



Minister Finansów i Gospodarki

Warszawa, 6 lipca 2026 roku

Sprawa: Petycja w sprawie w sprawie nieprawidłowości na rynku ubezpieczeń
Znak sprawy: FN6.056.1.2026
Kontakt: Kancelaria MF
tel.: +48 22 694 55 55
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl



Odpowiedź na petycję

Szanowny Panie,

odpowiadając na Pana petycję w sprawie nieprawidłowości na rynku ubezpieczeń uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji z zastrzeżeniem, że kwestie poruszone w Pana petycji zostały skonsultowane z: Rzecznikiem Finansowym (dalej Rzecznik / RF), Urzędem Komisji Nadzoru Finansowego (dalej: UKNF / organ nadzoru) oraz z Polską Izbą Ubezpieczeń (dalej: PIU), będącą organizacją ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego.

I. Złożona przez Pana petycja zawiera opis nieprawidłowości, jakich, w Pana ocenie, dopuszczają się zakłady ubezpieczeń w procesie likwidacji szkód osobowych z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej: OC ppm) dokonując oceny uszczerbku na zdrowiu i ustalając wysokość należnego zadośćuczynienia oraz odszkodowania. W swojej petycji zilustrował Pan problemy, z którymi mierzą się również inni klienci, na przykładzie własnej sprawy związanej z kolizją z 2023 roku, w której jako rowerzysta doznał Pan obrażeń ciała z winy kierującego pojazdem mechanicznym.

Jak wynika z treści pisma, w toku postępowania likwidacyjnego domagał się Pan od ubezpieczyciela sprawcy zdarzenia podwyższenia przyznanej kwoty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz zwrotu poniesionych w związku z kolizją kosztów, w tym zwrotu kosztów taksówki, którą wrócił Pan do domu po zdarzeniu oraz kosztów prywatnych wizyt u fizjoterapeuty, na które zdecydował

się Pan, aby jak najszybciej wrócić do zdrowia. Sformułował Pan ponadto szereg zarzutów w stosunku do wydanej w toku likwidacji szkody opinii lekarskiej krytykując, m.in. fakt, że ocena stopnia nasilenia bólu, ograniczeń ruchowych, następstw zdarzenia i w ogóle stanu zdrowia została dokonana zaocznie, bez badania czy przeprowadzenia wywiadu, jak również brak merytorycznego uzasadnienia wniosków i opinii, zwłaszcza w zakresie braku nieodwracalnych następstw, braku uciążliwości leczenia czy braku przewlekłych dolegliwości bólowych. Jednocześnie wskazał Pan na szereg zarzutów w stosunku do całokształtu działań samego ubezpieczyciela, wskazując na brak transparentności procesu likwidacji szkody i rzetelności udzielanych przez ubezpieczyciela informacji oraz opóźnień w przekazywaniu informacji.

II. Odnosząc się do zastrzeżeń sformułowanych w petycji pod adresem zakładów ubezpieczeń i wniosków, w tym także w zakresie wzmocnienia nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym KNF wskazała, że jako organ nadzoru nad podmiotami rynku finansowego, na bieżąco sprawuje ona nadzór nad funkcjonowaniem zakładów ubezpieczeń, także pod kątem ochrony interesów ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia (art. 329 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹). W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w działalności podmiotu nadzorowanego, wskazujących na stosowanie praktyk naruszających przepisy prawa lub interesy klientów, gromadzone informacje stanowią podstawę do podejmowania, w ramach obowiązujących przepisów prawa, odpowiednich systemowych działań nadzorczych mających na celu wyeliminowanie tych praktyk oraz odpowiednie kształtowanie rynku finansowego. KNF wyjaśniła, że podłoże opisanych w petycji zagadnień związanych z dochodzeniem zadośćuczynienia za krzywdę i odszkodowania za poniesione koszty leczenia wynika bezpośrednio z konstrukcji przepisów prawa cywilnego stanowiących podstawy prawne dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej: OC ppm), tj.:

- odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia OC ppm regulowanej ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych², ma charakter wtórny wobec odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody i zamyka się ona w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem, który wyrządził szkodę. Zgodnie z art. 822 § 1 Kodeksu cywilnego (k.c.)³, przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony;
- do odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego (a zatem i jego zakładu ubezpieczeń, ponoszącego odpowiedzialność gwarancyjną) za szkody na osobie (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć poszkodowanego) stosuje się ogólne zasady odszkodowawcze przyjęte w k.c.³, w tym art. 361, zgodnie z którym poszkodowanemu przysługuje prawo do pełnego odszkodowania w ramach normalnego związku przyczynowego (teoria adekwatnego związku przyczynowego - zasadę przyczynowości). Zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.)³. W powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby

