

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ PRZEZ POSZKODOWANYCH W WYPADKACH DROGOWYCH

Zdzisław Gołba

PRAWO W PRAKTYCE

WYDANIE

6



Wolters Kluwer

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ PRZEZ POSZKODOWANYCH W WYPADKACH DROGOWYCH

Zdzisław Gołba

PRAWO W PRAKTYCE

WYDANIE

6



Wolters Kluwer

WARSZAWA 2022

Stan prawny na 17 lutego 2022 r.

Wydawczyni
Monika Pawłowska

Redaktor prowadząca
Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne
Agnieszka Witczak

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski



Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2022

ISBN 978-83-8286-154-9
6. wydanie

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Wprowadzenie	13
Rozdział I	
Ustawy ubezpieczeniowe oraz związane	17
1. Ustawy obowiązujące od 1.01.2004 r.	17
1.1. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	17
1.2. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych	20
1.3. Ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, zastąpiona przez ustawę z 5.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym	23
2. Znowelizowane przepisy dotyczące umów ubezpieczenia	26
2.1. Ustawa z 13.04.2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw	26
2.2. Uchylone przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych dodane ustawą z 29.06.2007 r.	29

Rozdział II

Roszczenia poszkodowanych wobec zobowiązanych

do naprawienia szkody	34
1. Ustalenie zobowiązanego do naprawienia szkody	34
2. Wypadek drogowy spowodowany przez nieubezpieczonego lub niezidentyfikowany pojazd	37
3. Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę	38
3.1. Zasada umiarkowania	38
3.2. Zasada kompensacji lub adekwatności	41
3.3. Wzbogacenie	57
3.4. Zadośćuczynienie godziwe	69
3.5. Trwały uszczerbek na zdrowiu	72
3.6. Zadośćuczynienie na podstawie art. 448 k.c.	74
3.7. Zadośćuczynienie i odszkodowanie w procesie karnym	77
4. Renta	82
4.1. Wyrównanie szkody z powodu utraconej całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej	82
4.2. Zwiększenie potrzeb poszkodowanego	87
4.3. Zmniejszenie widoków powodzenia w przyszłości	90
5. Zwrot poniesionych wydatków	91
6. Warunki przejścia roszczenia o zadośćuczynienie na spadkobierców	99
7. Przedawnienie roszczeń	105
7.1. Stan prawny obowiązujący do 10.08.2007 r.	105
7.2. Terminy przedawnienia zawarte w art. 442 ¹ k.c., obowiązującym od 10.08.2007 r.	110

Rozdział III

Ochrona najbliższej rodziny poszkodowanego

w razie jego śmierci	116
1. Osoby uprawnione do otrzymania zwrotu kosztów leczenia i pogrzebu	116
2. Osoby uprawnione do renty	118
2.1. Renta obligatoryjna	118
2.2. Renta fakultatywna	121

3. Odszkodowanie dla najbliższych członków rodziny zmarłego	123
4. Zadośćuczynienie dla najbliższej rodziny zmarłego	134
5. Zadośćuczynienie i odszkodowanie w sprawach o nieprzeciętnych skutkach zdarzenia drogowego	161
6. Upływ czasu a wysokość zadośćuczynienia	166
7. Wartość świadczeń osób zobowiązanych do naprawienia szkody	174

Rozdział IV

Naprawienie szkody doznanej w okresie płodowym	182
1. Problemy prawne dziecka poczętego	182
2. Uszkodzenie ciała w okresie płodowym	186
3. Utrata żywiciela w okresie płodowym	189

Rozdział V

Dochodzenie roszczeń przed sądem	191
1. Uprzywilejowana pozycja ubezpieczycieli w procesach sądowych	191
1.1. Różnice w zakresie wiedzy prawniczej stron	191
1.2. Fakultatywna ochrona prawna poszkodowanego ...	192
1.3. Trudności dowodowe w realizacji zasady pełnego odszkodowania	204
1.4. Dokumentacja techniczna miejsca wypadku	206
1.5. Przewlekłość postępowania likwidacyjnego	207
1.6. Przewlekłość procesu	210
1.7. Określenie wartości przedmiotu sprawy	212
1.8. Krzywdzący poszkodowanych termin zasądzenia odsetek ustawowych	215
2. Wezwanie do zapłaty	230
3. Pozew	232
4. Dowody	237
5. Wyrokowanie	239
6. Postępowania odwoławcze	241
6.1. Apelacja	241
6.2. Skarga kasacyjna	243
6.3. Skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia	246

Rozdział VI

Postępowania medycyjne	248
1. Arbitralna postawa ubezpieczycieli wobec poszkodowanych	248
2. Postępowania ugodowe	250

Rozdział VII

Przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody ...	255
---	-----

Rozdział VIII

Zadośćuczynienie dla najbliższych członków rodziny poszkodowanego w razie ciężkiego i trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powodujących zerwanie więzi rodzinnych przez poszkodowanego	278
---	-----

Aneks nr 1. Poszkodowany A	285
---	-----

Aneks nr 2. Poszkodowany B	288
---	-----

Aneks nr 3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności	292
---	-----

Aneks nr 4. Wzory pozwów	362
---------------------------------------	-----

Wzór nr 1. Pozew o zapłatę i rentę z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych	362
Wzór nr 2. Pozew o zapłatę	371
Wzór nr 3. Pozew o zapłatę z wnioskiem o zwolnienie od opłaty sądowej	376
Wzór nr 4. Pozew o zapłatę	384
Wzór nr 5. Pozew o zapłatę i rentę z wnioskiem o zwolnienie powodów od ponoszenia kosztów procesu	388

Bibliografia	397
---------------------------	-----

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- k.c.** – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.)
- k.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2021 r. poz. 2345 ze zm.)
- Konstytucja RP** – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze sprost. i zm.)
- k.p.c.** – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.)
- k.p.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 534 ze zm.)
- k.r.o.** – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359)
- k.z.** – rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 27.10.1933 r. – Kodeks zobowiązań (Dz.U. Nr 82, poz. 598 ze zm.); nieobowiązujące
- u.d.u.r.** – ustawa z 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1130 ze zm.); weszła w życie 1.01.2016 r.
- u.k.s.c.** – ustawa z 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2257 ze zm.)
- ustawa z 29.06.2007 r.** – ustawa z 29.06.2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 133, poz. 922 ze zm.)

- u.u.o.** – ustawa z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 854 ze zm.)

Czasopisma i publikatory

- Biul. SN** – Biuletyn Sądu Najwyższego
- Dz.U.** – Dziennik Ustaw
- Dz.Urz. UE/WE** – Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej/Wspólnot Europejskich
- M. Praw.** – Monitor Prawniczy
- NP** – Nowe Prawo
- OSA** – Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
- OSNC** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna (od 1995 r.)
- OSNCK** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna i Izba Kar na (do 1961 r.)
- OSNCP** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna oraz Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych (od 1963 do 1995 r.)
- OSNC-ZD** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna. Zbiór Dodatkowy
- OSNKN** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Kontroli Nadzwyczajnej i Spraw Publicznych
- OSNKW** – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Kar na i Wojskowa
- OSP** – Orzecznictwo Sądów Polskich (od 1990 r. zamiast Orzecznictwa Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych)
- OSPiKA** – Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych (od 1957 r. do 1989 r.)
- OTK** – Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
- OTK-A** – Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
- PiP** – Państwo i Prawo
- Prok. i Pr.** – Prokuratura i Prawo
- RPEiS** – Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny

Inne

LEX	– system informacji prawnej
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
OC	– odpowiedzialność cywilna
PBUK	– Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
Rzecznik	– Rzecznik Ubezpieczonych
SN	– Sąd Najwyższy
UE	– Unia Europejska
UFG	– Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WPROWADZENIE

Tytuł pracy wymaga choćby pobieżnego wyjaśnienia, dlaczego poszkodowani w wypadkach drogowych, a także w innych zdarzeniach objętych obowiązkowym ubezpieczeniem OC, są również poszkodowanymi w swoich roszczeniach o naprawienie wyrządzonej im szkody.

