

DOK/WPH/607/831/11.2017/jk

aijp

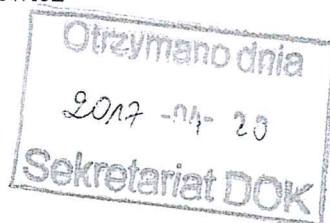
ADWOKATURA
POLSKA

Szczecin, dnia 14 kwietnia 2017 r.

Skarżący:

reprezentowana przez: adwokat Annę Sienkiewicz

URZĄD KOMISJI NADZORU FINANSOWEGO	
(9)	
WPŁYW	2017-04-20 ZAL
Nr Kancelaryjny	30604
Przekazano do	004 Pouph. Alryh



Komisja Nadzoru Finansowego

Plac Powstańców Warszawy 1

skr. Pocz. 419,

00 – 950 Warszawa

Numer sprawy:

Numer polisy:

Poszkodowany:

reprezentowana przez

Nazwa ubezpieczyciela:

SKARGA

Działając jako pełnomocnik pełnomocnictwo w załączeniu,
reprezentującej związku z postępowaniem likwidacyjnym
prowadzonym przez dotyczącym szkody
o numerze na podstawie art. 14 ust. 3a ustawy z dnia 22 maja 2003 o
ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze
Ubezpieczycieli Komunikacyjnych wnoszę o zastosowanie środków określonych w art. 362 ust. 1 pkt.
1. lub 2. ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Działanie ubezpieczyciela rażąco narusza obowiązki wynikające z art. 14 ustawy z dnia 22 maja
2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim
Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Adwokat Anna Sienkiewicz

I. Artykuł 14. ust. 1. ww. ustawy nakłada na zakład ubezpieczeń obowiązek wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

W przedmiotowej sprawie zostało dokonane zgłoszenie szkody w dniu 15.02.2017 r.

1. Przedstawione zostały niekwestionowane okoliczności spowodowania wypadku drogowego z wyłącznej winy ubezpieczonego.

2. Przedstawiono okoliczności uzasadniające wysokość szkody niemajątkowej i majątkowej oraz w sposób drobiazgowy udokumentowano te okoliczności, załączając pełną dokumentację medyczną oraz skierowania i faktury za badania, rehabilitacje, wreszcie szczegółowo wskazano i uzasadniono liczbę i odległości dojazdów oraz podstawę do ich wyliczenia.

3. Zgłoszenie miało miejsce po roku od zdarzenia, a w konsekwencji w sytuacji, w której wobec sprawcy wypadku skierowano akt oskarżenia, a skutki wypadku i stan zdrowia poszkodowanej były, jak wskazano w pkt. 2., przedmiotem szczegółowej dokumentacji lekarskiej i rehabilitacyjnej oraz związanej z kosztami obejmującej cały ten okres.

Szkoda niemajątkowa (co szczegółowo wynika z załączników) dotyczyła bólu fizycznego i psychicznego dziecka (trzynastoletniej dziewczynki) potrąconego przez samochód podczas prawidłowego przechodzenia przez pasy pod szkołą. Dziecko doznało m. in.

Było dwukrotnie hospitalizowane, przeszło dziesiątki bolesnych zabiegów i badań. Wszystkie te okoliczności są bezsporne i wynikają z dokumentacji lekarskiej.

W dniu 15 marca 2017 r. zakład ubezpieczeń, w okolicznościach wyżej opisanych, przyznał poszkodowanej „bezsportną” kwotę 1 700 złotych. Podnieść należy, że wypłata takiej kwoty – w odniesieniu do udokumentowanej poważnej szkody na zdrowiu doznanej przez dziecko w wyniku wypadku drogowego, w całości zawinionego przez sprawcę wypadku - nie może być uznana za wypłatę odszkodowania w ogóle, w żadnym razie zaś nie wyczerpuje obowiązku nałożonego art. 14 ust. 1 ww. ustawy.

Jest to wprost próba obejścia prawa i imitacji realizacji obowiązków, do których ubezpieczyciel jest powołany i zobowiązany. Nie można w realiach niniejszej sprawy mówić o sporze co do sumy odpowiedniej w rozumieniu art. 445 KC ale właśnie o pozorowanym działaniu ubezpieczyciela. Wypłata naderaz niskiej kwoty o symbolicznym, a nie ekonomicznym wymiarze nie stanowi wypełnienia