mu szkody nie wyrządzono (art. 361 § 2 k.c.)³, uznaniowy charakter zadośćuczynienia – zgodnie z art. 445 § 1 k.c.³ w zw. z art. 444 k.c.³ w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przepis ten posługuje się niedookreślonym pojęciem „sumy odpowiedniej”, co oznacza, że ustawodawca nie wprowadził sztywnych tariff ani ram kwotowych, a samo pojęcie jest przedmiotem bogatego i ugruntowanego orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, z którego wynika, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia ma charakter zindywidualizowany i pomimo określenia w orzecznictwie kryteriów, którymi należy się posługiwać przy jego określaniu, to ostatecznie sąd opierając się na zasadzie uznania sędziowskiego określa tę kwotę. Zadośćuczynienie nie ma przy tym charakteru obligatoryjnego, ani z góry określonej wysokości – jego przyznanie i wymiar zależą od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych, długotrwałości leczenia, skutków zdarzenia dla poszkodowanego. Zgodnie z art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń, zawartej z nim ugody, prawomocnego orzeczenia sądu lub w sposób określony w przepisach ustawy o prawach pacjenta⁴, a odszkodowanie wypłaca się w granicach odpowiedzialności cywilnej podmiotów objętych ubezpieczeniem. Z uwagi na fakt, że w toku likwidacji szkody ubezpieczyciele są zobowiązani do samodzielnego określenia wysokości świadczenia, muszą dokonać wewnętrznej, opartej na ustalonym stanie faktycznym i zebranych dowodach oceny rozmiaru doznanej przez poszkodowanego krzywdy. Z uwagi na brak sztywnych tariff ustawowych, wycena ta siłą rzeczy opiera się na kryteriach wynikających z orzecznictwa oraz wypracowanych indywidualnie przez zakład ubezpieczeń;

- ciężar dowodu - zgodnie z art. 6 k.c.³ ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. W kontekście dochodzenia roszczeń odszkodowawczych to poszkodowany musi udowodnić, że doszło do zdarzenia, w wyniku którego powstała szkoda i za którą odpowiedzialność cywilną ponosi dany zakład ubezpieczeń, a ponadto szkodę oraz związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem a powstałą szkodą. W konsekwencji w przypadku dochodzenia tego typu roszczeń kluczowe jest zgromadzenie dowodów, w tym dokumentacji medycznej;
- koszty leczenia – zgodnie z art. 444 k.c.³ w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Kwestia kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych przez poszkodowanego w wyniku wypadku komunikacyjnego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, od lat stanowi przedmiot rozważań w orzecznictwie sądów powszechnych oraz w doktrynie, a wątpliwości budziło m.in. zagadnienie, czy poszkodowanemu przysługuje prawo wyboru formy leczenia (publicznej czy prywatnej), a w konsekwencji, czy może domagać się od ubezpieczyciela zwrotu wydatków poniesionych w prywatnych placówkach medycznych, mimo istnienia publicznego systemu opieki zdrowotnej. W odpowiedzi na te wątpliwości Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt III CZP 63/15,

zajął jednoznaczne stanowisko, które znacząco wpłynęło na praktykę orzecniczą i interpretację przepisów dotyczących odpowiedzialności ubezpieczycieli. W przywołanej uchwale Sąd Najwyższy wskazał, że świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 k.c.)³.

KNF podkreśliła, że to na ubezpieczycielu jako profesjonalnym podmiocie spoczywa obowiązek przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w sposób terminowy i rzetelny. Ubezpieczyciel jako profesjonalista posiadający odpowiednie środki organizacyjne, jak i osobowe winien dbać o to, aby na etapie likwidacji szkody z możliwie najwyższą starannością dokonać oceny zgłoszonego roszczenia. Obowiązujące przepisy zawierają mechanizmy, które mają zapewnić pełną przejrzystość i transparentność prowadzonego postępowania oraz chronić poszkodowanych przed arbitralnym działaniem zakładów ubezpieczeń. Są to, m.in.:

- art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych², regulujący terminy przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego oraz nakładające obowiązek szczegółowego uzasadnienia podstaw prawnych i faktycznych odmowy wypłaty odszkodowania lub zmniejszenia jego wypłaty;
- art. 29 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej¹, regulujący obowiązek przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, a w jego ramach ustalenia stanu faktycznego i rozmiaru szkody;
- art. 3 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji⁵, wskazujący, że poszkodowany, będący osobą fizyczną ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia do działalności podmiotu finansowego, w tym zakładu ubezpieczeń, a zakład ubezpieczeń ma obowiązek odpowiedzieć na reklamację wraz z uzasadnieniem prawnym i faktycznym w przypadku jej nieuwzględnienia, w określonym w art. 6 terminie; ponadto w razie nieuwzględnienia reklamacji poszkodowany może, na podstawie art. 24 ust. 1 tej ustawy, wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o podjęcie działań w jego sprawie (np. przeprowadzenie postępowania interwencyjnego albo pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu, wsparcia sądowego);
- art. 14 ust. 3a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych² oraz art. 32 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji⁵, wskazujące na uprawnienia KNF oraz Rzecznika Finansowego do nakładania sankcji finansowych za wskazane określone naruszenia przepisów związanych z procesem likwidacji szkód i rozpatrywania reklamacji.