Składa się na to wiele przyczyn, zarówno w zakresie unormowań prawnych, jak i filozofii widzenia obowiązku naprawienia szkody – widzenia humanistycznego, przyjaznego poszkodowanemu bądź wyrachowanego skalą przeciętności.

Unormowania prawne statuujące obowiązek naprawienia szkody poniesionej przez osobę – niezależnie od występujących trendów nowelizacyjnych – zawsze pozostaną rozwiązaniami ułomnymi, umożliwiającymi ich dostosowanie do sposobu widzenia obowiązku naprawienia szkody. Dlatego humanistyczne widzenie tego obowiązku jest z pewnością bliższe poszkodowanym i może spełniać ich oczekiwania. Zapewne nie bez znaczenia pozostaje przejęcie obowiązku naprawienia szkody (od sprawcy) przez potężne korporacje ubezpieczeniowe, dysponujące znacznymi środkami finansowymi i bardzo sprawnymi zespołami pracowników działających w interesie swojego pracodawcy. Jeśli wobec takiego „giganta” staje poszkodowana osoba fizyczna z żądaniem obowiązku naprawienia wyrządzonej jej szkody, to napotyka bardzo wiele trudności.

Również procedura cywilna nie jest przychylna poszkodowanemu. Wprawdzie sprawca szkody, a w jego imieniu ubezpieczyciel OC, ma

obowiązek jej naprawienia, ale w ramach procesu cywilnego obowiązek naprawienia szkody przekształca się w uprawnienie do żądania od poszkodowanego udokumentowania każdego szczegółu żadanego świadczenia. W efekcie żądanie poszkodowanego zostaje ocenzone wymogami ubezpieczyciela, a obowiązek naprawienia szkody – w jego podstawowym wymiarze zadośćuczynienia i stosownego odszkodowania – pozostaje nadal obowiązkiem fakultatywnym.

Trudną sytuację proceduralną poszkodowanych w wypadkach drogowych z pewnością jeszcze pogłębia zasada pełnej kontrydiktoryjności stron procesowych.

Wprawdzie od piątego wydania niniejszej publikacji nie upłynęło zbyt wiele czasu, bo zaledwie trzy lata, ale przy nieustannych zmianach legislacyjnych i w zakresie tematyki tej publikacji ukazały się akty prawne, które wymagają uwzględnienia w odpowiednich rozdziałach. Dotyczy to także orzecznictwa Sądu Najwyższego z tego okresu. W ramach nowelizacji Kodeksu cywilnego istotne znaczenie może mieć uzupełnienie art. 446 k.c. o § 4, statuujący uprawnienie osób bliskich zmarłego do żądania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Z orzeczeń Sądu Najwyższego na uwagę zasługuje uchwała pełnego składu Izby Cywilnej z 15.05.2009 r., III CZP 140/08 (OSNC 2009/10, poz. 132) stwierdzająca, że zasiłku pogrzebowego wypłacanego rodzinie zmarłego przez ZUS nie należy zaliczać na poczet należności, do której zgodnie z art. 446 § 1 k.c. zobowiązany jest sprawca szkody.

Ustawodawca dokonał nieco zmian w procedurze cywilnej, która nakłada dodatkowe obowiązki na strony procesu już na etapie opracowania pozwu. Zgodnie z ustawą z 10.07.2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1311 ze zm.) wprowadzona została możliwość rozpoznania sprawy na posiedzeniu niejawnym, jeżeli spełnione zostały przesłanki, które na to pozwalają. Jeżeli wnoszący pozew uważa, że rozprawa powinna być przeprowadzona, to w pierwszym piśmie procesowym taki wniosek powinien złożyć

(art. 148¹ § 3 k.p.c.). W pozwie wymagana jest również informacja, czy strony podjęły próbę mediacji lub innego sposobu polubownego rozwiązania sporu (art. 187 § 1 pkt 3 k.p.c.).

Zasygnalizować także należy ważną praktyczną zmianę art. 115 k.c., wprowadzoną ustawą z 16.12.2016 r. o zmianie niektórych ustaw w celu poprawy otoczenia prawnego przedsiębiorców (Dz.U. poz. 2255), obowiązującą od 1.01.2017 r.: „Jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy lub na sobotę, termin upływa następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą”.

Znaczący wzrost liczby pojazdów samochodowych usprawiedliwia także szersze zainteresowanie postępowaniami odszkodowawczymi osób poszkodowanych w wypadkach drogowych. Należy zatem podkreślić pozytywny wynik spadku liczby zdarzeń drogowych przy równoczesnym znaczącym wzroście liczby pojazdów samochodowych na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat. Zatem wzrost liczby pojazdów samochodowych powinien zwiększyć fundusz ubezpieczycieli z tytułu składek OC przy równoczesnym zmniejszeniu się liczby wypadków drogowych. Taka sytuacja z kolei powinna zdecydowanie wpłynąć na zwiększenie funduszu opłat OC posiadaczy pojazdów samochodowych. Niestety w postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczycieli trudno zauważyć, aby na tym etapie należności osób poszkodowanych z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowań stanowiących kompensatę doznanej krzywdy były uwzględniane. Również w orzecznictwie sądowym niemal w każdym wyroku w sprawie osób poszkodowanych w wypadkach drogowych powoływana jest zasada kompensacji doznanej krzywdy, lecz tak ograniczona, aby odpowiadała przeciętnej stopie życia lub poziomowi życia społecznego bądź innym podobnym miernikom. Ten sposób ustalania wysokości zasądzzonego zadośćuczynienia lub odszkodowania z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej pozbawia osoby poszkodowane takich należności, jakie powinny otrzymać zgodnie z zasadą pełnej kompensacji doznanej krzywdy.

Upływ czasu od daty wypadku do daty powiadomienia ubezpieczyciela o wypadku jest różnie postrzegany w orzecznictwie i przez

ubezpiezcycieli, co również prowadzi do zaniżenia zadośćuczynienia i odszkodowania.

Kwestie te zostały bliżej zilustrowane stosownym orzecnictwem sądowym w dodatkowo wprowadzonych do rozdziałów II i III oddzielnych podpunktach.

W pracy dodany został rozdział VIII dotyczący zadośćuczynienia dla najbliższych członków rodziny poszkodowanego w razie ciężkiego i trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powodujących zerwanie więzi rodzinnych przez poszkodowanego (nowy art. 446² k.c.).

Winienem także serdeczne podziękowania Pani Mecenas Justynie Kaczmarczyk za okazaną pomoc w poszukiwaniu materiału źródłowego.

Rozdział I

USTAWY UBEZPIECZENIOWE ORAZ ZWIĄZKOWE

1. Ustawy obowiązujące od 1.01.2004 r.

1.1. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Z dniem 1.01.2004 r. weszła w życie ustawa z 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst pierwotny: Dz.U. Nr 124, poz. 1151; tekst jedn.: Dz.U. z 2015 r. poz. 1206 ze zm.), która wspólnie z pozostałymi ustawami ubezpieczeniowymi była podsumowaniem wcześniejszego dorobku ustawodawczego w zakresie całego wachlarza problemów ubezpieczeniowych i form organizacyjnych działania ubezpieczycieli. Obowiązująca do tego czasu ustawa z 28.07.1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 ze zm.), mimo wielokrotnych nowelizacji, nie obejmowała całości zagadnień rynku ubezpieczeniowego, a ponadto zdezaktualizowała się w znacznym stopniu po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Obecnie, od 1.01.2016 r., obowiązuje ustawa z 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1130 ze zm.), która wprowadziła pewne zmiany w dotychczasowym ustawodawstwie ubezpieczeniowym.

