

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete **B u d a p e s t**

Tisztelt Felügyelet!

Az alábbiakban kifejtem hozzászólásomat a biztosítási kárrendezési gyakorlat lehetséges ügyfélszempon্তু javításáról közzétett konzultációs anyagukhoz.

Örömmel vettem, hogy a PSZÁF végre időszerűnek érzi a kárrendezési eljárás során tapasztalható problémák feltárását és azokra megoldások keresését.

A vitára bocsátott anyag a meglévő jogszabályok kiegészítése, a kárszakértők hatósági nyilvántartásba vétele és képzési követelményrendszerük jogszabályban történő rögzítése, valamint a kárrendezési tanácsadói szerepkör bevezetése és szabályozása, ill. a kollektív kárképviselő jogintézményének megteremtése vonalán látja a megoldást és 18 kérdésre várja a hozzászólásokat, azonban ezen kérdések messze nem ölelik át a kárrendezési gyakorlatban rendszeresen jelentkező nehézségeket.

Hozzászólásomban ezért a kérdések megválaszolásán túl további, a gyakorlatban rendszeresen felmerülő megoldandó problémákat vetek fel, melyek rendezésére törekvés szintén mielőbbi intézkedéseket kívánna.

1. Kérdés: Indokolt-e a biztosítók kárrendezési gyakorlatán változtatni és foglalkozni a témával? Ha igen, akkor mi teszi mindezt szükségessé, és milyen változtatásokra van szükség?

A kárrendezés jelenleg érvényben lévő általános szabályai csupán az eljárás kereteit rögzítik. A piacon biztosítási termékeket forgalmazó biztosítótársaságok ezen keretszabályok figyelembevételén túl saját belső ügyrendet is alkalmaznak, melyek társaságonként eltérőek és a biztosító ügyfelei, ill. a károsultak számára ezek nem nyilvánosak.

Ennél a problémánál külön érdemes választani azokat az eseteket, amikor egy biztosítási szerződésből eredően a biztosító ügyfelének (vele szerződött partnerének) igényérvényesítésére szolgáltatást teljesít és azt, amikor a biztosító a saját ügyfele (biztosítottja) helyett áll helyt egy károsulttal szemben (felelősségbiztosítás esetén).

Életbiztosításnál, vagyonbiztosításnál pl. a biztosító szerződött partnere megkapja a biztosítási kötvényéhez tartozó részletes általános és különös szerződési feltételeket, mely tartalmazza azokat az információkat, amelyek alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szolgáltatási igényre jogosult fel tud lépni a biztosító teljesítése érdekében.

Például a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás esetén azonban a károsultak, akik nem az őket ért kárért helytálló biztosító ügyfelei, nem a biztosító szerződött partnerei, semmilyen információra, segítségre nem számíthatnak. A károsultak többnyire sajnos egyáltalán nincsenek tisztában a kárrendezési eljárással, nem tudják, hogy egy baleset kapcsán milyen kárigényeket támaszthatnak a biztosítóval

szemben. Helyzetüket nehezíti, hogy az egyes biztosítótársaságoknál más-más gyakorlat és kárelszámolási mód van érvényben, az ezek alapjául szolgáló ügyrendek előttük nem ismeretesek, hiszen azok a társaságok ún. belső iratai.

A gyakorlatban a biztosítótársaságok ügyintézői nem tájékoztatják a károsultat a jogairól, hiszen valójában ellenérdekű felek. Egyes biztosítótársaságok kiküldenek ugyan a károsultak részére egy formanyomtatványt, amelyben felsorolják, hogy milyen jellegű igényeket terjeszthetnek elő, azonban ezek nem alkalmasak arra, hogy a laikus fél valóban eredményesen eljárhasson a saját érdekében, továbbá gyakran meglehetősen sajátos módon teszik függővé a kártérítési igények kielégítését. Konkrétan: az egyik biztosítótársaság az említett tájékoztató levelében felhívja a károsultat, hogy kára rendezése érdekében 8 napon belül küldje be a jogerős rendőrségi határozatot, amennyiben a hiánypótlás nem történik meg, lezárnak tekintik az ügyet.

Természetesen a károsult, aki nem rendelkezik jogi, eljárásjogi, stb. ismeretekkel, nem is tudja, mit kérnek tőle. Hiszen egy személyi sérüléssel járó baleset során a nyomozás több hónapig elhúzódhat, és a közlekedési balesetek miatt indult rendőrhatalósági nyomozások meglehetősen szűk köre záródik a rendőrség által hozott határozattal (pl. a balesetért felelős személy meghal, vagy ismeretlen károkozó esetén). Túlnyomórészt az történik, hogy a nyomozást záró iratismertetést követően a rendőrség vádemelési javaslattal, vagy közvetítői eljárásra utalási javaslattal továbbítja az iratokat az ügyészségnek. Az ügyészség dönt arról, hogy a közvetítői eljárás feltételei fennállnak-e, ekkor az Igazságügyi Hivatalnál kezdeményezik annak lefolytatását. Ennek eredményeként szülehet megállapodás a balesetért felelős személy és a sértett között, melynek joghatása, hogy ha a megállapodásban foglalt feltételek teljesülnek, az ügyészség határozattal megszünteti a károkozó elleni büntetőeljárást. Amennyiben a közvetítői eljárás feltételei nem állnak fenn, vagy annak lefolytatása nem lehetséges, vagy a felek nem egyeznek meg, az ügyész vádiratot terjeszt a bíróság elé és a bíróság fog ítéletet hozni az ügyben. A biztosító azon gyakorlata tehát, miszerint rendszeresen jogerős rendőrségi határozatot kérnek a károsulttól, alkalmas a károsultak megzavarására, hiszen nem áll rendelkezésükre a rendőrségtől jogerős határozat, nem értik tehát, hogy mit kérnek tőlük, ill. nem feltételezik automatikusan, hogy egy biztosítótársaság direkt módon olyan iratot kér, amelyről minden bizonnyal tudja, hogy úgysem áll a károsult rendelkezésére. A hiánypótlásra adott 8 napos határidő alatti teljesítés elmaradása esetén az azzal való fenyegetés, hogy lezárnak tekintik az ügyet, további aggályokat vet fel: a biztosítótársaságok is pontosan tudják, hogy a károsult nem befolyásolhatja azt az időtartamot, mialatt jogalapi irat kerül a birtokába. A hatósági eljárások hosszadalmasak, mire a jogerős, a balesetért való felelősséget megállapító irat rendelkezésre áll, a káridőponttól több év is eltelhet. A biztosítótársaság tisztában van az elévülési szabályokkal is, mégis olyan jogvesztő határidőről tájékoztatja a károsultat, amely alkalmas a hozzá nem értő fél megzavarására annyira, hogy adott esetben akár fel is hagyhat egyébként jogos igénye érvényesítésével. Ez a kárrendezési gyakorlatban megjelenő valós probléma.

