

**Wzór skargi do Rzecznika Ubezpieczonych
w sprawie odmowy zapłaty odsetek za opóźnienie w zapłacie
odszkodowania z umowy ubezpieczenia domu**

Poznań, 04.07.2012 r.

**Rzecznik Ubezpieczonych
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa**

Dotyczy: szkody **pożarowej z dnia 11.05.2010 r.**
Przedmiot szkody: **dom przy ul. Rumiankowej 2 w Śremie**
Ubezpieczony: **Jan Kowalski, ul. Szeroka 2, 00-234 Poznań**
Umowa ubezpieczenia: **Najbezpieczniejszy Dom, polisa nr 12343567**
Ubezpieczyciel: **Zakład ubezpieczeń, ul. Kręta 3, 00-005 Warszawa**
Numer szkody u ubezpieczyciela: **7890/234**

Skarga

Działając w imieniu własnym, niniejszym wnoszę skargę na działanie zakładu ubezpieczeń w ww. sprawie.

Ubezpieczycielowi zarzucam naruszenie:

- 1) art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. poprzez odmowę wypłaty odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia z umowy ubezpieczenia,
- 2) art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zw. z art. 355 § 2 k.c. poprzez brak rzetelnego uzasadnienia swojego stanowiska w kwestii odmowy zapłaty pełnych odsetek ustawowych

Mając na uwadze powyższe wnoszę o:

- 1) interwencję Rzecznika Ubezpieczonych, wierząc że zaangażowanie autorytetu Rzecznika Ubezpieczonych przyczyni się do ochrony moich praw,
- 2) zajęcie przez Rzecznika Ubezpieczonych stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Uzasadnienie

W wyniku pożaru z dnia 11.05.2010 r. doszło do uszkodzenia budynku mieszkalnego i gospodarczego. Ponadto zniszczeniu uległo także wyposażenie posesji i ruchomości domowe. Na dzień pożaru posiadałem ubezpieczenie Najbezpieczniejszy Dom w zakładzie ubezpieczeń.....

Decyzją z dnia 21.05.2010 r. i decyzją z dnia 23.06.2010 r. ubezpieczyciel przyznał mi odszkodowanie w łącznej wysokości 23.552,53 zł. Ubezpieczyciel w szczególności umniejszył odszkodowanie aż o 70 % z tytułu rzekomego zużycia technicznego domu.

Dowód: kserokopia pisma ubezpieczyciela z dnia 21.05.2010 r.
kserokopia pisma ubezpieczyciela z dnia 23.06.2010 r.

Pismem z dnia 5.07.2010 r. odwołałem się od decyzji ubezpieczyciela przyznającej odszkodowanie w ww. wysokości. W swym odwołaniu zakwestionowałem wysokość przyznanego mi odszkodowania, wskazując jednocześnie na uchybienia, jakie miały miejsce, przy oszacowaniu szkody dokonanej przez ubezpieczyciela. Wskazałem m.in. na ogólnikowy charakter sporządzonego przez ubezpieczyciela kosztorysu, co uniemożliwiło mi w oczywisty sposób porównanie go z posiadanym przez siebie kosztorysem

wykonanym przez firmę budowlaną. Ubezpieczyciel błędnie wskazał także datę budowy domu, przyjmując, że został on wybudowany w 1930, a nie w 1938 roku jak było w rzeczywistości. Pominięty został także całkowicie przez ubezpieczyciela fakt, że w 2007 r. dokonałem pełnej wymiany pokrycia dachowego na przedmiotowym budynku mieszkalnym zmieniając pokrycie na dachówkę oraz w 2008/2009 r. dokonałem wymiany wymiany okien, a na co, jak wskazałem ubezpieczycielowi, posiadam pełną dokumentację w postaci faktur zakupu materiałów niezbędnych do przeprowadzenia tych robót. Wskazałem ubezpieczycielowi, iż dokumenty te są do jego wglądu w moim miejscu zamieszkania, a także, że nawet bez rachunków i faktur za remonty widać gołym okiem, iż dach, okna były nowe, a nie z lat 30 ubiegłego wieku. Za przedmiotowym odwołaniem przesłałem ubezpieczycielowi także kosztorysy remontowe wykonane przez firmę budowlaną, które obejmowały realne koszty naprawy uszkodzeń budynku po pożarze.

Dowód: kserokopia odwołania z 5.07.2010 r.