Odnosząc się do postulatu systemowego wzmocnienia nadzoru, zwiększenia uprawnień Rzecznika Finansowego i zaostrzenia sankcji organ nadzoru wyjaśnił, że na bieżąco sprawuje on nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń, zaś wszelkie sygnały, skargi i zgłoszenia dotyczące nieprawidłowości w działalności zakładów ubezpieczeń każdorazowo poddawane są analizie. W przypadku dostrzeżenia możliwych nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów działających na rynku finansowym, istnieje możliwość zgłoszenia tych informacji do Urzędu KNF. Na stronie internetowej KNF dostępna jest informacja w zakresie sposobów przyjmowania informacji o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów nadzorowanych. W przypadku zidentyfikowania praktyk naruszających

przepisy prawa lub interesy ubezpieczonych organ nadzoru podejmuje stosowne działania nadzorcze. Skala zgłoszeń dotyczących poruszonych w petycji kwestii w powiązaniu z istniejącym stanem prawnym dotyczącym dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych, w ocenie KNF, nie daje podstaw do sformułowania wniosku o konieczności wprowadzenia dodatkowych rozwiązań w celu wzmocnienia nadzoru w tym zakresie. Niemniej jednak organ nadzoru zapewnił, że wszystkie przekazane w petycji zastrzeżenia zostały poddane analizie i będą uwzględnione w ramach bieżących działań nadzorczych.

III. W zakresie postulatu utworzenia „prostego i dostępnego kanału zgłaszania nieprawidłowości przez poszkodowanych” Rzecznik Finansowy zwrócił uwagę, że osoby poszukujące pomocy Rzecznika w swoich indywidualnych sprawach mogą złożyć wniosek o interwencję zarówno na piśmie, jak i elektronicznie. Także KNF przyjmuje skargi dotyczące nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów działających na rynku finansowym zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej mailowo oraz przez ePUAP. Wielość kanałów, którymi można zgłaszać naruszenia i wnioski o interwencje sprzyja dostępności dla wnioskodawców. Rzecznik podkreślił, że już obecnie wielu poszkodowanych i ubezpieczonych przesyła do KNF skargi na ubezpieczycieli w swoich indywidualnych sprawach, a organ nadzoru ma możliwość zbierania tych informacji i wykorzystywania w czynnościach nadzorczych i uwzględniania przy nakładaniu z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości. Również skargi zgłaszane do Rzecznika Finansowego są analizowane, zaś w razie stwierdzenia problemów o charakterze systemowym, Rzecznik przekazuje stosowne informacje do organu nadzoru zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 5) ustawy o rozpatrywaniu reklamacji⁵. W tym względzie RF zwrócił także uwagę, że obowiązek stworzenia dodatkowego kanału zgłaszania nieprawidłowości wymagałby poniesienia dodatkowych kosztów przez zobowiązane do tego organy bez uzyskania wyraźnych z tego korzyści.

IV. Biorąc pod uwagę katalog istniejących narzędzi prawnych, w tym także możliwość nakładania sankcji finansowych przez KNF i Rzecznika Finansowego oraz możliwość zasądzania przez sąd odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczeń odszkodowawczych, w ocenie resortu finansów brak jest aktualnie podstaw do poparcia propozycji zawartej w petycji.

Istniejące instrumenty prawne dają bowiem poszkodowanym i organom państwowym możliwości skutecznego reagowania na nadużycia ze strony ubezpieczycieli. Opisany w petycji przypadek ma charakter sporu indywidualnego na tle wykładni przepisów prawa (rozmiaru krzywdy oraz zasadności kosztów leczenia), w związku z czym właściwą i w pełni skuteczną ścieżką ochrony poszkodowanego w tego typu sytuacjach wydaje się złożenie reklamacji do ubezpieczyciela, a w dalszej kolejności ewentualne skorzystanie z pomocy Rzecznika Finansowego, który posiada ustawowe uprawnienia do pomocy w tego typu sprawach. Ostatecznym narzędziem weryfikacji wysokości świadczenia, z uwagi na uznaniowy charakter świadczenia, jest droga sądowa. Dziękuję jednocześnie za zainteresowanie sprawami publicznymi i zaangażowanie.

Podstawa Prawna

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1526);
2. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 783);

3. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2026 r. poz. 795);
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
5. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej (Dz. U. z 2026 r. poz. 823).

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia Ministra Finansów i Gospodarki

Katarzyna Przewalska

Dyrektor

Departamentu Rozwoju Rynku Finansowego

w Ministerstwie Finansów