Szükséges lenne tehát annak szabályozása, hogy minden biztosítótársaság köteles legyen részletes és a kárigény, szolgáltatási igény érvényesítésére alkalmas tájékoztatást adni ügyfelének, szerződő partnerének, a vele egyéb jogviszonyból

eredően kapcsolatba került károsultnak. Szükséges továbbá a biztosítók kárrendezési szabályzatainak nyilvánossá tétele.

Az 1. kérdéshez fűzött Felügyeleti megjegyzések a kárrendezési eljárás határidejével foglalkoznak.

A határidők tekintetében személyi sérüléssel járó káresemény bekövetkeztekor a végállapot kialakulása egyéenként eltérően következik be. Ilyenkor az természetesen nem teljesíthető a biztosítótársaság részéről, hogy a káridőponttól számított meghatározott időtartamon belül mindenképpen teljesítsen, azonban *annak előírása kívánatos lenne, hogy a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási szerződések alapján folyó ügyekben a végállapot kialakulását követő pl. 60 napon belül a biztosító a bejelentett kárigényre adjon konkrét, valamennyi jogcímmre vonatkozó érdemi választ, ill. tegyen a kárügy lezárására egyezségi ajánlatot.*

Jelenleg némely biztosítónál rendkívül sok idő eltelhet a végállapot kialakulása és az ügy végleges lezárása között, amely indokolatlanul jelentős hátrányba hozza a károsultat.

A Felügyelet javaslata szerint kívánatos, hogy a biztosító a kárrendezéssel foglalkozó szervezetét úgy működtesse, hogy az a kárügyintézés teljes időtartama alatt elérhető legyen az ügyfelek számára.

Ez mindenképpen nagyon fontos, hiszen az elmúlt évek gyakorlata szerint a biztosítótársaságok költségcsökkentési okokból több kirendeltséget megszüntettek, ill. a kárrendezés helyét centralizálták. Az ügyekkel foglalkozó ügyintéző telefonszáma, elérhetősége nincs megadva, csupán egy operátoron keresztül – sokszor napokig tartó próbálkozás után – sikerül informálódni az ügyintézőtől. Az ügyintézővel, az ügyben konkrét döntést hozóval személyes kontaktus teremtésére gyakorlatilag nincs lehetősége az ügyfélnek, hiszen gyakran a biztosító kárrendezési központjától távol, az ország másik felében él. Az operátoron keresztül való telefonálás is rendkívüli hátrányba hozhatja a károsult felet, hiszen ő jelzi visszahívásra vonatkozó kérését az operátorral, aki felveszi a kapcsolatot az ügyintézővel, aki viszont nem tudja, milyen időpontban hívja vissza a károsultat. Gyakran a visszahívás nem is történik meg, vagy napok múlva, olyan helyzetben éri a károsultat, vagy képviselőjét, amikor nincs nála az ügyirat, vagy éppen olyan helyen, helyzetben van, hogy nem tud zavartalanul beszélni az ügyéről.

Ezen a gyakorlaton mindenképpen változtatni kellene és lehetővé tenni a károsultak számára az érdemi információ nyújtására képes biztosítói alkalmazott mind telefoni, mind személyes elérhetőségét. Természetesen ez óhatatlanul tovább növelné a már egyébként is túlterhelt ügyintézőt, azonban a biztosítótársaságok az ügyfélszolgálati tevékenységük átszervezését a károsultak érdekeit is figyelembe véve alakítsák, ne feltétlenül itt törekedjenek költségcsökkentésre.

A határidőkkel összefüggő, azonban a biztosító hiánypótlására való felhívás körében gyakorlati probléma, hogy a kárrendezési eljárás során a biztosítók gyakran kérnek feleslegesen iratokat (pl. a kért információ már becsatolt iratból megállapítható) vagy indokolatlanul későn kérik azokat (pl. valamilyen igény bejelentésétől számítva több hónap eltelik, mire az igény alátámasztásául becsatolt irat mellé még kérnek valamit).

Mindenképpen szükséges lenne annak szabályozása, hogy az adott igény elbírálásához szükséges valamennyi iratot az igénybejelentéstől számított legkésőbb 30 napon belül kérjék be, ha ezt elmulasztják, később ne támaszthassanak új vagy más iratra vonatkozó követelést.

A személyi sérüléssel összefüggő kárrendezésnél gyakorlati probléma, hogy a biztosítók részletes végállapot-igazolást kérnek a károsulttól. Ez korábban zökkenőmentesen teljesíthető volt, az utóbbi évek tapasztalata azonban az, hogy a kezelőorvosok elzárkóznak ettől, ill. ha mégis hajlandóak valamilyen irat kiadására, meglehetősen szűkszavúan és véletlenül sem teljes körűen rögzítik a legnyilvánvalóbb panaszokat. Ennek az orvosokkal szemben támasztott egyre gyakrabban előforduló kifogás az oka; az orvosok igyekeznek olyan iratot kiadni a kezükből, amely nem alkalmas arra, hogy egy esetleges műhiba-perben azt felhasználják ellenük a betegek. Ezzel azonban kedvezőtlen helyzetbe hozzák a károsultat a biztosító előtt, hiszen a társaságnak az az érdeke, hogy a károsultnak minél kevesebb baja legyen. Míg évekkal előbb ezek a végállapot-igazolások részletesen, objektíven tartalmazták a beteg káresemény előtti állapotához képest bekövetkezett változásokat, ma sokszor nem is sikerül ilyen iratot beszerezni, ill. előfordul az is, hogy a károsultnak ezért fizetnie kell. A biztosító a gyakorlatban ilyenkor is „köti az ebet a karóhoz” és továbbra is kéri a végállapot-igazolást, ill. arra hivatkozással, hogy az orvosi ellátás ingyenes, nem téríti meg a számlával egyébként igazolt összeget, amelyet a beteg orvosának fizetett. A végállapot igazolás bekérését a biztosító akkor is helyénvalónak tartja, amikor pl. friss NRSZH szakvéleményben részletesen rögzítve van a károsult állapota. Ezen irat becsatolása ellenére továbbra is ragaszkodik ahhoz, hogy a beteg menjen vissza a kezelőorvosához, ahonnan hozzon egy – valójában ugyanolyan tartalmú – iratot.