Ujęte w rozdziale 1 obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej normy ogólne, a w rozdziale 2 – zasady wykonywania działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej są

regulacjami uniwersalnymi, odnoszącymi się do wszystkich systemów ubezpieczeniowych występujących w naszym kraju. Z norm ogólnych należy wymienić przedstawiony w art. 4 u.d.u.r. szeroki zakres czynności ubezpieczeniowych. Dla poszkodowanych istotne znaczenie ma art. 4 ust. 7 pkt 3 u.d.u.r., dotyczący formy prezentowania stanowiska przez ubezpieczycieli w sprawach roszczeń o odszkodowanie, który stwierdza, że są to oświadczenia woli w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Oznacza to, że ubezpieczyciel jest związany takim oświadczeniem i nie może go dowolnie zmieniać. Dotychczas ubezpieczyciele posługiwali się formą decyzji, do czego nie byli uprawnieni. Oświadczeniami woli są również orzeczenia komisji lekarskich działających na zlecenie ubezpieczycieli o procentowym uszczerbku na zdrowiu, których wyniki zostają przekazane poszkodowanym wraz z przyznaną kwotą z tytułu zadośćuczynienia i kosztów (art. 445 § 1 i art. 444 § 1 k.c.). Zdarzało się bowiem, że gdy poszkodowany w procesie sądowym domagał się wyższego zadośćuczynienia, nie kwestionując już ustalonego uszczerbku na zdrowiu i stwierdzonych obrażeń oraz rozstroju zdrowia, ubezpieczyciel domagał się ponownego badania przez Zakład Medycyny Sądowej i wnioski te były uwzględniane.

Przedstawione w rozdziale 2 u.d.u.r. zasady wykonywania działalności ubezpieczeniowej dotyczą zarówno kwestii prawno-organizacyjnych funkcjonowania ubezpieczycieli, jak i ich obowiązków wobec uprawnionych z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia OC, wśród których najliczniejszą grupę stanowią poszkodowani w wypadkach drogowych.

Unormowaniem ułatwiającym dochodzenie roszczeń osobom poszkodowanym jest wyrażona w art. 10 u.d.u.r. możliwość wniesienia powództwa przed sąd właściwy dla ich miejsca zamieszkania, a nie siedziby ubezpieczyciela, co byłoby niezwykle uciążliwe. Ustęp 2 tego artykułu uprawnia również spadkobierców ubezpieczonego lub uprawnionego do korzystania z tego unormowania.

Klauzule zawarte w art. 15 ust. 3 i 5 u.d.u.r., mówiące o tym, że: „3. Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały”,

„5. Postanowienia umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umowy sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”, mają na celu wyeliminowanie z zawieranych umów niebezpiecznych pułapek tekstowych.

Obowiązki ubezpieczycieli w zakresie wywiązywania się z zawartych umów zostały określone w art. 28 i 29 u.d.u.r. W art. 28 u.d.u.r. zawarty jest nakaz wypłaty zgłoszonego przez uprawnionego roszczenia, jeżeli zostało ono uznane, zawarto ugodę bądź uprawomocnił się wyrok sądowy. Zgodnie z art. 29 ust. 1 u.d.u.r. ubezpieczyciel – w terminie siedmiu dni od daty otrzymania wiadomości o zdarzeniu losowym objętym ochroną ubezpieczeniową – zobowiązany jest poinformować o tym ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia i przystąpić do ustalenia stanu faktycznego oraz zasadności zgłoszonych roszczeń.

Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie określonym w umowie lub ustawie, a jeśli w tym okresie nie jest w stanie tego uczynić – informuje o przyczynach poszkodowanego bądź zawiadamia, dlaczego roszczenie nie zostało w całości uwzględnione, wypłacając równocześnie jego bezsporną część (art. 29 ust. 4 i 5 u.d.u.r.). Ubezpieczyciel ma również obowiązek udostępnienia akt szkodowych oraz sporządzenia kserokopii z dokumentów i innych dowodów na żądanie poszkodowanego (art. 29 ust. 6 u.d.u.r.).

Przepisy o działalności ubezpieczeniowej zostały w znacznym stopniu poszerzone ustawą z 13.02.2009 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 42, poz. 341). Nowelizacja ta miała na celu dostosowanie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej do postanowień dyrektywy 2005/68/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 16.11.2005 r. w sprawie reasekuracji oraz zmieniającej dyrektywy Rady 73/239/EWG, 92/49/EWG, a także dyrektywy 98/78/WE i 2002/83/WE (Dz.Ur. UE L 323, s. 1, ze zm.). Dlatego, poza incydentalnymi zmianami ustaw związkowych, dotyczy głównie przepisów normujących działalność asekuracyjną i reasekuracyjną.

1.2. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Ustawa z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 854 ze zm.) ma kluczowe znaczenie dla osób poszkodowanych w wypadkach drogowych, ponieważ – zamiast wielokrotnie zmienianych rozporządzeń Ministra Finansów dotyczących ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – zawiera ustawowe normy prawne obejmujące całość zagadnień ubezpieczeniowych. Najliczniejszą grupę podmiotów zobligowanych do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej stanowią posiadacze pojazdów mechanicznych. To oni spotkali się najwcześniej, bo już w pierwszej połowie ubiegłego wieku, z rygorem obowiązkowego ubezpieczenia posiadanych pojazdów mechanicznych. W pierwszej kolejności obowiązek ten dotyczył przedsiębiorstw zajmujących się przewozem osób, podobnie jak w innych krajach europejskich.

Ustawowy obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w „ruchu środków komunikacji”, w odniesieniu do niemal wszystkich posiadaczy pojazdów mechanicznych, wprowadziła w Polsce ustawa z 28.03.1952 r. o ubezpieczeniach państwowych (Dz.U. Nr 20, poz. 130 ze zm.), która w art. 6 co do wszystkich kwestii związanych z tym ubezpieczeniem odsyłała do mającego się ukazać rozporządzenia Rady Ministrów. Jednak powołany wyżej przepis był martwy, ponieważ zapowiadane rozporządzenie nie ukazało się przez cały okres obowiązywania tej ustawy, tj. do czasu wydania nowej ustawy – ustawy z 2.12.1958 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych (Dz.U. Nr 72, poz. 357 ze zm.). Na podstawie tej delegacji ustawowej wydane zostało rozporządzenie Rady Ministrów z 1.12.1961 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej z ruchu pojazdów mechanicznych (Dz.U. Nr 55, poz. 311).

Taki model legislacyjny zachował się, z pewnymi modyfikacjami, do 31.12.2003 r. W kolejnych latach zmieniały się ustawy ubezpieczeniowe, a w ślad za nimi rozporządzenia Rady Ministrów oraz akty wykonawcze niższego szczebla, w szczególności Ministra Finansów, który w drodze rozporządzenia określał ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów. Ostatnim takim aktem wykonawczym obowiązującym do 31.12.2003 r., wydanym na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z 28.07.1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, było rozporządzenie Ministra Finansów z 24.03.2000 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (Dz.U. Nr 26, poz. 310 ze zm.).

Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych jest wyczerpującym zbiorem przepisów stanowiących: kto jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia OC, kto jest uprawniony do świadczeń z tytułu tej umowy i jakie są obowiązki ubezpieczycieli, ubezpieczonych oraz osób poszkodowanych.