Ubezpieczyciel w piśmie z dnia 2.08.2010 r. nie uwzględnił okoliczności wskazanych przeze mnie, nie podjął jakichkolwiek czynności w sprawie w celu zweryfikowania moich twierdzeń, a tylko lakonicznym pismem podtrzymał swoje stanowisko i odmówił wypłaty pełnego odszkodowania.

Dowód: kserokopia pisma z dnia 2.08.2010 r.

Pismem z dnia 28.10.2010. r. ponownie wniosłem o wypłatę odszkodowania z tytułu wyposażenia posesji i ruchomości domowych uszkodzonych w następstwie pożaru z dnia 11.05.2010 r. oraz o ponowne rozpatrzenie sprawy w zakresie przyjętego dotychczas stopnia zużycia technicznego dla budynku mieszkalnego i budynku gospodarczego.

Dowód: kserokopia pisma z 28.10.2010 r. wraz z dowodem nadania.

Po rozpatrzeniu odwołania z dnia 28.10.2010 r. ubezpieczyciel postanowił zwiększyć przyznane mi odszkodowanie do łącznej kwoty 35.719,26 zł.

Dowód: kserokopia pisma z 23.02.2011 r.

Kolejnym podjętym krokiem w przedmiotowej sprawie było wniesienie w dniu 19.04.2011 r. roszczenia z tytułu odsetek ustawowych na łączną kwotę 1.216.,81 zł:

- 1) od kwoty 21.552,53 zł za okres od 13.06.2010 r. do 23.06.2010 r. tj. odsetek w kwocie 107,47 zł
- 2) od kwoty 12.166,73 zł za okres od 13.06.2010 r. do 18.02.2011 r. tj. odsetek w kwocie 1.109,34 zł.

Dowód: kserokopia pisma z dnia 19.04.2011 r.

Pismem z dnia 24 maja 2011 r. ubezpieczyciel wypłacił mi odsetki ustawowe w z tytułu opóźnienia w wypłacie odszkodowania, ale jedynie w kwocie 433,46 zł. Ubezpieczyciel wskazał, iż jego zdaniem odsetki należą mi się dopiero po upływie 14 dni od mojego drugiego odwołania, gdyż dopiero wtedy przesłałem ubezpieczycielowi faktury za wcześniejsze remonty.

Dowód: kserokopia pisma ubezpieczyciela z dnia 24 maja 2011 r.

Ze względu na nieuwzględnienie przez ubezpieczyciela wskazanej przeze mnie wysokości odsetek wniosłem odwołanie.

Dowód: odwołanie z dnia 3 czerwca 2011 roku.

Pismem z dnia 16 czerwca 2011 roku ubezpieczyciel podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko i nie zwiększył kwoty odsetek za opóźnienie.

Dowód: pismo zakładu ubezpieczeń z dnia 16 czerwca 2011 roku

Ze stanowiskiem ubezpieczyciela w zakresie odsetek ustawowych z tytułu zwłoki w wypłacie odszkodowania nie sposób się zgodzić.

Naruszenie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. oraz naruszenie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zw. z art. 355 § 2 k.c.

Przepisy prawa cywilnego zawierają szczególne unormowanie co do terminu, w którym spełnione ma być świadczenie z umowy ubezpieczenia. Art. 817 § 1 k.c. wskazuje, że ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. W przedmiotowym stanie faktycznym, zgłoszenie wypadku nastąpiło dnia W związku z powyższym, ostatnim dniem, w którym odszkodowanie winno być spełnione jest dzień..... W związku z powyższym, żądanie wypłaty odsetek uzasadnione jest od dnia następnego.

Roszczenie o odsetki powstaje od chwili opóźnienia i dotyczy okresu aż do momentu, gdy dłużnik spełni świadczenie pieniężne (zob. T. Dybowski, A. Pyrzyńska (w:) *System...*, s. 258; K. Zagrobelny (w:) *Kodeks...*, s. 862). Odsetki przysługują więc zgodnie z art. 481 § 1 k.c. za czas opóźnienia. Dlatego stają się wymagalne począwszy od bezskutecznego upływu terminu spełnienia świadczenia głównego, czyli z upływem pierwszego dnia od wymagalności roszczenia głównego, aż do dnia jego zapłaty (zob. T. Dybowski, A. Pyrzyńska (w:) *System...*, s. 258; Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania...*, s. 79; W. Popiołek (w:) *Kodeks...*, s. 67, 69; A. Rembieniński (w:) *Kodeks...*, s. 475).

