

Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu
pri Slovenskem zavarovalnem združenju

V skladu z drugim odstavkom 17. člena Akta o ustanovitvi in delu
Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu podajam

POROČILO O DELU VARUHA ZA LETO 2024

1. UVOD

Poročilo o delu varuha obsega predvsem: podatke o številu in vrsti odločitev, strokovno oceno o stanju in stopnji zaščite strank na področju zavarovalništva in strokovne predloge za njuno izboljšanje (tretji odstavek 17. člena Akta o ustanovitvi in delu Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu (v nadaljevanju Akt)).¹

Varuh odloča o sporih med strankami in zavarovalnicami, do katerih pride zaradi nespoštovanja Zavarovalnega kodeksa (v nadaljevanju Kodeks)² ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke. S spremembo Kodeksa z dne 14. 3. 2023 se je pristojnost varuha razširila tudi na odločitve o sporih med zavarovalnicami, do katerih je prišlo zaradi nespoštovanja Kodeksa. Odloča torej o korektnosti postopka in ustreznosti obrazložitve, ki jo poda zavarovalnica o svoji odločitvi. Varuh ne obravnava sporov iz zavarovalnih, odškodninskih in drugih razmerij, ki bi glede na svoj pravni značaj in vsebino sodili v pristojnost odločanja sodišča (drugi odstavek 8. člena Akta).

Varuh o svojem delu, pristojnostih in ugotovitvah obvešča javnost (četrti odstavek 17. člena Akta).

¹ Akt o ustanovitvi in delu Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu je bil spremenjen 14. 3. 2023.

² Zavarovalni kodeks je bil spremenjen 14. 3. 2023

2. ŠTEVILO ZADEV

V letu 2024 je bilo vloženih 67 pritožb, kar je 46,66 % zadev več kot v letu 2023, ko je bilo vloženih 44 pritožb, in kar 123 % več kot v letu 2022, ko je bilo vloženih 30 pritožb. To pomeni, da se je v dveh letih pripad zadev več kot podvojil.

V 5ih zadevah v času priprave tega poročila še nisem odločala, ker je bilo potrebno pridobiti dodatno gradivo oziroma dopolnitve vlog pritožnika ali zavarovalnice.

67 pritožb je bilo vloženih zoper 10 zavarovalnic. Slovensko zavarovalno združenje trenutno šteje 24 članic. Pritožbe so bile vložene v postopkih pri naslednjih zavarovalnicah:

1) Generali zavarovalnica d.d.	13
2) Zavarovalnica Triglav d.d.	22
3) Grawe zavarovalnica d.d.	8
4) Allianz zaavrovalnica, zavarovalna podružnica	6
5) Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.	1
6) Vzajemna, d.v.z.	2
7) Merkur zavarovalnica d.d.	5
8) Zavarovalnica Sava d.d.	8
9) Porsche Versicherungs AG, Podružnica v Sloveniji	1
10) Wiener staedtische zavarovalnica, Podružnica v Sloveniji	1
Skupaj	67

V primeru pritožbe zoper Porsche Versicherungs AG, Podružnico v Sloveniji sem ugotovila, da nisem pristojna za odločanje, ker ta zavarovalnica ni članica Slovenskega zavarovalnega združenja.

3. STRUKTURA ODLOČITEV

V petih primerih sem ugotovila, da je zavarovalnica kršila Zavarovalni kodeks ali druge dobre poslovne običaje v zavarovalništvu. V štirih primerih je bila kršitev ugotovljena v postopku pri Zavarovalnici Triglav d.d., v enem primeru pa v postopku pri Generali zavarovalnici d.d..

V eni zadevi je pritožnik umaknil pritožbo pred odločanjem varuha, ker je sprejel poravnalno ponudbo, ki mu jo je posredovala zavarovalnica.

V petih zadevah so bile pritožbe vložene preuranjeno, ker ni bila izpolnjena procesna predpostavka, to je opravljeno predhodno odločanje v internem pritožbenem postopku zavarovalnice.

V preostalih zadevah, prejetih v letu 2024, ni bilo ugotovljenih kršitev. Te zadeve glede na vsebino pritožb lahko razdelimo na naslednje sklope:

- pritožbe s področja sklenitve oziroma prekinitve zavarovanja - 18,
- pritožbe s področja prometa, - 17,
- pritožbe s področja škode na stanovanjskih objektih - 8,
- pritožbe s področja škode zaradi poplav, viharja ali toče - 3,
- pritožbe s področja odškodnine zaradi telesnih poškodb - 2,
- pritožbe s področja zavarovanja potovanja v tujino - 3,
- pritožbe s področja škode na mobilnem telefonu - 1.