obowiązku z art. 14. ust. 1. ww. ustawy. Co więcej, sprzeczna jest z całą ideą konstrukcji ubezpieczeń obowiązkowych w systemie państwa. Stanowi wreszcie wyraz pogardy dla zdrowia i życia ludzkiego oraz potęguje poczucie krzywdy. (Przy przyjęciu innego stanowiska ubezpieczyciel może twierdzić, że osobie, której na skutek wypadku zawnionego przez ubezpieczonego np. amputowano nogę - wypłata „bezspornej kwoty” 1 złotego wypełnia obowiązki nałożone nań przepisami art. 14. ust. 1. ww. ustawy.) Powyższe wskazuje na świadomą politykę zakładu ubezpieczeń, już nie obliczoną na zaniżenie odszkodowania odpowiedniego do szkody, ale pozorowanie działań likwidacji szkody i wypłatę kwot symbolicznych, całkowicie oderwanych od realiów szkody i sprawy dla rzekomego wypełnienia obowiązku wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od złożenia zawiadomienia o szkodzie.

Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do szkody majątkowej i do zgłoszonych oraz udokumentowanych kosztów związanych z leczeniem (badania, rehabilitacje, dojazdy). Żądanie dotyczyło 11 281,94 złotych. W sposób drobiazgowy udokumentowano te okoliczności, załączając pełną dokumentację medyczną oraz skierowania i faktury za badania, rehabilitacje, wreszcie szczegółowo wskazano i uzasadniono liczbę i odległości dojazdów oraz podstawę do ich wyliczenia.

W dniu 15 marca 2017 r. zakład ubezpieczeń, w okolicznościach wyżej opisanych, przyznał poszkodowanej „bezsportną” kwotę 330 złotych, co stanowi ok. 2,85% udokumentowanej szkody majątkowej. Nie wskazał przy tym, z jakiego powodu odmówił wypłaty odszkodowania w pozostałym zakresie, o czym w pkt. III. niniejszego pisma.

II. Ubezpieczyciel wskazał, że „zajęcie ostatecznego stanowiska w kwestii zgłoszonych roszczeń dotyczących zadośćuczynienia oraz kosztów leczenia nastąpi w terminie 14 dni od uzyskania opinii lekarskiej”.

Należy zauważyć, że brak wypłaty odszkodowania w terminie określonym w art. 14. ust 1. ww. ustawy jest - w realiach niniejszej sprawy - całkowicie nieusprawiedliwiony, co szczegółowo opisane jest niżej.

W tym miejscu podkreślić należy tylko to, że wskazanie terminu 14 dni „od dnia uzyskania opinii lekarskiej” nie wypełnia wskazań art. 14 ust. 2., ponieważ po pierwsze - nie wskazuje na to, by wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1. okoliczności niezbędnych do ustalenia wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe w tym terminie, po drugie - nie wskazuje o jaką opinię lekarską chodzi i jak się ona ma do zachowania należytej staranności w wyjaśnieniu tych okoliczności, wreszcie - nie wskazuje, że odszkodowanie zostanie wypłacone nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia o złożeniu zawiadomienia o szkodzie.

Z całą mocą przede wszystkim podkreślić jednak należy, że przekazana dokumentacja nie wymagała okresu dłuższego niż miesięczny na dokonanie oceny w zakresie szkody niemajątkowej odnoszącej się do okresu od zdarzenia do zgłoszenia szkody, czyli od 3.12.2015 r. do 15.02.2016 r. Dostarczona została bowiem pełna dokumentacja i niewątpliwy charakter uszkodzeń ciała i cierpień fizycznych wywołanych wypadkiem.

Zdecydowana większość z tych cierpień dotyczyła okresów zamkniętych, tj. niewywołujących

dolegliwości na dzień zgłoszenia szkody (

hospitalizacji, braku możliwości samodzielnego funkcjonowania). Niewątpliwie zatem można było dokonać tej oceny w tym zakresie z pomocą opinii lekarskiej w terminie trzydziestodniowym. Co więcej, nie potrzeba wiedzy specjalnej, zwłaszcza przy doświadczeniu zakładu ubezpieczeń, by ocenić, że skutki wypadku udokumentowane wypisami ze szpitala i zarzutem postawionym sprawcy wypadku uzasadniają bezspornie wypłatę na poziomie stanowiącym kwotę kilkudziesięciu razy większą (abstrahując od kwoty żądanej zadośćuczynienia).

To oczywiste twierdzenie w jeszcze jaskrawszy sposób odnosi się do oceny udokumentowanej szkody majątkowej.