Bliżej zadania te ujmuje art. 1 u.u.o., stanowiąc, że ustawa określa:

- 1) zasady zawierania i wykonywania umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego i obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych;
- 2) sposób kontroli spełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczeń, o których mowa w pkt 1, oraz konsekwencje niespełnienia tego obowiązku;
- 3) podstawowe zasady, którym powinny odpowiadać inne, niż określone w pkt 1, umowy ubezpieczeń obowiązkowych;
- 4) zadania i zasady działania Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Zbiór tych przepisów został podzielony na normy ogólne oraz normy odnoszące się do wyodrębnionych grup podmiotów zobowiązanych do zawarcia umowy ubezpieczenia OC, a w szczególności posiadaczy pojazdów mechanicznych i rolników. Natomiast rozdziały 7 i 8 powołanej ustawy zawierają unormowania określające zadania i zasady funkcjonowania organów uzupełniających, a także możliwość realizacji roszczeń osób poszkodowanych przez UFG i PBUK.

Określenia, którymi posługuje się ustawa, zostały w celu jednoznacznego ich rozumienia zdefiniowane w art. 2 u.u.o.

Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych od 24.01.2016 r. została uzupełniona o art. 34a, który stanowi: „1. Powództwo o odszkodowanie z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych wytacza się wyłącznie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby poszkodowanego zdarzeniem powodującym szkodę albo przed sąd właściwy dla miejsca zaistnienia tego zdarzenia. W braku wskazanych wyżej podstaw właściwości miejscowej powództwo można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.

2. Przelew wierzytelności nie wpływa na właściwość sądu”.

Nowy przepis wprowadza obowiązek wytaczania powództwa wyłącznie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby poszkodowanego zdarzeniem powodującym szkodę, natomiast art. 9 ustawy z 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej od 1.01.2004 r., wprowadzał możliwość wniesienia powództwa przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania osób poszkodowanych.

Dalsze zmiany w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych wprowadzone zostały ustawą z 23.10.2018 r. (Dz.U. poz. 2448). Zmierzają one do uszczegółowienia terminów, w jakich ubezpieczyciele powinni zaspokoić roszczenia osób poszkodowanych w sytuacjach dotyczących ważności umowy ubezpieczeniowej. Zmiany te obejmują art. 14 u.u.o., w którym dodano ust. 4

w brzmieniu: „Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1 albo 2, zakład ubezpieczeń nie ustali ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 4 pkt 1 i 2, osoby odpowiedzialnej za szkodę, przesyła niezwłocznie zgromadzoną dokumentację do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie [...]”. Natomiast dodany do art. 14 u.u.o. – kolejny ust. 4a stwierdza, że UFG wypłaca odszkodowanie na zasadach obowiązujących w tej instytucji. Z kolei Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny dochodzi zwrotu wypłaconej kwoty, jeżeli ustali, że roszczenie poszkodowanego winien zaspokoić ubezpieczyciel.

Po art. 14 u.u.o. wprowadzony został art. 14a, który zobowiązuje ubezpieczyciela do zapłaty należności niezwłocznie, a w każdym razie nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania akt szkody w przypadku sporu pomiędzy UFG a ubezpieczycielem. Jeżeli po dokonaniu wypłaty zostanie ustalona odpowiedzialność UFG, zobowiązany jest on do zwrotu wypłaconej należności ubezpieczycielowi.

Wprowadzenie tych zmian ma na celu dostosowanie polskich przepisów ubezpieczeniowych do dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z 16.09.2009 r. w sprawie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczenia od takiej odpowiedzialności (Dz.Urz. UE L 263, s. 11) (zob. aneks nr 3).

1.3. Ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, zastąpiona przez ustawę z 5.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym

Działanie Rzecznika Ubezpieczonych miało za sobą dwudziestoletnią historię. Do 1.01.2004 r. reprezentował on wyłącznie interesy ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych (poszkodowanych) w sporze z ubezpieczycielami. Ustawa z 22.05.2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych

(Dz.U. Nr 124, poz. 1153 ze zm.) poszerzyła zakres jego zadań przez powierzenie mu ochrony interesów członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych (art. 5). Zapewne tak szerokie obowiązki Rzecznika przesądziły o tym, że organem powołującym go nie był resortowy minister, tak jak to było pod rządami dawnej ustawy, lecz Prezes Rady Ministrów, który na wniosek właściwych ministrów powoływał go na czteroletnią kadencję (art. 19 ust. 1). Stanowisko to mogła pełnić wyłącznie osoba wyróżniająca się wiedzą i doświadczeniem zarówno w problematyce ubezpieczeniowej, jak i w problematyce organizacji oraz funkcjonowania funduszy emerytalnych (art. 19 ust. 2).

Do zadań Rzecznika Ubezpieczonych należało:

- 1) opiniowanie projektów aktów prawnych,
- 2) wnioskowanie inicjatywy ustawodawczej,
- 3) informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach,
- 4) wdrażanie polubownego rozstrzygania sporów poprzez organizowanie sądów polubownych,
- 5) rozpowszechnianie wiedzy o możliwościach ochrony pokrzywdzonych przez ubezpieczycieli lub towarzystwa emerytalne (art. 20 pkt 2–6).

Należało oczekiwać, że ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych może nie sprostać stawianym przed nią wymaganiom i będzie wymagała nowelizacji. Stało się tak, gdy ukazała się ustawa z 5.08.2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. poz. 1348; tekst jedn.: Dz.U. z 2022 r. poz. 187), o znacznie szerszym zakresie działania niż ustawa poprzednia. Nowa ustawa obejmuje wszystkich klientów rynku finansowego, a ponieważ są to określenia niebędące w powszechnym użyciu, w jej rozdziale 1, dotyczącym przepisów ogólnych, zawarte zostały związane informacje, co oznaczają użyte w ustawie określenia:

- 1) klient podmiotu rynku finansowego:
 - a) osoba fizyczna będąca ubezpieczającą, ubezpieczoną, uposażoną lub uprawnioną z umowy ubezpieczenia,

- b) osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z 22.05.2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych,
 - c) członek funduszu emerytalnego,
 - d) będący osobą fizyczną klient banku,
 - e) członek spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej,
 - f) klient instytucji płatniczej,
 - g) klient biura usług płatniczych,
 - h) klient innych instytucji płatniczych;
- 2) reklamacja – wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego;
- 3) podmiot rynku finansowego:
- a) instytucja płatnicza, biuro usług płatniczych i inne instytucje zajmujące się tego typu działalnością,
 - b) bank krajowy, bank zagraniczny, oddział banku zagranicznego, oddział instytucji kredytowej,
 - c) towarzystwo funduszy inwestycyjnych,
 - d) spółdzielcza kasa oszczędnościowo-kredytowa,
 - e) firma inwestycyjna,
 - f) zakłady ubezpieczeń,
 - g) fundusz emerytalny i towarzystwo emerytalne,
 - h) instytucja pożyczkowa,
 - i) Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny i Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

W rozdziale 2 ww. ustawy zawarta została regulacja dotycząca rozpatrywania reklamacji przez podmioty rynku finansowego. Reklamacja może być złożona w formie pisemnej, osobiście, ustnie, telefonicznie bądź w formie elektronicznej, natomiast podmiot rynku finansowego zobowiązany jest do zamieszczenia w umowie zawieranej z klientem informacji dotyczącej składania i rozpatrywania reklamacji. Po złożeniu przez klienta reklamacji podmiot rynku finansowego rozpatruje

ją i udziela klientowi odpowiedzi w terminie do 30 dni. W przypadku niedotrzymania terminu trzydziestodniowego uważa się reklamację za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji klienta treść odpowiedzi powinna zawierać pouczenie o możliwości odwołania, a także o sposobie wniesienia tego odwołania, o możliwości skorzystania z instytucji mediacji albo sądu polubownego, wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego.