A keresetveszteség érvényesítésekor pedig az a gyakori, hogy a biztosító saját nyomtatványának kitöltetését kéri a baleset előtti 12 hónap jövedelmének és a baleset miatt kifizetett táppénz összegének megállapításához akkor, amikor a károsult már OEP-adatközléssel igazolta a kapott táppénzt, a balesetet megelőző 12 hó jövedelmét pedig egyéb, hiteles munkáltatói igazolással vagy adóbevallással. Ilyenkor a biztosító saját formanyomtatványának kitöltetése már nem szolgáltat új információt, de a károsultat terheli az utána járás költsége, fáradsága, a nyomtatvány munkáltató általi kitöltéséig az időmúlás.

A vagyoni kárigények benyújtásánál továbbá, noha a károsult kárigényében részletezi a ruhakárát, egyéb használati tárgyai, vagyontárgyai értékét, beszerzési évét, stb., egyes biztosítók szintén küldenek egy külön nyomtatványt, aminek a rubrikáiba ugyanazokat az adatokat be kell vezetni.

Ezeknek a követelményeknek semmi értelme és csak arra alkalmasak, hogy indokolatlanul elhúzzák a kárrendezés idejét és kifárasztják a károsultat.

2. Kérdés: Ügyfélvédelmi szempontból célszerű megoldás-e a kárrendezés részletesebb szabályozása?

Ezt már a fentiekben megválaszoltam: mindenképpen szükséges.

3. Kérdés: Ha igen, a károsultak védelme a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításon túli területein eléggé nyomós érv-e, és tekinthető-e olyan kiemelt közérdeknek, hogy a felek közötti szerződéses szabadság közjogi szabályokkal korlátozásra kerüljön?

A károsultak védelme a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás körén túl is szükséges, hiszen a felesleges iratok kérése, az időhúzás, az egészségkárosodás mértékének egyoldalú megállapítása, a biztosító indokolás nélküli elutasítása ezekben az esetekben is élő gyakorlat. Ezeknél szerződéseknél annyiban jobb a helyzet, hogy a biztosítóval szerződő fél saját akaratából kerül az általa választott biztosítótársasággal kapcsolatba, senki nem kényszeríti az adott típusú szerződés megkötésére, ill. lehetősége van a maga számára a legmegfelelőbb biztosítási terméket választani, az arra vonatkozó szerződési feltételeket még a szerződéskötés előtt kimerítően áttanulmányozni, az esetleg hiányzó információkat beszerezni. Nincs azonban megvédve attól, hogy a biztosító, ha arra kerül a sor, igyekszik kibújni a fizetési kötelezettsége alól.

A kötelező gépjármű-felelősségbiztosításokkal összefüggő kárrendezési eljárás gyakorlatában a károsultakat védő intézkedések megteremtése még fontosabb, hiszen az így a biztosítókkal kapcsolatba kerülő károsultak egyrészt kiszolgáltatottak, mert sok esetben ügyeik vitelére alkalmatlan egészségi állapotban vannak, másrészt nem tudhatják, hogy melyik biztosítótársaság áll helyt a károkozó helyett és ez sajnos nem mindegy: eltérő ugyanis a biztosítótársaságok kárrendezési gyakorlata, ügyintézőinek szakmai színvonala, emberi hozzáállása, a kártérítési összegek nagyságrendje, a kárrendezési eljárás mikéntje és ideje is. Sajnos nagyon nem mindegy, hogy melyik biztosítótársaság biztosítottja okoz kárt nekünk.

4. Kérdés: Milyen részletezettségű és milyen formájú szabályozásra van szükség?

Mindenképpen kell szabályozás, nem csak a megtévesztő biztosítói tájékoztatások, felesleges iratkérések, a biztosító károsulttól való elzárkózása okán. A vitaanyag felveti, hogy a kárrendezésben az igény elutasítása vagy ez eljárás elhúzódása mellett a legjelentősebb és legáltalánosabb biztosított panasz ok a kártérítés összegével kapcsolatos.

Az igény elutasítása kétségkívül gyakori és mindenképpen elvárható lenne, hogy a biztosító megindokolja az elutasítás okát. A károsultnak bizonyítania kell a kárigényét, megfelelően alá kell támasztania bizonyítékokkal, érvekkel. A biztosító – az erre vonatkozó keretszabályok ellenére – az elutasításokat egyáltalán nem indokolja, ill. az igényeknél a „nem áll módunkban teljesíteni” szófordulat alkalmazásával lezártnak tekinti az adott tételt. Sem jogi, sem szakmai érvel nem indokol. Általánosnak mondható, hogy a kárigényekre 4-5 soros semmitmondó válaszokat adnak, vagy – személyi sérülésnél – orvosszakértőjük véleményére hivatkoznak. Itt az is probléma, hogy a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás alapján történő kárrendezési eljárásokban a biztosítók sajátosan értelmezik pl. az életszerűséget. Általános, hogy a súlyosan sérült károsultak részére, akik állapotukból eredően adott esetben akár két évig táppénzen voltak, ill. leszálalékolták, az orvosszakértő szerint 2 hónap időtartamra havi 2.000,-Ft összegben számolható el mondjuk gondozási költség vagy háztartási kisegítő

költsége. Ez nyilvánvalóan abszurd, de sajnos az az általános, hogy az egyes jogcímekekre vonatkozó igények biztosító által elszámolt időtartama és összege messze nem alkalmas arra, hogy a károsult valós kárát kompenzálja. Előfordul, hogy az életveszélyben lévő károsult közeli hozzátartozóinak heti egy látogatási költséget számol el a biztosító, mert „a gyakoribb látogatás nem indokolt”. Az üzemi balesetnél pl. nem fizet gyógyszerköltséget, mert a gyógyszert a károsult 100 %-os EÜ-támogatással kapja. A valóságban azonban az általában alkalmazott gyógyszerek jelentős részére nem jár a 100 %-os EÜ-támogatás, ill. nem csak akkor vált ki gyógyszert a károsult, ha előtte felírta az orvosával (mert a szedett gyógyszerek nem egyszerre fogynak el, és adott esetben nem képes beutazni az orvoshoz). Ennek ellenére bármily indokolt is a gyógyszereszedés, hiába van számla róla, a biztosító az igényt elutasítja.

