

DOK/1m/004/3496/1/2015/K5

Jakowska Anna

Bieżuń, 11.12.2015r.

URZĄD KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO (10)	
WPLÝW	ZAL.
2015 -12- 16	
Nr Kancelaryjny	P802p
Przekazano do	Podpis

17.12.2015
Otrzymano dnia
2015 -12- 16
Sekretariat DOK

Komisja Nadzoru Finansowego

Plac Powstańców Warszawy 1

00-950 Warszawa

Dotyczy: wypadku z dnia 05 marca 2015 r.

Ubezpieczony: Anna Jakowska,

Umowa ubezpieczenia

Nr polisy

Ubezpieczyciel Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie,

Numer szkody u Ubezpieczyciela:

SKARGA

Działając w imieniu własnym, niniejszym pismem składam skargę na rażące naruszenie podstawowych obowiązków ubezpieczyciela przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie w zakresie terminowego rozpatrywania roszczeń zgłoszonych z umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

Towarzystwu Ubezpieczeń zarzucam naruszenie w toku likwidacji przedmiotowej szkody art. 817 § 1 i § 2 k.c. poprzez brak wypłaty świadczenia w ustawowym terminie. Na podstawie art. 212 ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, wnoszę o podjęcie środków nadzorczych celem eliminacji niniejszej praktyki, w tym o nałożenie kary finansowej na członków zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń, tytułu naruszenia art. 817 § 1 i § 2 k.c. UZASADNIENIE Przebieg postępowania likwidacyjnego: Dnia 30.09.2015 r. wystosowałam pisma do Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie oraz ZUS w

Pisma w których zgłosiłem zaistnienie szkody oraz wniosłem o wypłacenie należnych mi świadczeń. Ww. pisma wpłynęły do Ubezpieczycieli dnia 01.10.2015r. Dowód: kserokopia potwierdzenia doręczenia. Pismem z dnia 25 listopada 2015 r. (po prawie dwóch miesiącach) Ubezpieczyciel poinformował o odmowie wypłaty świadczenia na moją rzecz. Dowód: kserokopia pisma z dnia 25.11.2015 r. **Ubezpieczyciel do dnia dzisiejszego, mimo upływu kilku miesięcy od zgłoszenia zaistnienia szkody, nie dokonał żadnej oceny stanu mojego zdrowia, którego doznałam w wyniku wypadku z dnia 05 marca 2015 r. Nie stanęłam przed lekarzem orzecznikiem czy przed komisją lekarską żeby dokonać właściwej i rzetelnej oceny stanu mojego zdrowia.** Jednocześnie chcę nadmienić, że na podstawie identycznych dokumentów przesłanych do i ZUS, w dniu 14 października stanęłam na komisję lekarską ZUS został przyznany mi długotrwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem przy pracy w dniu 05 marca 2015r. Prezes ZUS odwołał się od tej decyzji, w dniu 17 listopada 2015 roku stanęłam przed trzy osobową komisją lekarską w Warszawie, która potwierdziła wypadek przy pracy ustaliła długotrwały uszczerbek na zdrowiu. W dniu 27 listopada 2015 roku otrzymałam odszkodowanie z ZUS. Dowód: kserokopie orzeczeń ZUS.