Rozdział 3 ww. ustawy dotyczy Rzecznika Finansowego, którego na wniosek ministra do spraw instytucji finansowych powołuje Prezes Rady Ministrów. Kadencja Rzecznika Finansowego trwa cztery lata, a rozpoczyna się z dniem jego powołania. Rzecznik Finansowy może sprawować swoją funkcję tylko przez dwie kadencje. Rzecznikiem Finansowym może zostać osoba wyróżniająca się wiedzą w zakresie funkcjonowania rynku finansowego i regulacji prawnych tworzących jego otoczenie, posiadająca wyższe wykształcenie. Przy Rzeczniku Finansowym prowadzone są pozasądowe postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

2. Znowelizowane przepisy dotyczące umów ubezpieczenia

2.1. Ustawa z 13.04.2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw

W Kodeksie cywilnym tytuł XXVII zawiera podstawowe normy prawne regulujące umowy ubezpieczenia, które podzielone zostały na przepisy: ogólne (art. 805–820), majątkowe (art. 821–828) oraz osobowe (art. 829–834).

Zostały one znowelizowane ustawą z 13.04.2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U.

Nr 82, poz. 557), która obowiązuje od 10.08.2007 r. Do tych innych ustaw należą ustawy: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

Potrzebę proponowanych zmian widziano w konieczności dostosowania przepisów prawa ubezpieczeniowego do prawa unijnego oraz w dalszej ochronie ubezpieczającego, ubezpieczonego i poszkodowanego (uprawnionego) jako strony słabszej. Do osiągnięcia tego celu ma służyć zaostrenie rygorów obarczających ubezpieczyciela.

Spśród znowelizowanych przepisów ogólnych usunięcie pierwszego fragmentu zdania art. 817 § 1 k.c. wzmacnia obowiązek ubezpieczyciela spełnienia świadczenia w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o wypadku, ponieważ strony nie będą mogły przedłużyć tego terminu, z wyjątkiem takich sytuacji, o których mowa w § 2 tego artykułu. Nadal jednak ustawodawca nie określił żadnej sankcji dla ubezpieczyciela w przypadku jego przekroczenia. Dlatego nie jest on przestrzegany nawet wówczas, gdy stan faktyczny przed upływem 30 dni został w sposób jednoznaczny ustalony. Często zdarza się, że ubezpieczyciele likwidują straty powstałe w pojazdach na skutek zderzenia, ale nadal nie interesują się doznanymi w czasie tej kolizji obrażeniami osób w niej uczestniczących.

Artykuł 817 k.c. został wzbogacony o § 3, który umożliwia stronom zawarcie umowy korzystniejszej dla uprawnionego od ustaleń wymienionych w dwóch poprzednich paragrafach, czyli skrócenia okresu trzydziestodniowego do wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela. Po dokonanej nowelizacji ubezpieczenia majątkowe mogą obejmować każdy interes majątkowy zgodny z prawem (art. 821 k.c.). Do takich umów należy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zmodyfikowany został art. 822 k.c. dotyczący tej umowy, z wyjątkiem § 4, który pozostał bez zmian.

Dla poszkodowanych istotne znaczenie może mieć dodany do art. 822 k.c. § 5, stwierdzający, że: „Ubezpieczyciel nie może przeciwko

uprawnionemu do odszkodowania podnieść zarzutu naruszenia obowiązków wynikających z umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono po zająciu wypadku”. Ma on zapewnić ochronę poszkodowanym, zwłaszcza przy roszczeniach dochodzonych po dłuższym czasie od zdarzenia powodującego szkodę, gdy umowa między ubezpieczycielem a ubezpieczającym została zerwana po tym zdarzeniu.

Objęte nowelizacją przepisy dotyczące ubezpieczeń osobowych, ograniczające się w zakresie przedmiotowym do ubezpieczeń na życie oraz następstw nieszczęśliwych wypadków zostały doprecyzowane. W art. 829 k.c. zadanie to spełnia § 2, dotyczący umów ubezpieczenia na życie zawieranych na cudzy rachunek, który wprowadza obowiązek uzyskania zgody ubezpieczonego na zawarcie takiej umowy oraz wysokości sumy ubezpieczenia, a w przypadku zmiany umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego. Unormowanie to wymusiło także odpowiednie dostosowanie pozostałych przepisów tego działu.

Ustawodawca dokonał również zmiany używanego dotąd określenia „zakład ubezpieczeń” przez zastąpienie go terminem „ubezpieczyciel”.

Niezależnie od dokonanych zmian normujących umowy ubezpieczenia (art. 805–834 k.c.), ustawa z 13.04.2007 r. znowelizowała art. 384 k.c., zmieniając jego § 1 w ten sposób, że przygotowany przez jedną stronę wzorzec umowy wiąże drugą stronę, jeżeli został stronie dostarczony przed jej zawarciem. W poprzednim brzmieniu tego przepisu wystarczyło to uczynić przy zawarciu umowy. Natomiast uchylony § 5 art. 384 k.c. umożliwiał przy umowach ubezpieczenia korzystanie z przywilejów przewidzianych dla konsumentów – osób fizycznych – także osobom niebędącym konsumentami, np. przedsiębiorcom i innym osobom prawnym.

Wprowadzony do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej art. 16, który w dziesięciu punktach precyzuje niezbędne elementy, jakie powinny być zawarte w ogólnych warunkach ubez-

pieczenia, został – po częściowym zmodyfikowaniu – przeniesiony z uchylonego art. 812 § 2 k.c. Projektodawca dość szeroko uzasadnił potrzebę tej zmiany koniecznością poddania ogólnych warunków umów ubezpieczenia, jako wzorca umowy w znaczeniu określonym w art. 805 § 4 k.c., nadzorowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz kontroli sądowej w zakresie właściwego przestrzegania reguł przyjętych w art. 385¹–385³ k.c.

Artykuł 25 u.d.u.r. dotyczy umów ubezpieczenia z osobami fizycznymi i zobowiązuje ubezpieczyciela do udzielenia ubezpieczającemu informacji na temat właściwego dla umowy prawa oraz sposobu rozpatrywania skarg i zażaleń przed jej zawarciem.

Natomiast zmiany ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych polegają na jej uzupełnieniu dwoma dodatkowymi artykułami. Pierwszym z nich jest art. 5a, będący odpowiednikiem uchylonego art. 810 k.c., drugim – art. 9a, uznający za wypadek ubezpieczeniowy zdarzenie, które miało miejsce w okresie objętym ubezpieczeniem OC.

2.2. Uchylone przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych dodane ustawą z 29.06.2007 r.

Budząca wiele kontrowersji ustawa z 29.06.2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 133, poz. 922 ze zm.) weszła w życie 1.10.2007 r. Bardzo rozbudowany projekt ustawy wraz z obszernym uzasadnieniem, który przewidywał jej wejście w życie 1.04.2007 r., został przedstawiony Sejmowi 27.12.2006 r. Do tak szybkiego uchwalenia proponowanej ustawy jednak nie doszło, ponieważ Komisja Finansów Publicznych oraz Komisja Zdrowia uznały, że

wymaga ona wielu konsultacji i zmian zawężających zakres jej stosowania. W efekcie po czterech miesiącach procesu legislacyjnego komisje te 26.04.2007 r. przedstawiły zmodyfikowany projekt ustawy, uwzględniający krytyczne głosy posłów oraz zastrzeżenia podnieszone w opiniach prawnych opracowanych na zlecenie Biura Analiz Sejmowych.