A másik neuralgikus kérdés a közlekedési többletköltség rendezése. Az üzemi balesetknél a társadalombiztosítási térítési kötelezettségre hivatkozva utasítja el a biztosító a kárigényt a kontrollvizsgálatra utazásnál annak ellenére, hogy pontosan ki tudja számolni a biztosító is, hogy a támogatás nem jelent a károsult számára teljes költségtérítést, ill. a társadalombiztosítási ügyintézővel járó többletterherre sokszor állapotából eredően nem is képes a károsult, és véleményem szerint a hozzátartozóktól sem várható el az ezzel járó ügyintézés átvállalása. Az ingyenes betegszállításra való hivatkozás pedig meglehetősen álságos, hiszen mindenki tudja, milyen állapotok uralkodnak az országban ezen a téren és az ebben való részvétel a károsulttól végképp nem várható el – még kárenyhítésre hivatkozva sem. Nem beszélve arról, hogy egy károsult nem csak orvoshoz jár, hanem egyéb intézni valóját sem gyalogosan teszi.

A kártérítések összegével kapcsolatban utaltam arra, hogy az egyes jogcímekek elszámolásának időtartama és összege egyáltalán nem életszerű (pl. az ágyhoz kötött sérült részére napi 126,-Ft-ban elszámolt gondozási költség – és ez nem egyedül!) Sokszor a biztosító nem is közli pontosan, hogy az adott jogcímre teljesített kifizetést milyen időtartamra számolta el.

Természetesen további példák sorolhatók végtelen mennyiségben, és a károsult, ha megfelelő tudással, kitartással vagy hozzáértő képviselővel rendelkezik, mégiscsak érvényesítheti a jogos igényeit, azonban az ezzel járó aggodalom, idegeskedés, időhúzás mindenképpen megviseli. Meg kell említeni, hogy a személyi sérüléssel járó káresemények károsultjai nagyon kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek. Egyrészt megváltozott egészségi állapotuk miatt, másrészt azért, mert anyagilag nehéz helyzetbe kerülnek. Nem tudnak dolgozni, nem kapnak munkabért, táppénzt sem, a biztosítótól hosszas huzavona után „csöpögtetett” kárelőleg pedig nem alkalmas arra, hogy helyzetükön valóban segítsen.

Mindenképpen kötelezni kellene ezért a biztosítókat arra, hogy a piaci viszonyoknak megfelelően térítse az egyes igényeket és ahol elutasít, vagy az igényt nem fogadja el, álláspontját megfelelően indokolja is.

A fenti típusú kárrendezési eljárások elhúzódása miatt az általánosan alkalmazott jogcím nélküli előlegek kifizetését gyakoribbá kellene tenni, hiszen a károsult és családja számára a legtöbb esetben létszükséglet, hogy az akár csak átmenetileg is fennálló időszakban, amikor munkaképtelen és az orvosi kezelések miatt jelentős

többletköltségeket kell finanszíroznia, a biztosítótól viszonylag rendszeres időszakonként megfelelő összegű kárelőleget kapjon. Azt mindenesetre meg kellene szüntetni, hogy a biztosító a sokadik kifogásra jelentéktelen összeget (konkrét példa: 1.103,-Ft-ot) utaljon a károsulnak akkor, amikor a végállapot kialakulásakor végül több millió forint kártérítésre számíthat. Ez sajnos nem egyedi eset és felveti legalább azt a kérdést, hogy ha már emberileg ilyen cinikus az ügyintéző, akkor vajon a biztosító gazdasági érdekével sem ellentétes, hogy többet fizetnek banki tranzakcióköltségeként egy ilyen utalásnál, mint maga a „kártérítés”?!

A személyi sérüléssel járó közúti balesetek miatt előterjesztett kárigények rendezésénél a jogcím szerinti tételes elszámolásnak egyébként semmi értelme nincs. Az ún. sommás kárrendezés sokkal inkább szolgálná mindkét fél érdekeit. A biztosítóknál egyre kevesebb a szakértő ügyintéző, egyre jobban túlterheltek és nem várható el az a korábbi gyakorlat, amikor minden egyes kifizetést pontosan részleteztek. A kárbejelentés és a kárigények beérkezésekor, az ügyre megállapított tartalék képzésekor a biztosító kalkulálni tudja a kár nagyságrendjét. A kárrendezési eljárás alatt több alkalommal történő, a sérüléssel arányos előleg kifizetésével nem kerülne túlfizetésbe. A károsultnak sem az a lényeg, hogy fillérre mire mennyit fizet a biztosító, hanem az, hogy összességében a kára kielégítően rendeződjön. Ha bizonyos időközönként, az állapotát igazoló dokumentációk alapján a biztosító jogcím nélküli kárelőleget utal számára, nagymértékben csökkenti azt a nyomást, amely a kárrendezési eljárás hosszadalmas voltából eredően és a csaknem minden esetben a baleset miatt keletkező jelentős anyagi terhek miatt nyomasztják. Az ügy végleges rendezésénél a kifizetett előlegek beszámításra kerülhetnek és hatékonyabb, sok szempontból eredményesebb lehetne a két fél közötti kapcsolat is.

