



Minister Finansów i Gospodarki

Warszawa, 14 sierpnia 2025 roku

Sprawa: Odpowiedź na interpelację nr 11192
Znak sprawy: FN6.054.23.2025
Kontakt: Kancelaria MF
tel.: +48 22 694 55 55
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl

Pan Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 11192 Pani Poseł Katarzyny Kierzek-Koperskiej i Pani Poseł Doroty Marek uprzejmie informuję, że kwestie poruszone w interpelacji zostały skonsultowane z Komisją Nadzoru Finansowego (KNF / organ nadzoru / Komisja), Rzecznikiem Finansowym (RF / Rzecznik) oraz Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK). Na podstawie otrzymanych informacji proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Ad 1.

W zakresie pytania o rozważaną zmianę definicji konsumenta zarówno RF, jak i KNF w pierwszej kolejności przywołali uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2015 roku (sygn. akt: III SZP 2/15), w której sąd stwierdził, że poszkodowany, który jest osobą fizyczną, nieprowadzącą działalności gospodarczej, nie jest konsumentem w rozumieniu obowiązujących przepisów, gdy dochodzi roszczenia od ubezpieczyciela w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej z tytułu umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Sąd Najwyższy przyjął zatem, że poszkodowanemu, w tym wypadku, nie przysługuje ochrona prawna przewidziana w art. 24 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów¹ (zakaz stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów), a co za tym idzie, wykluczona jest możliwość bezpośredniego wykorzystania instrumentarium będącego w dyspozycji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w razie naruszenia zbiorowych interesów tych osób. Zgodnie zaś z treścią art. 22¹ kodeksu cywilnego (k.c.)²: „Za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową”. Nabywcą usługi

ubezpieczeniowej w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego jest ubezpieczający, ponieważ w przypadku spowodowania przez kierowcę szkody, ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Jednocześnie RF zwrócił uwagę, że ewentualne rozszerzenie statusu konsumenta na osoby poszkodowane niósłoby ze sobą szereg komplikacji prawnych i wymagałoby dostosowania przepisów chroniących konsumentów do sytuacji poszkodowanych. Poszkodowany nie dokonuje z ubezpieczycielem OC sprawy żadnej czynności prawnej, w szczególności nie zawiera z nim umowy, lecz jedynie dochodzi roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej przez ubezpieczonego. Pojęcie konsumenta zasadniczo dotyczy relacji kontraktowych lub przedkontraktowych z przedsiębiorcą, a nie dochodzenia roszczeń odszkodowawczych. Charakter prawny instytucji prawnej konsumenta w obecnym kształcie nie przystaje do sytuacji prawnej poszkodowanego, zaś zagadnienia te są przedmiotem odrębnych regulacji prawa krajowego i unijnego.

RF podkreślił także, że na ochronę osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych składa się system obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC ppm) z zastrzeżoną wysoką sumą gwarancyjną, wypłacalnym dłużnikiem w postaci ubezpieczyciela, który odpowiada za szkodę nawet jeśli do wypadku doszło z winy umyślnej lub sprawca znajdował się pod wpływem alkoholu. Wreszcie ochronę domyka Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, który odpowiada za szkodę, nawet jeśli nie ustalono tożsamości sprawcy lub nie posiadał on ważnej polisy OC.

RF wskazał też, że polski system prawny przewiduje cały szereg instytucji prawnych wzmacniających sytuację poszkodowanego w relacji z zakładem ubezpieczeń, m.in.:

- osoba poszkodowana ma prawo żądania od ubezpieczyciela udostępnienia pełnych akt szkody oraz samodzielnej weryfikacji dowodów zgromadzonych w sprawie;
- zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego oraz wypłaty odszkodowania w ustawowo określonych terminach, za naruszenie których ponosi odpowiedzialność administracyjną ze strony organu nadzoru (KNF);
- zakład ubezpieczeń ma obowiązek udzielenia odpowiedzi na reklamację poszkodowanego w terminie 30 dni (w szczególnie skomplikowanych przypadkach 60 dni), zaś w przypadku niedotrzymania terminu, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta (art. 6, 7 i 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego³), a ponadto na ubezpieczyciela może zostać nałożona kara administracyjna;
- decyzje/stanowiska ubezpieczyciela muszą zawierać pouczenia o prawach poszkodowanego, np. o prawie do wniesienia reklamacji, złożenia wniosku o interwencję do Rzecznika Finansowego, skierowania sprawy do sądu, wskazania sądu właściwego oraz podmiotu, który należy pozwać.