Konsekwencją dopuszczenia się przez ubezpieczyciela opóźnienia jest pojawienie się po stronie wierzyciela – ubezpieczonego uprawnienia żądania odsetek ustawowych. Art. 481 § 1 k.c. wskazuje, że 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, a które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Instytucja odsetek za opóźnienie jest więc swoistą „sankcją cywilną” za sam fakt niespełnienia świadczenia pieniężnego w terminie, choćby dłużnik nie popadł w zwłokę; odsetki należą się wierzycielowi w każdym wypadku opóźnienia niejako automatycznie (wyrok SA w Katowicach z dnia 12 stycznia 2005 r., I ACa 869/04, LEX nr 147133; wyrok NSA w Warszawie z dnia 7 maja 2002 r., I SA 2378/00, LEX nr 81740; A. Rembieniński (w:) *Kodeks...*, s. 475). Przepis ten bowiem każe dłużnikowi płacić odsetki bez względu na przyczyny uchybienia terminowi płatności sumy głównej; jedynie sam fakt opóźnienia przesądza, że wierzycielowi należą się odsetki niejako automatycznie (por. A. Ohanowicz, *Zobowiązania...*, s. 205; T. Wiśniewski (w:) *Komentarz...*, s. 538; A. Rembieniński (w:) *Kodeks...*, s. 475). Obowiązek zapłaty odsetek przez dłużnika jest więc niezależny od tego, czy dopuścił się on zwłoki w rozumieniu art. 476 k.c. i niezależny od tego, czy wierzyciel poniósł jakąkolwiek szkodę (por. wyrok SN z dnia 22 maja 2003 r., II CKN 134/01, LEX nr 138645; wyrok NSA w Warszawie z dnia 7 maja 2002 r., I SA 2378/00, LEX nr 81740; A. Rembieniński (w:) *Kodeks...*, s. 475; W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania...*, s. 333; A. Ohanowicz, *Zobowiązania...*, s. 205; K. Zagrobelny, *Kilka uwag w sprawie odsetek za opóźnienie*, M. Praw. 2006, nr 11, s. 586).

Ubezpieczyciel w niniejszej sprawie odmawia jednak wypłaty odsetek ustawowych za cały okres opóźnienia uzasadniając swoje stanowisko tym, iż rzekomo dopiero za moim kolejnym odwołaniem udowodniłem ubezpieczycielowi, że dom był remontowany przed

pożarem. Nie znajduje to jednak uzasadnienia w zaistniałych okolicznościach faktycznych, a także jest sprzeczne z ww. normami prawnymi.

Jak wskazuje art. 16 ust. 3 zd. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. 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**. Pismo, którym to ubezpieczyciel odmawia mi wypłaty pełnych odsetek za opóźnienie w wypłacie odszkodowania nie zawiera powyższych elementów, jest pozbawione podstaw zarówno faktycznych jak i prawnych.

Niniejsza sprawa została poprowadzona przez ubezpieczyciela w sposób powierzchowny i nierzetelny. W związku z powyższym, nie ulega wątpliwości, że postawa ubezpieczyciela jest tendencyjna, arbitralna oraz z góry nastawiona na odmowę wypłaty odsetek, mimo swojego oczywiście nieprawidłowego stanowiska w sprawie.

Stan faktyczny wskazuje na liczne uchybienia jakich dopuścił się ubezpieczyciel. Jego zachowanie charakteryzowało się rażącą opieszałością i stanowi rażące naruszenie podstawowych obowiązków ubezpieczyciela w zakresie terminowego i rzetelnego rozpatrywania roszczeń poszkodowanych.