A kárrendezési eljárás gördülékenyebbé tétele, indokolatlan elhúzódnak megakadályozása egyébként azért is fontos, hogy ezek a többszörösen hátrányos helyzetbe került emberek ne legyenek kitéve indokolatlan stressznek, nehézségeknek, amelyek egyébként is sérült testi és lelki állapotuk romlását jelentheti, vagy legalábbis a javulását hátráltatja.

A vitaanyagban hivatkozott gépjármű dologi károk rendezésénél totálkár esetén a biztosító kárelszámolása az Eurotax katalóguson alapul, és a lehető legritkább esetben felel meg a valós piaci helyzetnek. És itt is hiába bizonyít az ügyfél, a biztosítónak „nem áll módjában” korábban kialakított és azóta a károsult által bizonyítékokkal alátámasztottan cáfolt álláspontján változtatni. A káridőponti érték mindig alacsonyabb, a roncsérték mindig magasabb, mint a valós, és a differencia sok esetben valóban csak annyi, amennyiért nem érdemes perre vinni az ügyet, de azért a károsultat jelentős veszteség éri. A biztosító jól jár.

A közrehatást szintén sokszor sajátosan alkalmazza a biztosító. Gyakran előfordul, hogy a jogalapi iratokban semmilyen erre utaló tény nem merül fel, ennek ellenére „feltételezi” és – természetesen bizonyíték és indokolás mellőzésével - alkalmazza azt.

A kárrendezési eljárásban az egyezségekre törekvés mindkét fél számára kívánatos. A súlyos személyi sérüléssel járó közúti balesetekkel összefüggő kárrendezési eljárásokban a végállapot kialakulásáig egy, másfél év is eltelik, és ha nem sikerül a biztosítóval egyezséget kötni, a peres eljárás további évekre húzza el az ügyet. Erre

a rendkívül megviselt, ellehetetlenült helyzetben lévő károsultak az esetek túlnyomó részében nem vállalkoznak, főként akkor, amikor a biztosító által ajánlott egyezségi összeg és a károsult jogos igénye között nem több millió forint az eltérés.

A gyakorlatban az egyezségkötés körül rengeteg probléma adódik. A károsult előterjesztett kárigényére a biztosító egyezségi ajánlatot tesz a kárügy végleges rendezésére, a felajánlott összeg azonban többnyire túlzottan alacsony. Ilyenkor a hozzá nem értő, vagy a kárrendezési eljárásba már belefásult károsult vagy elfogadja az elsőként felajánlott összeget (ez a gyakoribb), vagy megpróbál méltányosabb összeget érvényesíteni. Nagyon gyakran előfordul, hogy az első ajánlat többszörösét (adott esetben két-háromszorosát is!) el lehet végül érni, igaz ugyan, hogy hosszabb ideig tartó kitartó „küzdelem” után. Ez azt jelenti, hogy a laikus, hozzá nem értő, megfelelő képviselő híján eljáró károsult eleve hátrányos helyzetben van, a biztosítótól nem várhat fair ügyintézés. Gazdasági érdekei elsődlegessége okán a biztosító nem azt az összeget ajánlja, amelyről pontosan tudja, hogy az adott esetben reális, ez az eljárás pedig messze kimeríti a felek jóhiszemű együttműködésére vonatkozó jogszabályi előírásokat.

A korrektség hiánya mutatkozik meg ott is, hogy általánosnak mondható gyakorlat szerint sokszor az egyezség aláírása nélkül utalják ki az egyoldalúan meghatározott összeget, sőt, az utóbbi időben minden előzetes tájékoztatás nélkül a felajánlottnál kevesebbet fizetnek hivatkozva arra, hogy az ajánlat egyezség esetére vonatkozott. Azonban nem mondható egyezségnek az, ha a kétségkívül számos okból erőfölényben lévő fél önkényesen meghatározott feltételeit csak elfogadni lehet anélkül, hogy hátrány ne érne a másikat. Ez inkább a károsult kiszolgáltatott helyzetével való visszaélés.

Ha nagy nehezen meghatároznak egy mindkét fél számára elfogadható egyezségi összeget, a megállapodásokban a biztosító kiköti, hogy a kárigényt véglegesen rendező egyezség a károsult állapotrosszabbodása esetére is vonatkozik. Így eleve kizárja annak lehetőségét, hogy ha esetleg évek múltán, a baleset során elszenvedett sérüléssel okozati összefüggésben a károsult egészségi állapotában negatív változás következne be, újabb kárigényt lehessen előterjeszteni. Ez a joglemondás azonban semmilyen módon nincs kompenzálva.

A biztosító egész tevékenysége során hangsúlyozza, hogy ez egy üzleti vállalkozás, elsősorban természetesen a gazdasági érdekei dominálnak. Ez akkor elfogadható, ha egyébként tisztességes üzleti magatartást tanúsít, és nem használja ki a károsultak helyzetét. Azok, akik egy káresemény kapcsán sokszor életük egyik legnagyobb traumáját élik át, mindenképpen jogosan várják el, hogy korrekt, szakszerű eljárásban bírálják el jogos igényeiket. A vitaanyag hivatkozik a nemzetközi szabályozásra. Ebben a vonatkozásban egyértelműen megállapítható, hogy a magyarországi biztosítótársaságok anyacégei saját hazájukban nem mernék megengedni maguknak azt a fajta ügyintézés, a károsultakhoz való hozzáállást, mint ami nálunk bevett gyakorlat. *Valóban át kellene venni azokat a módszereket, amelyek által ezen országokban gyakorlatilag nincs szükség a kárrendezésben szerzett speciális ismeretekkel rendelkező képviselőkre, mert a biztosítótársaságok ezek hiányában is korrekt, kielégítő módon járnak el.*

5. Kérdés: Kijelenthető-e, hogy a biztosítók kárrendezési gyakorlata során általánosságban érvényesül az érdekmentesség, és vagyoni károk esetén a technika állása szerinti optimális műszaki megoldások alkalmazása?

6. Kérdés: Ha nem, milyen módszerek, szakmai eljárások alkalmazása, szabályozók bevezetése javasolt ennek elérése érdekében?

7. Kérdés: Véleménye, ill. tapasztalata alapján függ-e a kártérítés összegére adott szakértői becslés a kárszakértők képzettségétől és szakmai ismeretétől?