Jednocześnie RF zwrócił także uwagę, iż nie wszystkie problemy związane z dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych mogą być rozwiązane za pomocą narzędzi prawno-administracyjnych. W ocenie RF wydaje się, że systemowo to głównie sądy powszechne są właściwe do rozwiązywania sporów prawnych między

podmiotami prywatnymi, a do optymalnej poprawy sytuacji poszkodowanych doprowadziłoby znaczące przyspieszenie procedowania spraw spornych w ramach wymiaru sprawiedliwości, bowiem to możliwość wydania wyroku w krótkim czasie oraz poniesienia kosztów procesu dalece motywowałyby ubezpieczycieli do sprawnej, terminowej i jednocześnie rzetelnej wypłaty świadczenia.

Jednocześnie Prezes UOKiK zwrócił uwagę, że osoby poszkodowane dochodzące roszczeń w ramach umowy ubezpieczenia OC ppm są objęte ochroną przewidzianą w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego³. Osoba fizyczna uprawniona z tytułu umowy ubezpieczenia jest bowiem klientem podmiotu rynku finansowego (art. 2 pkt 1 ww. ustawy) – nawet jeśli nie przysługuje jej status konsumenta, zaś podejmowanie działań w zakresie ochrony klientów podmiotów rynku finansowego należy do kompetencji Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy może rozpatrywać wnioski w sprawach indywidualnych wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta przez podmiot rynku finansowego w trybie rozpatrywania reklamacji, jak również stwarza możliwość polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

Dodatkowo Prezes UOKiK wskazał, że przyznanie poszkodowanym statusu konsumenta nie otworzyłoby dla Prezesa Urzędu możliwości działania w sprawach poszkodowanych w zakresie wycen w indywidualnych postępowaniach likwidacyjnych. Prezes Urzędu bada bowiem naruszenie zbiorowych interesów konsumentów, a zgodnie z art. 24 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów¹ suma indywidualnych interesów konsumentów nie stanowi zbiorowego interesu konsumentów. Tymczasem problem zaniżania odszkodowań – jak wynika z praktyki urzędu – w większości przypadków jest silnie powiązany z indywidualnym charakterem spraw dotyczących likwidacji szkód. Potwierdza to charakter otrzymywanych sygnałów konsumenckich związanych z wyceną szkody lub pozostałości pojazdu, które to sygnały co do zasady miały charakter spraw indywidualnych.

Ad 2.

RF wyjaśnił, że nie jest on organem nadzoru nad zakładami ubezpieczeń, lecz pełni w systemie rynku ubezpieczeniowego funkcję ombudsmana, tj. rzecznika praw, który staje po stronie strony słabszej – obywatela w sporze z podmiotem silniejszym. Co do zasady Rzecznik Finansowy nie pełni w systemie funkcji organu kontrolującego, lecz co najwyżej wspierającego organ nadzorczy, tj. Komisję Nadzoru Finansowego, poprzez przekazywanie informacji o dostrzeżonych nieprawidłowościach. Rzecznik współpracując na bieżąco z nadzorem jest w bieżących kontakcie roboczym z odpowiednimi komórkami Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego.

Rzecznik Finansowy wskazał też, że sprawuje on w pewnym zakresie funkcje kontrolne nad działalnością zakładów ubezpieczeń, lecz czyni to przede wszystkim przy okazji prowadzenia postępowań interwencyjnych w sprawach indywidualnych klientów podmiotów rynku finansowego oraz na podstawie informacji przekazywanych Rzecznikowi od wnioskodawców. Rzecznik Finansowy na bieżąco przekazuje również organowi nadzoru informacje o dostrzeganych nieprawidłowościach.

RF wskazał ponadto, że ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego³ nadaje Rzecznikowi prawo żądania od ubezpieczyciela przekazania

wykorzystywanych wzorców umów, dokumentów i formularzy oraz informacji o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku oraz przekazania żądanych dokumentów i informacji (art. 30 i 31 ustawy).