Projekt tej ustawy, po uwzględnieniu poprawek Senatu, został przyjęty przez Sejm 29.06.2007 r., a 10.07.2007 r. ustawa została podpisana przez Prezydenta.

Artykuł 1 ustawy z 29.06.2007 r. dotyczył nowelizacyjnych regulacji w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, natomiast art. 2 pkt 1 wprowadził art. 43a u.u.o., nakładający na ubezpieczycieli prowadzących działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązek przekazywania do NFZ opłaty ryczałtowej, której wysokość została uzależniona od wielkości uzyskiwanych opłat od odpowiedzialności cywilnej oraz wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poszkodowanym w związku z ruchem pojazdów mechanicznych. Natomiast art. 2 pkt 2 dodał art. 119a u.u.o., obciążający UFG opłatą ryczałtową na rzecz NFZ, uzależnioną od wpływu należności w danym miesiącu z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC oraz wskaźnika wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poszkodowanym.

Wydaje się, że tekst tej ustawy – mimo wyeliminowania z jej pierwotnego projektu znacznej części szczegółowych regulacji – nadal zawiera zbędne unormowania, zwłaszcza dotyczące sposobu użycia wskaźnika kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (art. 1 pkt 8 ustawy z 29.06.2007 r.) oraz opłaty ryczałtowej obciążającej UFG, która w ogólnej skali może dawać znikomą przychód do NFZ. Wprowadzenie opłaty ryczałtowej powinno polegać na zastosowaniu takiego mechanizmu, który eliminuje wszelkie czynności biurowe i związane z nimi dodatkowe koszty. Czynności te zostały szczegółowo wyeksponowane w dodanym do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

art. 131a (art. 1 pkt 8 ustawy z 29.06.2007 r.) i koncentrowały się na przekazywaniu przez policję co miesiąc szczegółowych danych o osobach poszkodowanych, sprawcach zdarzeń powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych oraz informacji, czy sprawcą zdarzenia była osoba kierująca pojazdem mechanicznym, czy inna, daty i miejsca zdarzenia.

Zgodnie z ideą systemu ryczałtowego legislatorzy powinni ustalić taki sposób ustalania opłat ryczałtowych, który nie wymaga pomnażania dodatkowej sprawozdawczości, jeśli mogą ją zastąpić ogólnodostępne wyliczenia statystyczne liczby pojazdów mechanicznych, wypadków drogowych, w następstwie których niezbędne były świadczenia opieki zdrowotnej, oraz ich kosztów. Wypada podkreślić, że uzasadnienie projektu ustawy z 29.06.2007 r. podawało liczbę 60 000 osób rannych w wypadkach drogowych oraz 6295 osób, które zginęły w wypadkach samochodowych w 2005 r., a także prognozowaną na 2007 r. kwotę 5,35 mld zł z tytułu opłat OC, co pozwoliło na ustalenie wskaźnika 0,12 opłaty ryczałtowej. Stąd też wydzielenie UFG jako oddzielnego płatnika ryczałtu z podstawą jego wyliczenia ograniczoną do uzyskanego wpływu należności z tytułu opłat od tych posiadaczy pojazdów samochodowych, którzy nie wykupili polisy ubezpieczeniowej OC, wraz z zobowiązaniem do nadsyłania comiesięcznych informacji w tym zakresie (art. 2 pkt 2 ustawy z 29.06.2007 r.), byłoby zbędne przy nałożeniu całego obowiązku opłaty ryczałtowej tylko na ubezpieczycieli. Za tak uproszczonym sposobem przemawia fakt, że środki finansowe UFG pochodzą głównie z wpłat ubezpieczycieli prowadzących działalność ubezpieczeniową obejmującą OC (art. 117 u.u.o.). Ryczałt od ubezpieczycieli zatem powinien w całości zaspokoić pretensje NFZ z tytułu świadczonej opieki zdrowotnej, co znacznie ograniczyłoby potrzebę dodatkowej sprawozdawczości.

Natomiast głosy krytyczne wobec ustawy, koncentrujące się na zarzutach utożsamiających ją z wprowadzeniem podwyższonych opłat ubezpieczenia OC bądź domagających się szczegółowych ustaleń kosztów świadczonej opieki zdrowotnej, obciążających poszczególnych ubezpieczycieli według liczby sprawców szkody u nich ubezpieczonych, są chybione. Okazało się bowiem, że ubezpieczyciele –

wbrew obawom – nie podwyższyli opłaty ubezpieczenia OC. Żądanie zaś szczegółowych ustaleń mija się w ogóle z celem systemu ryczałtowego, który ma ograniczać do minimum zakres takich czynności.

Dodatkowo w kwestii wysokości opłaty należy zauważyć, że każdy posiadacz samochodu ma możliwość jej obniżenia, i to w znacznej skali (65%), jeśli przez parę kolejnych lat nie będzie sprawcą kolizji drogowej, co w każdej umowie powinno być dokładnie sprecyzowane. Jest to niewątpliwie pozytywne oddziaływanie w celu poprawienia bezpieczeństwa na drogach.

Natomiast obawy mogą być uzasadnione wobec systemu regresowego (art. 1 pkt 1 ustawy z 29.06.2007 r.) i powinny się skupiać na jego opłacalności. Wprowadzenie systemu polegającego na wdrożeniu postępowania roszczeniowego wobec sprawców przestępstwa umyślnego, prawomocnie skazanych w postępowaniu karnym, będzie wymagać wiele dodatkowej pracy, której wartość może przewyższać efektywnie uzyskane kwoty. Można było się zatem spodziewać, że system ten przyniesie większy efekt wychowawczy niż finansowy. W końcu autorzy systemu regresowego powinni mieć na uwadze przesłanki uzasadniające wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń OC i powołanie UFG, aby zapewnić poszkodowanym w wypadkach drogowych efektywną możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, których sprawcy nie byłiby najczęściej w stanie zaspokoić.

Podobnie może się okazać z roszczeniami o zwrot poniesionych kosztów opieki zdrowotnej udzielonej ofierze przestępstwa umyślnego od jego sprawcy, gdyż zazwyczaj sprawcami takich przestępstw są osoby, których stan majątkowy oraz dochody nie pozwalają na wyegzekwowanie zasądzonych należności (art. 14a dodany do ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez art. 1 pkt 1 ustawy z 29.06.2007 r.).

Jednak wszelkie uwagi krytyczne nie mogły znaleźć konstruktywnego zastosowania, gdyż już w następnym roku, z dniem 21 grudnia ustawa z 29.06.2007 r. przestała obowiązywać z mocy przyjętej przez Sejm ustawy z 21.11.2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 225, poz. 1486).

Warto zauważyć, że prace legislacyjne nad tą ustawą – w przeciwieństwie do ustawy z 29.06.2007 r. – miały rzeczywiście błyskawiczny przebieg, skoro projekt ustawy został skierowany do Sejmu w listopadzie 2008 r. i w tym samym miesiącu przyjęty.

W uzasadnieniu jej projektu, do którego prezentowania w parlamencie upoważniony został przez Premiera Minister Zdrowia, brak rzeczowych powodów usprawiedliwiających zarówno celowość uchylenia obowiązującej ustawy z 29.06.2007 r., jak i zastosowanie trybu pilnego do jej uchwalenia. Nie bez znaczenia powinien być fakt, że w okresie jej krótkiego obowiązywania od 1.10.2007 r. do 31.12.2008 r. ubezpieczyciele prowadzący działalność w zakresie ubezpieczeń OC wpłacili do budżetu NFZ z tytułu opłaty ryczałtowej kwotę 581 352,460 tys. zł.