Sajnos nincs érdekmentesség. Biztosítani kellene a valóban független kárszakértők, orvosszakértők közreműködését. Az, hogy munkájukat a biztosító utasításai, érdekei figyelembevételével látják el, tőlük kapják a díjazást, óhatatlanul elfoglaltá teszi őket.

A kárszakértők képzési követelményének egységesítése véleményem szerint nem ad megoldást a problémákra. A biztosítónak saját érdeke, hogy felkészült szakembereket vonjon be. Nem a kárszakértők szakmai hiányosságai okozzák a gyakorlati fő gondokat.

Az viszont kívánatos lenne, ha a kárfelvételi jegyzőkönyvek, szakértői vélemények szigorú, egységes tartalmi és formai követelményeire lennének előírások, ill. az ezek megfelelő elkészítésére felkészítő képzés valóban eredménnyel járhatna.

A gyakorlatban ugyanis a vagyoni károkat felmérő kárszakértők jegyzőkönyvei kézírással, sokszor olvashatatlanul, hiányos tartalommal készülnek, nem kellően alaposak. Dologi károk felmérésénél gyakran egyáltalán nem, vagy pedig az igénybejelentéstől számított hosszú időn keresztül nem történik szemlézés, így ha arra egyáltalán sor kerül, a jegyzőkönyv már nem azt az állapotot rögzíti. A megállapításokból kalkulált kártérítési összegek sokszor életszerűtlenek (pl. mezőgazdasági munkaigény és hozzárendelhető munkadíj, vagy járműjavítási munkaóra- és munkadíj, stb. körében).

Külön kell foglalkozni az orvosszakértői véleményekkel, melyeknek döntő szerepe van a kárrendezésben. Mind a baleset- és életbiztosításoknál, mind a személyi sérüléssel járó káresemények felelősségbiztosításainál a biztosító által meghatározott szolgáltatási összeget, az elszámolásokat, továbbá a kárrendezési eljárást véglegesen lezáró egyezségi összeget a biztosító orvosszakértője véleményére alapozza és fenntartja magának azt a jogot, hogy más szakértő véleményét ne kelljen figyelembe vennie. Ilyen körülmények között elvárható lenne, hogy az orvosszakértői vizsgálatok és az annak nyomán megfogalmazott szakvélemények ne a jelen gyakorlatban tapasztalt színvonalon készüljenek. A korábbi években az orvosszakértői vélemények a szakmában előírt formában és tartalommal készültek, a kártérítési jogcímeik indokoltságát vagy elutasítását külön-külön tartalmazták, százalékos formában meghatározták az esetleges baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés mértékét, és választ adtak azokra a kérdésekre, amelyeket a biztosító feltett, vagy a károsult javasolt megválaszolásra. Jelenleg orvosszakértői véleménynek egyáltalán nem nevezhető iratokat készítenek a biztosítók által felkért orvosok. A dokumentum legfeljebb a károsult kezeléseit sorolja fel, a panaszait meglehetősen hiányosan, a tényleges „szakvélemény” pedig 3-4 soros megállapítás, mely újabban többnyire nem, vagy jelentősen alulértékelve

határozza meg a baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés mértékét, az egyes jogcímeke külön-külön nem tér ki, a nem vagyoni kártérítés, járadék indokoltságát nem tartalmazza. Ha nem lenne meghatározó következménye a károsult számára az orvosszakértői véleménynek, akár derülni is lehetne rajta, hogy jelenleg az egyik biztosítótársaság által alkalmazott orvosszakértőnél – a maradványállapot súlyosságára tekintet nélkül – minden károsult 10 %-os baleseti eredetű munkaképesség-csökkenést szenvedett, egy másik biztosító orvosa pedig a baleset előtti kórtörténettel egyáltalán nem rendelkező károsultak sérüléseinek következményeit rendszeresen természetes eredetűnek és nem a baleset miatt kialakultnak minősíti.

Mindennek ellenére a biztosító hivatkozik arra pl., hogy „járadék folyósítását az orvosszakértő nem javasolja” abban az esetben is, ha a járadék a szakvéleményben meg sincs említve. Erre vonatkozó kifogás esetén jön a „nem áll módunkban” standard válasz, és máris arról van szó, hogy a biztosító nem tudja álláspontját alátámasztani, mégis a károsult az, aki vagy elfogadja ezt, vagy szélmalomharcot vív.

Az orvosszakértői vizsgálatok lefolytatása is hagy maga után kívánni valót, hiszen sokszor nem teljes körű a vizsgálat, nem mondhatja el a vizsgált személy a panaszait, vagy nem rögzítik azokat. Sokszor találkoznak a károsultak cinizmussal is (konkrét példa: a korábban egyesületi játékos károsult panaszolja, hogy állapota nem teszi lehetővé a labdarúgást, mire az orvos válasza: „ha nem tud focizni, álljon a kapuba”).

8. Kérdés: Egyetért-e azzal, hogy szükség van a kárszakértőkkel szemben egységes követelményrendszerre és hatósági nyilvántartásra?

9. Kérdés: Várható-e, hogy a kötelező képzettségi feltételek bevezetését követően jobban érvényesülnek a technika állása szerinti optimális műszaki megoldások, ill. a szakmai szempontok?

10. Kérdés: Számítani lehet-e arra, hogy a fenti intézkedések hatására hosszú távon csökken a kártérítés mértékével összefüggő viták és biztosított panaszok száma?

A fentiek ezen kérdésekre is tartalmazzák az álláspontomat.

A kárrendezési eljárásban felhasználható színvonalú szakértői vélemények készíttetésének következetes megkövetelése hosszú távon mindenképpen csökkentené a kártérítés mértékével összefüggő viták és biztosított panaszok számát.