W obecnym stanie prawnym RF posiada uprawnienia do nakładania kar na podmioty rynku finansowego, w tym na zakłady ubezpieczeń, jedynie w przypadkach enumeratywnie wymienionych w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego. RF zwrócił przy tym uwagę, że kary nakładane przez Rzecznika dotyczą naruszeń obowiązków związanych z rozpatrywaniem reklamacji lub udzielaniem odpowiedzi przez podmioty rynku finansowego na wezwania Rzecznika. Na podstawie art. 32 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego³, Rzecznik Finansowy może nakładać kary pieniężne w przypadku naruszeń przepisów ustawy dotyczących:

- 1) braku zawarcia w umowie informacji dotyczącej procedury reklamacyjnej (art. 4 ustawy),
- 2) nieudzielenia odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni (art. 6 ustawy),
- 3) uchybienia dotyczącego obowiązku przekazania informacji o opóźnieniu w odpowiedzi na reklamację (art. 7 ustawy),
- 4) nieudzielenia odpowiedzi na reklamację w terminie 60 dni (art. 7 ustawy),
- 5) braku realizacji roszczenia mimo niedotrzymania terminu odpowiedzi na reklamację (art. 8 ustawy),
- 6) braku zawarcia w odpowiedzi na reklamację: uzasadnienia faktycznego i prawnego (art. 9 pkt 1 ustawy), wyczerpującej informacji dot. stanowiska PRF (art. 9 pkt 2 ustawy), imienia i nazwiska lub stanowiska służbowego (art. 9 pkt 32 ustawy), określania terminu realizacji uznanego roszczenia (art. 9 pkt 4 ustawy),
- 7) braku należytego pouczenia klienta o: trybie odwoławczym, mediacji i sądzie polubownym, możliwości złożenia wniosku do RF, możliwości skierowania powództwa do sądu, wskazania podmiotu, który należy pozwać, wskazania miejscowo właściwego sądu (art. 10 ustawy),
- 8) nieprzekazanie żądanego przez RF wzorca/dokumentu/formularza (art. 30 ustawy),
- 9) nieterminowa odpowiedź na wniosek RF o informacje/dokumenty (art. 31 ustawy).

Nie wykluczając możliwości rozważenia nadania Rzecznikowi Finansowemu dalszych kompetencji, zwrócił on jednak uwagę, że takie uprawnienie mogłoby wchodzić w kolizję z kompetencjami Komisji Nadzoru Finansowego.

Odnosząc się do zakresu uprawnień i działań Komisji Nadzoru Finansowego w obszarze kontroli i nadzoru nad podmiotami rynku ubezpieczeniowego KNF wskazała, że zgodnie z art. 329 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁴, nadzór nad zakładem ubezpieczeń realizowany przez KNF polega m.in. na ochronie interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, a zgodnie z art. 3 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym⁵ celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia.

KNF została przez ustawodawcę wyposażona w szereg instrumentów, pozwalających realizować ww. zadania i cele. Zgodnie z art. 330 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁴, nadzór nad zakładem ubezpieczeń opiera się na podejściu prospektywnym i bazującym na ocenie ryzyka. W ramach tego podejścia, nadzór obejmuje bieżącą weryfikację wykonywania działalności ubezpieczeniowej,

w tym przestrzegania przez zakłady ubezpieczeń przepisów prawa, określających wymogi związane z tą działalnością, sposobu organizacji procesów wewnętrznych i ich kontroli. W zakresie nadzoru bieżącego, działania nadzorcze polegają przede wszystkim na analizowaniu kwartalnych i rocznych danych sprawozdawczych oraz informacji i wyjaśnień pozyskiwanych od zakładów ubezpieczeń w trybie *ad hoc*. KNF może również przeprowadzać kontrole działalności i stanu majątkowego oraz wizyty nadzorcze w zakładach ubezpieczeń.

Na podstawie informacji uzyskanych w ramach nadzoru bieżącego i kontroli oraz wizyt nadzorczych, w przypadku zidentyfikowania nieprawidłowości w działalności zakładu ubezpieczeń, organ nadzoru może zastosować zarówno środki o charakterze korekcyjnym (zalecenia), jak i o charakterze sankcyjnym, w szczególności kary pieniężne. Ponadto, organ nadzoru może wydawać stanowiska oraz rekomendacje skierowane do zakładów ubezpieczeń w celu m.in. zapewnienia zgodności działalności zakładów ubezpieczeń z przepisami prawa oraz zapobieżenia naruszeniu interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Rekomendacje nie są natomiast aktami powszechnie obowiązującego prawa, gdyż nie zawierają się w katalogu źródeł, o którym mowa w art. 87 Konstytucji RP⁶. W drodze rekomendacji organ nadzoru kieruje do zakładów ubezpieczeń swoje oczekiwania, dotyczące działań lub zaniechań w zakresie wykonywanej przez nie działalności. Rekomendacje powinny być stosowane przez zakłady ubezpieczeń. Zgodnie natomiast z art. 365 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁴, zakłady ubezpieczeń, które nie stosują się do rekomendacji Komisji, ani nie zamierzają się do nich zastosować, informują KNF, w jaki sposób zamierzają osiągnąć cele, dla realizacji których wydane zostały rekomendacje (zasada „zastosuj lub wyjaśnij”).