Naruszenie przepisów k.c. i ogólnych warunków umowy ubezpieczenia w zakresie terminu do wypłaty pełnego odszkodowania w żadnym razie nie można uznać za dołożenie przez zakład ubezpieczeń należytej staranności przy rozpatrywaniu roszczeń, wymaganej od profesjonalisty jakim winien być bez wątpienia zakład ubezpieczeń (art. 355§2 k.c.). Zgodnie z wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 3 października 2006 r. (sygn. Akt VI Ca 640/06, niepublikowany) zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W doktrynie słusznie się przyjmuje, że *profesjonalizm dłużnika powinien przejawiać się w dwóch podstawowych cechach jego zachowania: postępowanie zgodnie z regułami fachowej wiedzy i sumiennosci. Wzorzec należytej staranności musi uwzględniać zwiększone oczekiwania co do zawodowych kwalifikacji dłużnika- specjalisty, co do jego wiedzy i praktycznych umiejętności skorzystania z niej (wyrok SN z 21 września 2005 r., IV CK 100/05. LEX nr 187120). Obok fachowych kwalifikacji od profesjonalisty wymaga się zwiększonego zaangażowania w podjęte działania przygotowujące i realizujące świadczenie. Chodzi o większość zapobiegliwość, rzetelność, dokładność w działaniu dłużnika* (komentarz do KC, LEX 2010, pod red. Andrzeja Kidyby).

Tak określone wymogi, jakie stawia się dłużnikowi-profesjonalistcie, nie zostały w żaden sposób zachowane w niniejszej sprawie, albowiem zachowanie ubezpieczyciela charakteryzowało się opieszałością, nierzetelnością i było ukierunkowane na umniejszenie należnego odszkodowania, a nie na należyte wywiązanie się z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym powinien przeprowadzić pełne i profesjonalne oględziny miejsca i przedmiotu szkody, ustalić stan faktyczny i wypłacić pełne odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody tj. w w przedmiotowej sprawie w terminie **do 12 czerwca 2010 r.** (art. 817§1 k.c.). Tymczasem ubezpieczyciel w terminie 30 dni od zgłoszenia szkody nie wypłacił mi nawet kwoty bezspornej.

Gdy już ubezpieczyciel wypłacił kwotę bezsporną, to pomimo uprzednich oględzin miejsca szkody i posiadania wiedzy o remoncie domu przed pożarem (rzeczoznawca ubezpieczyciela dokonujący oględzin przedmiotu szkody nie mógł nie zauważyć nowych

plastikowych okien, nowego pokrycia dachowego, nowej elewacji, które nie mogły być sprzed II Wojny Światowej) zastosował umniejszenie odszkodowania o rażąco wygórowany współczynnik zużycia. Następnie mimo, iż w odwołaniu podnosiłem, iż odszkodowanie jest zaniżone, a dom był przed pożarem wyremontowany, ubezpieczyciel zignorował te uwagi i argumenty i podtrzymał swoje oczywiście błędne stanowisko.

Ocena zużycia technicznego została więc wykonana w sposób nieprofesjonalny i przy braku zachowania należytej staranności wymaganej od profesjonalisty. Nie można podzielić zarzutów podnoszonych przez ubezpieczyciela, jakoby ubezpieczony nie przytoczył dowodów na wskazywane przez siebie remonty. Okoliczność, iż budynek był remontowany przed pożarem były zgłaszane przez ubezpieczonego już w czasie oględzin budynku przeprowadzonych przez ubezpieczyciela. Ponadto rzeczoznawca ubezpieczyciela podczas oględzin widział, a przynajmniej widzieć winien nowe okna, nowy dach, nową elewację (nota bene wykonał do akt szkody dokumentację zdjęciową obrazującą nowe elementy domu). Następnie w odwołaniu także wskazałem na fakt, iż budynek mieszkalny przed pożarem był remontowany. Pomimo powyższych okoliczności ubezpieczyciel przyjął znacznie zawyżony współczynnik zużycia budynku, mimo iż miał możliwość i winien w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia pożaru ustalić prawidłowy rozmiar szkody i odszkodowania, w szczególności prawidłowo ustalić rozmiar zużycia budynku. Nie było ku temu żadnych przeszkód poza brakiem profesjonalizmu i dobrej woli.