Ez egyrésztől hozzátartozik a korrekt ügyintézéshez, másrésztől a károsultak bizonyára jobban elfogadnák a biztosító álláspontját, ha azt értékelhető szakvéleménnyel tudnák alátámasztani. Nem várható el ugyanakkor az, hogy a károsult tudomásul vegyen egy számára kedvezőtlen döntést, mely elfogadhatatlanul hiányos, pongyola, ellentmondásos szakvéleményre hivatkozik. Nem győzöm hangsúlyozni: a károsultak gyakran életük legnagyobb traumáját dolgozzák fel éppen. Megváltozott egészségi állapotuk miatt elveszíthetik munkájukat,

megélhetésüket biztosító jövedelmüket, megtakarításaikat felélhetik a hosszú gyógykezelés alatt. Sok esetben olyan maradandó testi és lelki változásokat szenvednek el, amelyek miatt családi, társadalmi életük tönkremegy. Joguk van ahhoz, hogy tisztességes eljárásban valóban szakmai szempontok alapján döntsenek arról, hogy milyen összegű kártérítést kapnak. Való igaz ugyan, hogy pénzzel nem lehet mindezt meg nem történtté tenni, de nem mindegy, hogy a kapott kártérítéssel milyen gyógykezelés válik elérhetővé számára, mennyire tudja megváltozott életkörülményeit megkönnyíteni a mindennapok során. A kárrendezési eljárásban érvényesülnie kellene a „Nem több és nem kevesebb, de annyi, amennyi jár” elvnek, melynek megvalósulása a gyakorlatban egyre inkább nem tapasztalható.

11. Kérdés: Azonosítható-e asszimetria a kárrendezésben a biztosító és a biztosított között. Ha igen, akkor ennek mérséklésére alkalmas-e a – biztosítási szaktanácsadótól elkülönült – kárrendezési tanácsadó szerep kör bevezetése?

12. Kérdés: Egyetért-e azzal, hogy szükség van a kárrendezési tanácsadó egységes követelményrendszerére és hatósági nyilvántartásukra? Miért?

A tényleges kárrendezési gyakorlatból hozott példáim is mutatják, hogy jelentős asszimetria azonosítható a biztosító és a biztosított között. A biztosítási szaktanácsadótól elkülönült kárrendezési tanácsadói szerep kör bevezetése, egységes képzése és nyilvántartása azonban ezen semmit nem változtatna, mint ahogy a biztosítási szaktanácsadó léte vagy nem léte sem befolyásolja ezt döntően.

A különböző biztosítási szerződések közötti választásnál, a fogyasztó elvárásainak, igényeinek leginkább megfelelő biztosítási termék ajánlásánál, ismertetésénél bizonyára jelentős a biztosításközvetítő cégeknél alkalmazott biztosítási szaktanácsadó, vagy e cím nélkül is szaktudással rendelkező szakember szerepe. A kárrendezésnél azonban itt nem feltétlenül lehet a károsult meggyőződve arról, hogy pártatlanul, valóban az ő érdekeit képviselik, ill. meddig tudják a biztosítóknál a határt feszegetni, hiszen üzleti kapcsolatban állnak velük.

A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással összefüggő kárrendezés területén továbbá a magyarországi gyakorlat a következő: a kilencvenes évek közepétől folyamatosan létrejövő kárrendező irodák tevékenységének Felügyeleti engedélyezése biztosítási szaktanácsadó alkalmazását írja elő. Noha ezen irodák valóban rendelkeznek kárrendezési ismeretekkel, tapasztalattal, hiszen gyakran korábban biztosítóknál dolgozó ügyintézőik állítják össze a kárigényeket, az esetek jó részében olyan személyt jegyeztettek be, mint biztosítási szaktanácsadó, aki ténylegesen nem vesz részt a munkában, csak a Felügyelet tevékenységi engedélyezéséhez ő rendelkezik az előírt feltételekkel.

Ez nem azt jelenti, hogy ezekben a kárrendezési irodákban ne szakszerű, a kárrendezési eljárásban a károsultak számára valóban hathatós segítséget nyújtó munka folya, csupán azt, hogy a biztosítási szaktanácsadói szerep kör valójában irreleváns, mint ahogy az lenne egy elkülönült kárrendezési tanácsadói kategória bevezetése is.

Bizonyára minden, ezen a területen érvényesülni kívánó cég megtalálná a módját, hogy az előírt feltételeket így vagy úgy teljesítse, de ettől még a károsultak érdekképviselője nem változna.

A kárrendezés egyébként többek között a viszonylagos szabályozatlanságból, az egyes biztosítóknál érvényben lévő eltérő gyakorlatból, a hozzászólásomban is részletezett problémákból eredően meglehetősen differenciált képességeket feltételez. A kárrendező egyik oldalról a sérült, türelmetlen, ezer módon kiszolgáltatott károsult, másik oldalról az elzárkózó, hátrító, az üzleti érdekét mindenek fölért érvényesíteni kívánó biztosító közötti állandó nyomásnak van kitéve. Ha megfelelő színvonalú szolgáltatást akar nyújtani, akkor mérhetetlen együttérzéssel, toleranciával, segítő szándékkal fordul károsult ügyfelei felé, a biztosítóval szemben pedig határozott, szakszerű, erélyes, de mégiscsak együttműködő fellépésre kényszerül. Ezen a területen azok tudnak jó (értsd: a károsult javát szolgáló) munkát végezni, akik szenvedéllyel, elkötelezettséggel hosszú ideje, sok lezárt kárügy tapasztalatával felvértezve tevékenykednek.

Az ezen elvárásoknak való megfelelés azonban nem azon múlik, hogy valaki biztosítási szaktanácsadó, kárrendezési tanácsadó, ügyvéd, vagy kárrendezési iroda alkalmazottja.

Gyakorlatilag nincs objektív mérce arra, hogy a kárrendező milyen szakmai színvonalon képviseli ügyfelét, hiszen minden káresemény következménye, minden ügyfele helyzete, sérülése más és más, nincs visszajelzés arról, hogy abban az egyedi ügyben más kárrendező milyen eredményt ért volna el. Talán az ügyfél elégedettsége vagy elégedetlensége lehet mérvadó, azonban ez sem igaz teljesen, hiszen az ügyfél laikus, nem tudja megítélni a képviselője szakmai teljesítményét, egyedül azt érzi, hogy a vele való együttműködés, a számára elért kártérítési összeg elégedettséggel tölti-e el.

A Felügyeletnek ott lenne jelentős szerepe, hogy ha már engedélyezéshez köti a kárrendezési tevékenységet, akkor ellenőrizze is, hogy az engedéllyel rendelkezők korrekt piaci magatartást tanúsítsanak, és valóban rendelkezzenek az elvárható szakmai kvalitásokkal.