Ustawa z 29.06.2007 r., wbrew obawom, nie spowodowała wzrostu opłat ubezpieczenia OC pojazdów mechanicznych. Dlatego zdziwienie może budzić powołanie tego argumentu w uzasadnieniu projektu ustawy.

Natomiast nieporozumieniem jest wskazanie art. 217 Konstytucji RP jako pozostającego w sprzeczności z obowiązkiem odprowadzania ryczałtowej kwoty do budżetu NFZ, a tym bardziej porównanie tego obowiązku do daniny. Wypada zatem przypomnieć, że sprawca szkody jest zobowiązany do jej naprawienia, a zatem uiszczenia wszystkich kosztów związanych z leczeniem poszkodowanego w wypadku drogowym, bo tak stanowią przepisy Kodeksu cywilnego (art. 415, 444–446¹), a ubezpieczyciele, zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia OC, czynią to za sprawców szkody również w ramach ustalonego ryczałtu na rzecz NFZ.

Być może temat ten jeszcze wróci na wokandę sejmową, skoro z powodu braków środków finansowych narasta konflikt pomiędzy placówkami służby zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Rozdział II

ROSZCZENIA POSZKODOWANYCH WOBEC ZOBOWIĄZANYCH DO NAPRAWIENIA SZKODY

1. Ustalenie zobowiązanego do naprawienia szkody

Na wstępie należy podkreślić, że poszkodowani w wypadkach drogowych mają zawsze możliwość zaspokojenia swoich roszczeń z tytułu doznanych obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, a z pewnymi ograniczeniami – także poniesionej szkody rzeczowej. Zapewnia ją znowelizowany system ochrony prawnej przez obowiązkowe ubezpieczenia OC wraz z Ubezpieczeniowym Funduszem Gwarancyjnym i Polskim Biurem Ubezpieczycieli Komunikacyjnych jako instytucjami uzupełniającymi. Nadal zdarza się jednak, że poszkodowani nie mają dostatecznej wiedzy, w jakich sytuacjach UFG bądź PBUK są zobowiązane do zaspokojenia ich roszczeń i niesłusznie z nich rezygnują.

Zawarcie umowy ubezpieczenia OC polega na przejęciu odpowiedzialności sprawcy szkody wyrządzonej pojazdem mechanicznym przez ubezpieczyciela zamiast ubezpieczającego. Dlatego ustalenie sprawcy szkody powinno być związane z uzyskaniem pełnej informacji o jego ubezpieczycielu OC, do podania której sprawca szkody jest zobowiązany. Stanowi o tym art. 16 ust. 2 pkt 1 i 2 u.u.o., który obliguje osobę uczestniczącą w zdarzeniu objętym ubezpieczeniem

obowiązkowym do podania numeru polisy ubezpieczeniowej, a także do niezwłocznego powiadomienia ubezpieczyciela o zdarzeniu wraz z podaniem pełnych informacji o jego przebiegu.

Ubezpieczyciel po otrzymaniu takiego zawiadomienia powinien przystąpić do ustalenia wszystkich okoliczności wypadku i niezwłocznie podjąć czynności zmierzające do naprawienia szkody. Ustawodawca określił ubezpieczycielowi trzydziestodniowy termin, licząc od dnia zawiadomienia przez poszkodowanego o szkodzie, do wypłaty odszkodowania (art. 14 ust. 1 u.u.o., art. 817 § 1 k.c.). W rzeczywistości regulacja ustawowa nie jest przestrzegana ani przez ubezpieczycieli, ani przez sprawców szkody. Dotyczy to także UFG oraz PBUK, które to instytucje w dalszych rozważaniach dla uproszczenia zostaną objęte wspólnym określeniem „ubezpieczyciele”.

Ubezpieczyciele nie dotrzymują ustawowych terminów określonych do wypłacenia odszkodowania, ponieważ nie zawsze dysponują dostateczną liczbą sprawnej kadry pracowników mających odpowiednie kwalifikacje do wykonywania czynności tzw. postępowania likwidacyjnego, czyli pełnej oceny przebiegu zdarzenia i zasadności zgłoszonego roszczenia. Dlatego też nawet w sprawach oczywistych nie podejmują merytorycznych decyzji w ciągu 30 dni. Czasami taka zwłoka trwa wiele miesięcy, a wówczas poszkodowany, aby uzyskać należne mu odszkodowanie, zazwyczaj zwraca się do sądu. Zdarza się, że sprawcy szkody niechętnie informują, a nawet odmawiają poszkodowanemu informacji o ubezpieczycielu od odpowiedzialności cywilnej. Niechęć ta ma swoje źródło w ewentualnej utracie zniżki związanej z bezszkodowymi okresami ubezpieczeniowymi. Obecnie obowiązek udzielenia takiej informacji został zagwarantowany w art. 16 ust. 2 u.u.o.

Jeśli na miejsce zdarzenia została wezwana policja, to wówczas ona ustala dokładną nazwę ubezpieczyciela sprawcy szkody oraz numer jego polisy OC. Jeszcze sprawniej w tym zakresie działa Żandarmeria Wojskowa, która od razu przesyła pełną informację ubezpieczycielowi. Oczywiście są także wypadki o skomplikowanym charakterze,

które wymagają weryfikacji w zakresie ustalenia osoby odpowiedzialnej, i wówczas zwłoka jest usprawiedliwiona. Często jednak nawet nieistotny powód służy za pretekst mający uzasadnić przekroczenie ustawowego trzydziestodniowego terminu.

Obecnie funkcje głównego ośrodka informacji o pojazdach mechanicznych poruszających się na obszarze Polski spełnia UFG. W ramach tego działania UFG zobowiązany został do prowadzenia bardzo szczegółowego rejestru umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz zdarzeń skutkujących odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy. Dokładna baza informacyjna nie obejmuje pojazdów: Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, Służby Ochrony Państwa, Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Krajowej Administracji Skarbowej wykorzystywanych przez Służbę Celno-Skarbową (art. 102 ust. 6 u.u.o.). Baza dysponuje także spisami reprezentantów do spraw roszczeń każdego ubezpieczyciela oraz organu odszkodowawczego, ustanowionego w każdym państwie członkowskim Unii Europejskiej (art. 103 u.u.o.). Zgromadzone dane Fundusz udostępnia poszkodowanym oraz instytucjom wyszczególnionym w art. 104 u.u.o.

Do udzielenia informacji dotyczących pojazdów uczestniczących w wypadkach drogowych, które miały miejsce na terytorium państw Unii Europejskiej oraz na terenie Polski, zobowiązane zostało PBUK (art. 124 i 125 u.u.o.).

O wypadkach drogowych na obszarze Polski, w wyniku których uczestniczące w nich osoby zmarły lub doznały obrażeń ciała, PBUK zawiadamia policję. Zawiadomienie to zawiera szczegółowe informacje dotyczące uczestników zdarzenia, numery dowodów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i inne dane zgodnie z ustalonym wzorcem (art. 136 u.u.o.).

2. Wypadek drogowy spowodowany przez nieubezpieczonego lub niezidentyfikowany pojazd

Naprawienia szkody wyrządzonej osobie lub szkody wyrządzonej w mieniu przez pojazd mechaniczny bądź powstałej w związku z prowadzeniem gospodarstwa rolnego, których posiadacze nie dopełnili ustawowego obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (art. 4 pkt 1 i 2 u.u.o.), poszkodowany ma prawo domagać się bezpośrednio od UFG (art. 19 ust. 2, art. 98 ust. 1 i 2 u.u.o.) bądź za pośrednictwem ubezpieczyciela, który prowadzi działalność w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej, i który nie może odmówić przyjęcia takiego zgłoszenia (art. 108 u.u.o.).