KNF wskazała przy tym, że w związku z zaobserwowanymi negatywnymi zjawiskami na rynku ubezpieczeniowym, w tym także w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych i w celu m.in. zwiększenia transparentności tego procesu, Komisja wydała najpierw Wytyczne dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych (w 2014 r.), a następnie Rekomendacje dotyczące procesu ustalania i wypłaty zadośćuczynienia z tytułu szkody niemajątkowej z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów (w 2016 r.) oraz Rekomendacje dotyczące likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych (w 2022 r.), które odnoszą się m.in. właśnie do ochrony interesów poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Regulacje te wprowadziły szereg oczekiwań nadzorczych, mających na celu zwiększenie transparentności procesu likwidacji szkód. Sposób dostosowania się zakładów ubezpieczeń do tych Wytycznych i Rekomendacji jest weryfikowany przez organ nadzoru z wykorzystaniem dostępnych ustawowych środków nadzorczych.

Podsumowując, KNF, zgodnie ze swoimi kompetencjami i w ramach realizowanych zadań, nadzoruje różne procesy w działalności zakładów ubezpieczeń, w tym także dotyczące likwidacji szkód i w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości po stronie zakładów ubezpieczeń, wydaje stosowne zalecenia, zobowiązujące do zaniechania naruszania przepisów prawa lub interesów ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, a w przypadku naruszenia ustawowych terminów dotyczących likwidacji szkód komunikacyjnych, wydaje decyzje o nałożeniu kar pieniężnych.

Dla przykładu KNF podała, że w latach 2015-2025 KNF wydała 67 decyzji w sprawie nałożenia na zakłady ubezpieczeń kar pieniężnych w związku z naruszeniem terminów likwidacji szkód z ubezpieczeń obowiązkowych. Organ nadzoru weryfikował także poziom zaimplementowania zarówno Wytycznych, jak i Rekomendacji, m.in. przeprowadzając kontrole zakładów

ubezpieczeń, oferujących w ramach swojej działalności obowiązkowe ubezpieczenie OC ppm. Od 2022 r. KNF przeprowadziła w tym zakresie kontrole 10 zakładów ubezpieczeń. Podczas tych kontroli badano, czy poszczególne zakłady ubezpieczeń nie naruszają przepisów prawa, interesów osób uprawnionych oraz nie dopuszczają się innych nieprawidłowości w działalności dotyczącej tego procesu, a także weryfikowała prawidłowość złożonych przez zakłady ubezpieczeń oświadczeń o stosowaniu Rekomendacji dotyczących likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych. Weryfikowane były, na wybranych próbach szkód, m.in. kwestie dotyczące sporządzania kosztorysów, wyboru rodzajów części (oryginalnych lub zamienników), stawek za wykonane usługi, kosztu i długości okresu najmu pojazdu zastępczego, przeprowadzania aukcji pojazdów. W wyniku tych kontroli stwierdzono m.in. brak przekazywania uprawnionemu kalkulacji naprawy pojazdu, na podstawie której zakład ubezpieczeń dokonał wyliczenia wysokości proponowanej kwoty odszkodowania, brak przekazywania poszkodowanemu kalkulacji przewidywanych kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu, które stały się podstawą do uznania przez zakład ubezpieczeń zasadności likwidacji szkody, jako całkowitej, przekazywanie uprawnionym, w kalkulacji kosztów naprawy pojazdu, informacji wprowadzającej w błąd o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania lub przekazywanie niepełnej informacji o sposobie ustalenia wysokości odszkodowania, działania polegające na ustaleniu wysokości odszkodowania, w związku z przyjęciem zawyżonej ceny pozostałości pojazdu z systemu eksperckiego, zamiast wysokości ustalonej na podstawie oferty kupna pozostałości na aukcji. Ustalenia te, w przypadku niepodjęcia przez zakłady odpowiednich działań naprawczych, były przedmiotem zaleceń. Organ nadzoru monitorował, w każdym przypadku, proces wykonania zaleceń, żądając udokumentowania przez zakłady ubezpieczeń zmiany nieprawidłowego sposobu postępowania i weryfikując deklaracje zakładów na podstawie próby szkód. Stopień wdrożenia Wytycznych i Rekomendacji przez zakłady ubezpieczeń podlegał i podlega także corocznej ocenie organu nadzoru w ramach tzw. oceny BION (badanie i ocena nadzorcza ryzyka działalności zakładu ubezpieczeń), która brana jest pod uwagę przy ustalaniu rekomendacji organu nadzoru, co do możliwości wypłaty dywidendy przez zakłady ubezpieczeń. KNF zapewniła przy tym, że opisane powyżej działania podejmowane są konsekwentnie od wielu lat i w odniesieniu do wszystkich zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku, bez względu na skalę ich działalności. Działania nadzorcze są stale rozwijane i udoskonalane, z uwzględnieniem własnych doświadczeń, jak i w wyniku współpracy z Rzecznikiem Finansowym, Ubezpieczeniowym Funduszem Gwarancyjnym, Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz organami nadzorczymi z innych krajów członkowskich Unii Europejskiej i EIOPA. Ma to na celu stałe wzmacnianie nadzoru i jego efektywności w różnych aspektach systemowego podejścia do identyfikacji ryzyka w działalności podmiotów nadzorowanych, poprawy ich procesów i eliminacji identyfikowanych nieprawidłowości. Wprowadzane są nowe raporty i wskaźniki do analizy skarg, reklamacji, spraw sądowych, jak również przeprowadzane są bardziej szczegółowe analizy dotyczące procesów obsługi klientów, uwzględniające zarówno regulacje stosowane w zakładach ubezpieczeń, jak i efektywność wdrożonych przez nie mechanizmów kontrolnych. KNF wskazała także, że informacje o działaniach nadzorczych podejmowanych wobec zakładów ubezpieczeń, przeprowadzanych analizach, kontrolach, zastosowanych sankcjach, wydanych rekomendacjach, stanowiskach, prezentowane są w dosyć szczegółowy sposób, uwzględniający jednak wymóg zachowania przez organ nadzoru tajemnicy zawodowej, określonej w art. 372 ust. 1