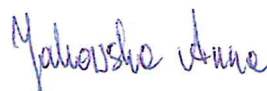
Uzasadnienie prawne :Mając na uwadze przedstawiony powyżej przebieg postępowania likwidacyjnego wskazać należy, że zaniedbania, jakich dopuściło się Towarzystwo Ubezpieczeń mają charakter rażący, gdyż dotyczą podstawowego obowiązku zakładu ubezpieczeń, jakim jest rozpatrywanie roszczeń w ustawowym terminie. Powyższy obowiązek został wyrażony w art. 817 § 1 i § 2 k.c. Zgodnie z powyższym uregulowaniem „Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.”. Jeżeli w terminie określonym w art. 817 § 1 k.c. wyjaśnienie okoliczności faktycznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, ubezpieczyciel ma obowiązek spełnić w tym terminie bezsporną część świadczenia, a pozostałą – w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Brzmienie § 2 zostało zmienione (w drodze nowelizacji kc) przez ustalenie początku biegu terminu spełnienia świadczenia – zamiast od dnia wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia okoliczności – od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie ich było możliwe. Niespełnienie świadczenia w terminie daje ubezpieczającemu prawo żądania odsetek za opóźnienie. (Bienik G., Ciepla H., Komentarz do Kodeksu cywilnego. Zobowiązania tom 2, Warszawa 2009, s. 746). Podkreślić jednocześnie należy, że celem wskazanej regulacji prawnej jest zapewnienie możliwie jak najszybszej, terminowej kompensacji szkód poszkodowanych. Mając na uwadze powyższe, za niedopuszczalną należy uznać sytuację, w której Ubezpieczyciel ignoruje zgłoszenie szkody. /Ubezpieczyciel mimo otrzymania zgłoszenia szkody nie dokonuje wypłaty świadczenia/ Ubezpieczyciel informuje o podjętych działaniach lecz w rzeczywistości nie dokonuje wypłaty należnego świadczenia.

Chcę zwrócić uwagę na postępowanie tak bardzo krytykowanego ZUS, który w tym samym czasie dwukrotnie wezwał mnie na komisję do miejscowości oddalonych od mojego miejsca zamieszkania o 145km dokonał oceny i wydał decyzję.

Mając na uwadze powyższe, wskazać należy, iż zaniedbania ze strony Ubezpieczyciela w procesie likwidacji niniejszej szkody stanowią przesłankę do zastosowania przez organ nadzoru na podstawie art. 212 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej kary finansowej na członków zarządu Towarzystwo Ubezpieczeń . Tylko na marginesie wskazać należy, że takie zachowanie Ubezpieczyciela w żaden sposób nie odpowiada wzorcowi należytej staranności,

jaka jest wymagana od zakładu ubezpieczeń, jako od dłużnika-profesjonalisty. Uważa się bowiem, że profesjonalizm dłużnika powinien przejawiać się w dwóch podstawowych cechach jego zachowania: postępowaniu zgodnym z regułami fachowej wiedzy oraz w sumienności. Wzorzec należytej staranności musi uwzględnić zwiększone oczekiwania co do zawodowych kwalifikacji dłużnika-specjalisty, co do jego wiedzy i praktycznych umiejętności korzystania z niej (tak orzekł Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 września 2005 r., sygn. akt: IV CK 100/05). Obok fachowych kwalifikacji, od profesjonalisty wymaga się zwiększonego zaangażowania w podjęte działania przygotowujące i realizujące świadczenie. Chodzi tu o większą zapobiegliwość, rzetelność, dokładność w działaniach dłużnika [patrz Komentarz do art. 355 kodeksu cywilnego w: A. Kidyba (red.), A. Olejniczak, A. Pyrzyńska, T. Sokołowski, Z. Gawlik, A. Janiak, G. Kozieł, Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna]. Mając na uwadze powyższe, wnoszę jak na wstępie.

Z poważaniem



Anna Jakowska

Załączniki: (takie same przesłane do i ZUS)

- 1) Informacja świadka wypadku Pani
- 2) informacja świadka wypadku Pani
- 3) zarządzenie o powołaniu zespołu powypadkowego,
- 4) skierowanie na badanie
- 5) skierowanie do szpitala
- 6) skierowanie do poradni specjalistycznej
- 7) skierowanie do poradni
- 8) zaświadczenie o stanie zdrowia
- 9) odwołanie od decyzji z dnia 27.11.2015r
- 10) karta informacyjna ze szpitala
- 11) protokół okoliczności wypadku
- 12) karta medyczna pogotowie
- 13) decyzja ZUS o uszczerbku na zdrowiu
- 14) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS
- 15) notatka poszkodowanej
- 16) zaświadczenie o kursie BHP
- 17) (szukanie przyczyn)
- 18) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS
- 19) informacja lekarza kierującego
- 20) wyniki badań
- 21) decyzja z dnia 09.12.2015r
- 22) decyzja z dnia 25.11.2015r
- 23) dokument ubezpieczenia nr
skierowanie na dalsze badania
- 24) potwierdzenie odbioru przez (pocztą)

