawy zakład ubezpieczeń powinien wypłacić odszkodowanie w terminie:

1. 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.
2. W przypadku, gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania, okaże 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. Dłuższy termin likwidacji jest możliwy w sytuacji, gdy ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W terminie 30 dni od zgłoszenia szkody, zakład ubezpieczeń ma obowiązek powiadomienia 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.

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 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.

Jeżeli w terminie 1 albo 2 zakład ubezpieczeń nie ustali ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego osoby odpowiedzialnej za szkodę, właściwym do wypłaty odszkodowania jest Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. W przypadku ustalenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, UFG dochodzi od tego zakładu ubezpieczeń zwrotu wypłaconego odszkodowania.

Zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępnić poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności zakładu

ubezpieczeń i wysokość odszkodowania. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń przekazanych informacji bądź umożliwienia wykonania i potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń kopii udostępnionych dokumentów, przy czym koszty dokonania wymienionych czynności obciążają osobę, która żąda tych czynności. Zakład ubezpieczeń dążyć powinien do sprawnej likwidacji szkody z zachowaniem obowiązujących terminów.

Termin likwidacji szkód osobowych nie odbiega od terminu likwidacji szkód rzeczowych.

Zazwyczaj okres rekonwalescencji osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych jest bardzo długi. Ustawodawca wprowadził jednak bezwzględny obowiązek wypłaty odszkodowania w terminie max 90 dni (z wyłączeniem spraw, które toczą się w sądzie). Jeśli zakład ubezpieczeń nie wypłaci odszkodowania w terminie 30 dniowym od zgłoszenia szkody musi wykazać się należytą starannością.

Okoliczność, czy zakład ubezpieczeń dołożył należytej staranności, jest oceniana przy uwzględnieniu profesjonalnego charakteru prowadzonej przez ten zakład ubezpieczeń działalności; a zatem w stosunku do niego stawiane są wyższe wymagania niż w stosunku do ubezpieczającego, ubezpieczonego czy uprawnionego do odszkodowania (art. 355 § 2 k.c.).

Zgodnie z orzecznictwem sądowym zakład ubezpieczeń nie może zaniechać prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego, dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej (wyrok SN z 10.01.2000r., III CKN 1105/98, OSN 2000/7/134). Sąd stwierdził, iż działalność zakładu ubezpieczeń ma charakter profesjonalny a zakład ubezpieczeń jest w stanie sprawnie przeprowadzić postępowanie likwidacyjne we własnym zakresie, korzystając z wyspecjalizowanej kadry a w razie potrzeby z pomocy rzeczoznawców. Jeżeli zakład ubezpieczeń nie wykaże tych okoliczności na podstawie dokumentacji zgromadzonej w aktach szkody, to będzie zobowiązany do zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia (art. 481 k.c.).

Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

Należy podkreślić, iż zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępnić poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania z nich na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów. Sposób udostępniania akt nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla tych osób.

Warto zauważyć, iż w świetle art. 98 ustawy poszkodowany może dochodzić roszczeń od UFG za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następujących przypadkach:

1. gdy szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości;
2. posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzono, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych,
3. posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzono, zarejestrowanego za granicą na terytorium państwa, którego biuro narodowe jest sygnatariuszem Jednolitego Porozumienia między biurami Narodowymi - Regulaminu Wewnętrznego, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, a pojazd mechaniczny był

pozbawiony znaków rejestracyjnych, bądź znaki te nie były, w momencie zdarzenia, przydzielone temu pojazdowi przez właściwe władze.

Uprawniony do odszkodowania zgłasza swoje roszczenia do UFG przez którykolwiek zakład ubezpieczeń. Nie może on odmówić przyjęcia zgłoszenia szkody, jeśli prowadzi ubezpieczenia w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Zakład ubezpieczeń po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia, również w takim przypadku przeprowadza postępowanie w zakresie ustalenia zasadności i wysokości dochodzonych roszczeń i niezwłocznie przesyła zebraną dokumentację do UFG, powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie.

Procedury dotyczące postępowanie wyjaśniające oraz obowiązujące terminy likwidacji są jest identyczne jak we własnych sprawach.

Pełna dokumentacja po ustalenia zasadności i wysokości dochodzonych roszczeń przekazywana jest UFG, który zajmuje ostateczne stanowiska o przyznaniu lub odmowie przyznania odszkodowania w terminie 30 dni od otrzymania akt szkody.

Zakład ubezpieczeń nie jest uprawniony do wypłaty odszkodowania w imieniu UFG.