ustawy o działalności ubezpieczeniowej⁴, w corocznych sprawozdaniach z działalności UKNF i KNF.

Przedstawione powyżej informacje wskazują, że KNF jako organ nadzoru stanowczo reaguje na przypadki nieprzestrzegania prawa przez zakłady ubezpieczeń, wykorzystując wszelkie dostępne mu narzędzia. Działania podejmowane przez KNF w zakresie przeciwdziałania niezgodnym z prawem i Rekomendacjami praktykom w zakresie likwidacji szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych są podejmowane wobec wszystkich krajowych zakładów, a także wobec zagranicznych zakładów ubezpieczeń w zakresie uwzględniającym uprawnienia nadzoru goszczącego. Ze względu na to, że nadzór nad zakładami ubezpieczeń opiera się na podejściu prospektywnym i bazującym na ocenie ryzyka, działania nadzorcze są priorytetyzowane m.in. z uwzględnieniem skali i charakteru identyfikowanych problemów w działalności zakładów. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub naruszeń prawa w działalności tego zakładu, stosowane są odpowiednie środki nadzorcze w celu ich wyeliminowania. Katalog ustawowych narzędzi nadzorczych wykorzystywanych do przeciwdziałania nieprawidłowościom jest dosyć szeroki, jednak zgodnie z obowiązującym prawem i orzecznictwem narzędzia i sankcje nadzorcze mają być stosowane w sposób proporcjonalny i adekwatny do stwierdzonych naruszeń prawa.

Dostępne narzędzia i sankcje pozwalają organowi nadzoru na podejmowanie - w uzasadnionych przypadkach - działań dyscyplinujących zakłady, np. wydane są zalecenia lub nakładane są kary pieniężne. Działania te są w opinii organu nadzoru skuteczne bowiem doprowadziły na przestrzeni lat do istotnego ograniczenia lub wyeliminowania nieprawidłowych praktyk w procesie likwidacji szkód.

KNF podkreśliła przy tym, że stwierdzane obecnie w toku nadzoru nieprawidłowości nie mają charakteru masowego w świetle liczby obsługiwanych przez zakłady ubezpieczeń w skali roku umów ubezpieczenia i likwidowanych szkód. Dane sprawozdawcze, będące w posiadaniu organu nadzoru wskazują, że krajowe zakłady ubezpieczeń, posiadające zezwolenie na wykonywanie działalności w grupach wymienionych w Dziale II zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe) obsługiwały na koniec 2024 roku około 60 mln umów ubezpieczenia oraz zlikwidowały, w ciągu tego roku, około 10 mln szkód. Liczba skarg lub reklamacji zgłoszonych w 2024 roku do zakładów ubezpieczeń w związku z tymi procesami wynosi około 270 tys., a liczba toczących się spraw sądowych, skierowanych przeciwko zakładom ubezpieczeń wynosi około 248 tys.