Jedynie w zakresie cierpień wskazywanych jako trwające, tj. nadal pojawiającego się bólu fizycznego przy zwiększonej aktywności fizycznej (z wyłączeniem

) – można by uzasadniać przeprowadzenie dodatkowych badań. W piśmie mowa jest o opinii lekarskiej w liczbie pojedynczej, natomiast pokrzywdzona była zmuszona przez ubezpieczyciela już do 3 wizyt lekarskich. Nadto, wskazuję, że brak jest odniesienia się do dokumentacji kosztów leczenia, badań i rehabilitacji. Dwa badania somatyczne i psychologiczne odbyły się w ciągu 14 dni od zgłoszenia szkody, a więc również w czasie umożliwiającym profesjonalnemu podmiotowi zajęcia ostatecznego stanowiska (nadto ubezpieczyciel domaga się badań dziecka przez lekarzy bez uzasadnienia, np. kieruje do chirurga ogólnego dla dorosłych w sytuacji, kiedy chodzi o dziecko, które nie przechodziło zabiegów chirurgicznych, nie kieruje zaś do ortopedy dziecięcego – traumatologa).

Śmiało można postawić tezę, że skoro przy tak udokumentowanej szkodzie i oczywistości skutków wypadku oraz winy sprawcy, nie wiele może być szkód zgłoszonych w taki sposób, aby ubezpieczyciel mógł szybciej dokonać ostatecznej oceny i aby miał podstawy do wypłaty realnego odszkodowania w kwocie bezspornej.

Działania zakładu ubezpieczeń również w zakresie obowiązków z art. 14. ust. 2. ww. ustawy stanowi zatem próbę obejścia ustawy, w rzeczywistości natomiast jest rażącym pogwałceniem praw ubezpieczonego i celu jakiemu służy system ubezpieczeń obowiązkowych i ograniczony krąg podmiotów, który może realizować działalność ubezpieczeniową.

III. Wbrew treści art. 14. ust. 3. pismo z dn. 16.03.2017 r. odmowa wypłaty odszkodowania nie wskazuje okoliczności oraz podstaw prawnych uzasadniających odmowę wypłaty odszkodowania, jak również przyczyn, dla których zakład ubezpieczeń odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Dotyczy to zarówno szkody majątkowej, jak i niemajątkowej. W niniejszej sprawie brak jest jakichkolwiek podstaw do wypłaty jedynie niedorzecznej kwoty 1 700 złotych zadośćuczynienia ze wskazaniem, że zajęcie ostatecznego stanowiska nastąpi w terminie 14 dni od uzyskania opinii lekarskiej.

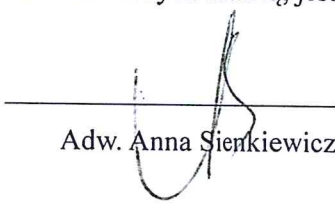
Zakład ubezpieczeń w piśmie z dn. 15.03.2017 r. nie wskazał na jakiej podstawie odmówił wypłaty szkody majątkowej za koszty leczenia oraz rehabilitacji, podczas gdy wszelkie poniesione w związku z tym koszty były potwierdzone fakturami, rachunkami lub paragonami, a konieczność ich

poniesienia została potwierdzona załączonymi skierowaniami od lekarza rodzinnego i lekarzy specjalistów.

Ubezpieczyciel przyznał zryczałtowaną kwotę 100 zł z tytułu kosztów przejazdu, w tym opłat parkingowych, nie wskazał jednak na jakiej podstawie przyznano taką kwotę, w szczególności ma jakiej podstawie odmówiono kwoty żądanej z tego tytułu, tj. 606,94 zł. Przywołano jedynie treść art. 441 par. 1 KC, który wskazuje cyt. "w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty". Zatem wskazano podstawę prawną zaprzeczającą prawu do dowolnego ograniczenia naprawienia szkody. Nie wskazano na przykład nieprawidłowości w wyliczeniach czy braku udowodnienia – wywiązania się z ciężaru dowodu (odpowiednie zastosowanie art. 6 KC).

Nie istnieje też żadna podstawa, prawna i faktyczna, do dokonania 50% zużycia szkieł okularowych (soczewek), błędnie zresztą nazwanych okularami. Wskazano podstawę prawną w postaci art. 361 par 2 KC, bez wskazania podstawy faktycznej uzasadniającej, że dotychczas używane szkła były w jakimkolwiek stopniu zużyte i aby ich wymiana po uszkodzeniu w wyniku wypadku stanowiła jakąkolwiek korzyść usprawiedliwiającą obniżenie odszkodowania o 50%.

Z tych względów skargę Wnosząca uważa za oczywiście uzasadnioną i konieczną. Działanie narusza podstawowe obowiązki zakładu ubezpieczeń określonych ustawą, jest też społecznie wysoce szkodliwe.


Adw. Anna Sienkiewicz

Załączniki:

1. pełnomocnictwo.