Jeśli ubezpieczyciel otrzymał zgłoszenie, zawiadamia o nim UFG i na jego zlecenie przeprowadza postępowanie w celu wyjaśnienia okoliczności wypadku, aby umożliwić UFG podjęcie decyzji, w jakim zakresie jest ono usprawiedliwione. Natomiast szkodę wyrządzoną przez niezidentyfikowany pojazd UFG jest zobowiązany naprawić, ale tylko na osobie (art. 98 ust. 1 pkt 1 u.u.o.).

Odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną szkodę UFG ponosi w takim samym zakresie jak każdy ubezpieczyciel przy umowach ubezpieczenia OC. Do najczęstszych wypadków drogowych dochodzi przez potrącenie pieszego samochodem, którego kierowca nie zatrzymał się na miejscu zdarzenia, a numer rejestracyjny jego pojazdu nie został zapisany lub był nieczytelny. Czasami przy takim potrąceniu pieszego, w zależności od rodzaju doznanych obrażeń ciała, miałby szansę uratowania życia, gdyby niezwłocznie została mu udzielona pomoc.

Ważne zadanie w ramach dochodzenia odpowiedzialności za szkody spowodowane przez pojazdy mechaniczne ma PBUK, które odpowiada za szkody wyrządzone na obszarze Polski przez pojazdy z reje-

stracją zagraniczną oraz wyrządzone na obszarze państw obcych przez pojazdy z rejestracją polską. W tych sprawach PBUK pośredniczy, udziela szczegółowych informacji, a przede wszystkim dokonuje tzw. likwidacji szkód, za które odpowiada (art. 122–125 u.u.o.). Nałożone na PBUK obowiązki upoważniają poszkodowanego do zasięgnięcia pełnej informacji umożliwiającej mu dochodzenie roszczeń, jeśli zdarzenie miało miejsce na terytorium państwa obcego.

3. Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę

3.1. Zasada umiarkowania

W roszczeniach osób poszkodowanych w wypadkach drogowych żądanie zadośćuczynienia stanowi dominującą pozycję. Podstawą prawną tego żądania jest art. 445 § 1 k.c., który mówi, że w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Wobec tak ogólnie ujętej formuły, określanej mianem klauzuli generalnej, w praktyce orzeczniczej należało i nadal należy rozstrzygać, jakie kwoty zasądzać, aby spełniały walor odpowiedniego zadośćuczynienia, a przede wszystkim – jakie kryteria powinny umożliwić określenie „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia. W tym celu w orzecznictwie powszechnie stosowana była zasada umiarkowania, wiążąca się z kryteriami społecznymi. Znalazła ona pełny wyraz w wyroku Sądu Najwyższego z 24.06.1965 r., I PR 203/65 (OSPika 1966/4, poz. 92), postulującym, że umiarkowane zadośćuczynienie powinno odpowiadać kwocie utrzymanej „w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa”. Takie rozumienie zadośćuczynienia stało się kano-nem orzecznictwa nie tylko w ustroju, któremu odpowiadało, ale także po jego upadku. Ta linia judykatury znalazła także aprobatę w literaturze przedmiotu. Roszczenia poszkodowanych w tym okresie zaspokajane były bardzo skromnymi kwotami. Nie można zapominać o powszechnie obowiązującej wówczas ochronie własności społecznej

(czytaj państwowej, do której należał także Państwowy Zakład Ubezpieczeń, będący wówczas wiodącym ubezpieczycielem OC). Należy docenić to, że orzecznictwo obejmowało coraz szerszy krąg podmiotów uprawnionych do odszkodowania oraz poszerzało zakres zdarzeń losowych objętych umową ubezpieczenia OC. Bogactwo tego orzecznictwa nadal pozostaje źródłem wiedzy na temat czynów niedozwolonych, wśród których najczęstszymi są wypadki drogowe.

Ujmowanie ustawowego tekstu biorącego odpowiednie zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w ramy „przeciętności” było stosowaniem na gruncie orzecznictwa sądowego zasady równania do poziomu życia wyznaczonego programowymi ograniczeniami ustrojowymi.

Nie sposób również nie zauważyć, że kryteria te zawierają społeczną, a nie merytoryczną, treść i nie stanowią racjonalnego klucza umożliwiającego zasądzenie zadośćuczynienia w godziwej wysokości usprawiedliwionej rozmiarem doznanego uszczerbku na zdrowiu.

Przeniesienie mierników społecznych z epoki socjalistycznego gospodarowania do obecnego orzecznictwa świadczy o trwającym nadal niedocenianiu wartości utraconego zdrowia lub życia. Niedocenianie to jest wykorzystywane przez ubezpieczycieli w procesach z poszkodowanymi. W każdej niemal sprawie o zapłatę zadośćuczynienia lub odszkodowania (art. 446 § 3 k.c.) ubezpieczyciele, kwestionując wysokość żądanej sumy, podnoszą zarzut, że ma być ono umiarkowane, dostosowane do przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa i jego stosunków majątkowych. Ma to skutkować zasądzeniem najniższej kwoty.

Dla przedstawienia tego stanowiska charakterystyczna może być sprawa, w której ubezpieczyciel w postępowaniu kasacyjnym zarzucił sądom dwóch poprzednich instancji (sądowi wojewódzkiemu i sądowi apelacyjnemu), że „ograniczyły się do analizy doznanych przez powoda obrażeń i ich skutków, a w ogóle nie odniosły się do aktualnych stosunków majątkowych czy materialnego życia społeczeństwa”. Zdarza się, że sąd odwoławczy ulega argumentom

ubezpiezcycieli i zmienia wyrok sądu pierwszej instancji, uznając zasądzoną kwotę zadośćuczynienia za zbyt wysoką. Czasem dotyczy to poszkodowanych, którym zasądzona kwota nie jest w stanie nawet złagodzić doznanej krzywdy. Obniżenie zasądzonego przez sąd pierwszej instancji zadośćuczynienia nie powinno być stosowane, gdyż z reguły i tak nie jest ono w stanie zrekompensować wszystkich dolegliwości wynikających z doznanego przez poszkodowanego kalectwa. Dlatego słusznie Sąd Najwyższy w wielu wyrokach przeciwstawia się występującej nadal w niektórych wyrokach sądów drugiej instancji tendencji do obniżania kwot zasądzonego zadośćuczynienia (art. 445 § 1 k.c.) bądź odszkodowania (art. 446 § 3 k.c.) z powoływaniem się na aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa i „rozsądne granice”, które jako dyrektywy zbyt ogólne nie pozwalają na wnikliwą ocenę rozmiaru doznanych przez poszkodowanego krzywd.

Nie należą jednak do odosobnionych przypadków sprawy, w których sąd drugiej instancji koryguje na niekorzyść poszkodowanego zasądzone zadośćuczynienie jako rażąco za wysokie, powołując się na mierniki społeczne, bez należytego i wyczerpującego odniesienia się do skutków doznanych obrażeń ciała i związanych z nimi dolegliwości oraz cierpień fizycznych i psychicznych. Być może gdyby sąd drugiej instancji, zamiast powoływać się na kryteria społeczne, wyczerpująco rozważył krzywdę poszkodowanego – apelacja ubezpieczyciela mogłaby zostać oddalona.

W ocenie sądów poszczególnych instancji widoczne są istotne rozbieżności w miarkowaniu zasądzonego zadośćuczynienia, przy równoczesnym powołaniu tych samych dyrektyw społecznych (przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa, poziomu życia, aktualnych warunków), co dowodzi ich nieprzydatności. Nietrudno bowiem dostrzec, że te dyrektywy okazują się niewystarczające i w dodatku ograniczające możliwość pełnej oceny wszystkich ujemnych następstw doznanego uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia i przyznania godziwej rekompensaty.