Powyższe oznacza, że w przypadku tych zakładów ubezpieczeń, wskaźnik liczby skarg lub reklamacji, w przeliczeniu na 1 tys. zawartych umów ubezpieczenia wynosi aktualnie 4,47, zaś wskaźnik liczby spraw sądowych, w przeliczeniu na 1 tys. zawartych umów ubezpieczenia wynosi 4,11. Trudno oczywiście zanegować fakt, iż zdarzają się przypadki nieprawidłowości w procesach likwidacji szkód, świadczą o tym bowiem zarówno dane o skargach i reklamacjach, sprawach sądowych, raportowane przez zakłady ubezpieczeń, jak i zgłoszenia wpływające do KNF, jednakże odsetek osób niezadowolonych z procesu obsługi umowy lub likwidacji szkody nie jest znaczący w skali całego portfela umów ubezpieczenia obsługiwanych przez krajowe zakłady ubezpieczeń. Wskazane powyżej dane nie potwierdzają również stwierdzenia o nagminnym zaniżaniu przez zakłady ubezpieczeń wysokości odszkodowań, utrudnianiu procesu dochodzenia roszczeń, jak również o braku transparentności w wycenach szkód.

KNF zaznaczyła przy tym, że jako organ administracji sprawujący nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń, w tym również nad formalną prawidłowością przebiegu procesu likwidacji szkód, nie jest jednak uprawniona do oceny decyzji zakładu ubezpieczeń, dotyczącej zasadności i wysokości wypłaty odszkodowania.

Organ nadzoru może stosować środki nadzorcze wobec tych zakładów ubezpieczeń, które uchybiają obowiązkowi prawidłowej likwidacji szkody (np. poprzez nieudzielenie terminowej i należytej uzasadnionej odpowiedzi na składane żądania, niewskazanie sposobu złożenia odwołania od podjętej przez zakład decyzji w sprawie zgłoszonej szkody), jednakże ocena prawidłowości decyzji podjętej przez zakład ubezpieczeń o uznaniu bądź odmowie uznania zgłaszanych roszczeń w całości lub w części, nie wchodzi w obszar nadzoru sprawowanego przez KNF i może być rozstrzygnięta jedynie na drodze sądowej.

W przypadku sporu w zakresie wypłaty i wysokości odszkodowania, poszkodowany, w zależności od tego czy posiada status konsumenta, może skorzystać z instytucji reklamacji, pomocy Rzecznika Finansowego, miejskich i powiatowych rzeczników praw konsumenta, wykorzystać tryb mediacji rozstrzygania sporów przez Sądem Polubownym przy KNF lub przed Rzecznikiem Finansowym. W przypadku, gdy te metody nie przyniosą oczekiwanego przez poszkodowanego rezultatu, spór może być rozstrzygnięty wyłącznie na drodze cywilnoprawnej, przez właściwy sąd powszechny, który, przy ewentualnym udziale biegłych sądowych, ustali należną wartość odszkodowania lub świadczenia. W odniesieniu do tej formy rozwiązywania sporów dotyczących sposobu likwidacji szkód, istotną kwestią z punktu widzenia poszkodowanych wydaje się być tempo, w jakim toczą się sprawy sądowe.

KNF poinformowała przy tym, że każda osoba lub podmiot zgłaszający zastrzeżenia do działań podmiotu rynku finansowego otrzymuje zwrotną informację, że organ nadzoru nie rozstrzyga sporów w jednostkowych sprawach, jak również nie świadczy pomocy prawnej na potrzeby odbiorców usług finansowych w zakresie zgłaszanych przez nich problemów, ponieważ nie mieści się to w zakresie jego ustawowych zadań związanych ze sprawowaniem nadzoru nad rynkiem finansowym, w tym ubezpieczeniowym. Organ nadzoru informuje również wspomnianych powyżej możliwościach uzyskania pomocy w dochodzeniu roszczeń.

Podstawa Prawna

1. Ustawa z 17 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2024 poz. 1616);
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2025 r. poz. 1071)
3. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i Funduszu Edukacji Finansowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1109 z późn. zm.);
4. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 838, z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 583);
6. Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia Ministra Finansów i Gospodarki

Jurand Drop
podsekretarz stanu

w Ministerstwie Finansów