A Felügyeleti engedélyezéshez nem kötött, de kárrendezést folytató ügyvédek bizonyos hátrányban vannak a kárrendezési irodákkal szemben, hiszen az ügyvédi reklámra vonatkozó előírások, és az ügyfélszerzés módja az ügyvédek számára szigorú kööttségeket tartalmaz, míg a kárrendező társaságok ezen a téren teljesen szabadon járnak el. Persze az a tény köztudomású, hogy a kárrendező irodák túlnyomó többsége nem a saját nevére érvényesíti a kárigényeket, hanem ügyvédekkel vannak partneri viszonyban és a beadványokat az ügyvéd írja alá. Ez hozzáértő iroda előkészítő munkája esetén megfelelő szakmai színvonalat garantál a károsultnak, azonban ha pl. egy társaság nem helyez súlyt arra, hogy a károsult az ügyvédi meghatalmazást az ügyvéd jelenlétében írja alá, tulajdonképpen nem jött létre érvényes jogviszony, amely alapján az ügyvéd a kárrendezési eljárásban a károsultat képviselheti. Kérdés, hogy számít-e ez a „szórszálhasogatás” akkor, amikor a károsult azért szakszerű segítséget kap, hiszen a tényleges szakmai munkát a kárrendezési iroda alkalmazottja jól végzi.

A korrekt piaci magatartás ellenőrzése azért is fontos lenne, mert az ügyfélszerzés módja sokszor hagy kívánni valót maga után. Gyakran előfordul, hogy a kárrendezéssel foglalkozók kórházban, a baleset helyszínén közvetlenül, vagy a baleseti trauma elsődleges hatása alatt íratják alá a károsultakkal a kárrendezési képviselőre jogosító iratokat, hiányos tájékoztatás és erősen kifogásolható szerződési feltételek mellett.

Végső soron a kárrendezésben résztvevők nevesítésének, tevékenységi engedélyezésének, képzésének, nyilvántartásának csak akkor lenne bármily csekély értelme, ha ehhez a károsultak érdekét szolgáló valós felügyeleti intézkedések, ellenőrzések is társulnának. A mostani helyzet nem attól rossz vagy jó, hogy van-e a kárrendezőnek engedélye, hanem attól, hogy az ezen területen működők milyen szakmai és erkölcsi színvonalon látják el ügyfeleik képviselőtét és mennyire bizonyulnak életképesnek a kétségkívül egyre élesedőbb konkurenciaharcban. Optimális esetben a minőségi szolgáltatást nyújtóknak kellene fennmaradniuk, nem pedig azoknak, akik silányabb képviselőtét, de agresszívebb üzletpolitikát folytatnak.

15-18. Kérdések a kollektív kárképviselet jogintézményével kapcsolatban:

Ezekre a kérdésekre részben az imént elmondottak vonatkozhatnak. Már most is van arra lehetőség, hogy a károsultak közösen lépjenek fel kárigényük érvényesítése érdekében. *A károsulti választmány, mint új jogintézmény nem adna ehhez képest többet, jobbat.* Már most is felléphetnek közösen az ugyanazon káreseményben érintettek, ettől azonban még nem lesz hatékonyabb az ügyintézés, a biztosítók részéről a hozzászólásomban részletezett problémák ugyanúgy tapasztalhatók.

Összegzés:

A vitára bocsátott kérdéssorozatra kifejtett hozzászólásomban felvetettek messze nem teljes körűen érintik a kárrendezési gyakorlat problémáit. A hivatkozott példákat személyes tapasztalatom alapján említettem és valamennyit alá tudom támasztani.

Az elmúlt évtizedekben a kárrendezés évről évre nehezkesebbé vált, a károsultak egyre inkább kiszolgáltatottjává váltak a biztosítók munkaszervezési tevékenységének, üzleti érdekeinek. A kártérítések egyes jogcímei teljesen eltűnőben vannak (pl. művelődési többletköltség, élelemfeljavítás), továbbá a kártérítések összegszerűsége nem az életviszonyok szerint változik, azonos sérülést, munkaképesség-csökkenést figyelembe véve a korábbi években könnyebb volt nagyobb kártérítési összeghez jutni.

Még nagyobb baj azonban, hogy a károsultak panasza nem csupán a kártérítések összegszerűségének méltánytalan voltára, hanem a biztosítók eljárásának egyéb elemeire is vonatkozik, és amely panaszok a biztosítók ügyfélközpontúbb munkaszervezésével, a megfelelő szakmai színvonal biztosításával, a károsulttal való valamelyes együttműködéssel orvosolhatók lennének.

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének elsődleges feladatai között kellene legyen, hogy átláthatóbb, korrektebb, gyorsabb és tisztességesebb kárrendezést követeljen a biztosítótársaságoktól. Nem szerencsés azonban a túlszabályozás sem, hiszen az egy bürokratizált rendszert eredményezne. A megfelelő arányok

megtalálásához példa lehetne a nemzetközi gyakorlat, természetesen a nálunk fejlettebb színvonalú országoktól.

A kárrendezési eljárás biztosítói gyakorlatának ésszerű követelmények elé támasztása és betartatása önmagában eredményezi a károsultak érdekeinek optimális védelmét és nincs szükség arra, hogy a kárrendezést segítő újabbnál újabb jogintézmények létrejöttét preferálják. A biztosítóknak a károsultak felé megnyilvánuló korrektebb ügyintézése megvalósulásával a kárrendezést végzőkre nyilvánvalóan nem oly nagy számban lenne szükség, ezért közöttük is létrejönne egy természetes szelektálódás. Mindez együttesen a kívánt hatékonyság és eredményesség irányába való elmozdulást segítené elő a kárrendezés területén.

Bízom abban, hogy a vitaanyag közzétételével és a hozzászólások értékelésével elkezdődik egy folyamat, amely lehetővé teszi majd az ezen területen uralkodó nemkívánatos állapotok megszűnését.

Kiskőrös, 2012. március 26.

Köszönettel:

Dr. Németh Mariann
ügyvéd
biztosítási szakjogász