Ujemne konsekwencje niezachowania należytej staranności przez ubezpieczyciela ponoszę ja jako ubezpieczony. Przewlekłość postępowania, nieprawidłowości w dokonanych przez ubezpieczyciela ustaleniach o stanie faktycznym doprowadziły do tego, iż nie uzyskałem pełnego odszkodowania w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia zdarzenia, chociaż mogłem i powinien je w tym terminie otrzymać, gdyby ubezpieczyciel dochował staranności i rzetelności wymaganej od profesjonalisty.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z 18 listopada 2009 r. (sygn. Akt. II CSK 257/09), w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że *ratio legis art. 817. k.c. oraz sens sformułowanych na jego podstawie postanowień zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia opiera się na uprawnieniu do wstrzymania wypłaty odszkodowania w sytuacjach wyjątkowych, gdy istnieją niejasności odnoszące się do samej odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości szkody. W sytuacji, gdy dochodzi do kolizji dwóch interesów- poszkodowanego oraz ubezpieczyciela, stąd ocena przyczyn niezachowania przez zakład ubezpieczeń (profesjonalistę) terminu przewidzianego w art. 817§1 k.c. powinna być staranna i pogłębiona. Sąd musi ocenić, czy ubezpieczyciel przeprowadził postępowanie likwidacyjne w niezbędnym zakresie bez nieuzasadnionej zwłoki, z uwzględnieniem interesu wierzyciela (art. 354§1 k.c. i art. 355§2 k.c.). Stwierdzenie, że ubezpieczyciel uchyla się od spełnienia świadczenia oznacza, że umowa ubezpieczenia nie spełnia swej funkcji ochronnej. Takie działanie ubezpieczyciela stanowi akt nielojalności i złej wiary, przez co nie może korzystać z ochrony prawnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2006 r. V CSK 90/05, niepublikowany). W świetle powyższych ustaleń należy więc stwierdzić, że umowa ubezpieczenia z powodu przewlekłości postępowania nie spełnia swych podstawowych funkcji ochronnych.*

Ponadto jak zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z 9.10.2002 r., IV CKN 1421/00 (LEX nr 80274), *umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie może tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu. Można zresztą zauważyć, że poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń per fas et nefas możliwości uchylecia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt nielojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną.*

Z powyższych względów wnoszę jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku

Jan Kowalski
własnoręczny podpis

Załączniki:

- wskazane w piśmie dowody.

Komentarz do pisma

Skargę należy wystąpić do Rzecznika Ubezpieczonych listem poleconym.

Nie ma żadnego terminu do wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych - skargę można wnieść w każdym czasie.

Wniesienie skargi do Rzecznika Ubezpieczonych nie podlega żadnej opłacie.

Skargę może wnieść ubezpieczony, ubezpieczający, poszkodowany, czy też każdy innych podmiot, którego interes został naruszony zachowaniem ubezpieczyciela.

W skardze należy wskazać okoliczności wypadku, przebieg likwidacji szkody z danej umowy ubezpieczenia, stanowisko ubezpieczyciela, zarzuty wobec stanowiska ubezpieczyciela, argumentację za swoim stanowiskiem lub bezprawnością stanowiska ubezpieczyciela, wniosek o podjęcie interwencji i zajęcie stanowiska w sprawie przez Rzecznika Ubezpieczonych.

Rzecznik Ubezpieczonych, gdy podejmie interwencję, skieruje pismo do prezesa danego ubezpieczyciela z wnioskiem o zbadanie danej sprawy - pismo to zostanie przesłane do Twojej wiadomości przez Rzecznika. Jeżeli Rzecznik nie podejmie interwencji, to zawiadomi Cię o tym na piśmie wskazując powody braku podjęcia interwencji. Ubezpieczyciel powinien odpowiedzieć na stanowisko Rzecznika w terminie 30 dni od dnia doręczenia interwencji Rzecznika do ubezpieczyciela. Pismo ubezpieczyciela skierowane do Rzecznika winno być skierowane także do wiadomości skarżącego. Jeżeli jako skarżący nie otrzymasz pisma ubezpieczyciela, to możesz zwrócić się do Rzecznika o przesłanie Ci kopii tego pisma. Jeżeli ubezpieczyciel w piśmie do Rzecznika w odpowiedzi na Twoją skargę unika udzielenia merytorycznej odpowiedzi na Twoje zarzuty, to możesz wnieść do Rzecznika dalsze pismo z prośbą o dalszą interwencję wobec braku udzielenia przez ubezpieczyciela wyczerpującej i merytorycznej odpowiedzi na Twoją skargę i pismo Rzecznika.

Można także wnieść skargę do Komisji Nadzoru Finansowego (państwowy organ nadzoru nad ubezpieczycielami).

Jeżeli w wyniku zwłoki ubezpieczyciela poszkodowany odniósł szkodę, to oprócz odsetek ustawowych poszkodowany może domagać się od ubezpieczyciela odszkodowania za poniesioną szkodę (art. 481§3 k.c.).

Autor wzoru pisma:

r. pr. Mariusz Sadowski

Kancelaria Prawna EVENTUM

www.kancelaria-eventum.com.pl