4. KRŠITVE

V letu 2024 sem ugotovila pet kršitev Zavarovalnega kodeksa ali drugih dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu. V dveh primerih sta bili pritožbi vloženi v letu 2023, v preostalih treh primerih pa v letu 2024.

4.1. Prva kršitev

V prvem primeru je bila storjena kršitev 4.2. člena Zavarovalnega kodeksa, ker zavarovalnica v internem postopku za obravnavanje pritožb ni zagotovila minimalnih standardov, ker pritožbe stranke ni obravnavala v skladu z načelom pravičnosti, enakosti, preprečevanja nasprotja interesov in sorazmernosti, poleg tega pa obrazloženi odgovori zavarovalnice niso bili dovolj razumljivi.

Pritožnica je v pritožbi zatrjevala, da njeno vozilo, ki naj bi ga v času škodnega dogodka vozil njen partner, sploh ni bilo udeleženo v škodnem dogodku (prometni nesreči), ampak je tako zgolj zatrjeval oškodovanec, s katerim sta v različnih sporih. Zavarovalnica je prvo informacijo o škodnem dogodku prejela s strani oškodovanca in nato pritožnici poslala obrazec za prijavo škodnega dogodka, ki je pisno zavrnila odgovornost. V osmih dneh od škodnega dogodka je zavarovalnica že razpolagala z informacijo, da so si izjave domnevnih udeležencev nasprotujoče. Kljub temu se zavarovalnica ni odločila za pregled vozila pritožnice, zato sem ocenila, da postopek obravnave ni bil enak in pravičen za obe udeleženi stranki.

Glede obrazložitve pa sem ocenila, da zavarovalnica ni ustrezno obrazložila, zakaj je kljub ustavitvi postopka o prekršku zoper storilca (pritožničinega partnerja) odločila, da vztraja pri regresnem zahtevku zoper pritožnico. Poleg tega se ni zadostno opredelila do izvedenčeve ugotovitve, da ni mogoče z gotovostjo potrditi, da sta bili obravnavani vozili v medsebojnem kontaktu, niti se ni opredelila do navedb pritožnice, da sta z oškodovancem v različnih sporih.

V tem postopku sem opravila obravnavo, ki so se je udeležili predstavniki zavarovalnice, pritožnica, njen partner in pooblaščenec. Ocenila sem, da je izvedba obravnave smiselna in nujna za moje odločanje. Ker tudi na obravnavi pri varuhu zavarovalnica ni dopolnila svoje obrazložitve in ni odpravila

izpostavljenih nejasnosti oziroma neustrezne opredelitve do nasprotujočih si ugotovitev v postopku, sem ocenila, da je zavarovalnica kršila Zavarovalni kodeks.

4.2. Druga kršitev

Tudi v drugem primeru je bila storjena kršitev 4.2. člena Zavarovalnega kodeksa, ker zavarovalnica v internem postopku za obravnavanje pritožb ni zagotovila minimalnih standardov, ker pritožbe stranke ni obravnavala v skladu z načelom pravičnosti, enakosti, preprečevanja nasprotja interesov in sorazmernosti, poleg tega pa obrazloženi odgovori zavarovalnice niso bili dovolj razumljivi.

Pritožnik je uveljavljal škodo na svojem stanovanjskem objektu zaradi poplave z dne 4. 8. 2023. Zavarovalnica mu je v celoti priznala škodo iz naslova poplave in meteorne vode, iz naslova stroškov čiščenja pa mu je priznala le 2.500,00 eur, čeprav je zavarovalna vsota znašala 11.200,00 eur. Nekorektnost postopka pri zavarovalnici je bila ugotovljena v naslednjem:

- zavarovalnica se po prejemu pritožbe kljub zavrnitvi dela zahtevka ni odločila za ogled škode,
- ogleda škode ni opravila niti na podlagi navedb, da hiša ni primerna za bivanje,
- ogled je bil opravljen šele po več kot osmih mesecih od poplave in po začetku postopka pri varuhu,
- od ogleda do poravnalne ponudbe so pretekli nadaljnji štirje meseci,
- od podpisa pritožnika do nakazila so pretekli nadaljnji trije meseci,
- od oddaje odškodninskega zahtevka do izplačila je preteklo eno leto, trije meseci in petnajst dni.

Ugotovila sem, da je postopek pri zavarovalnici potekal nedopustno dolgo, zavarovalnica pritožnikovega zahtevka ni obravnavala pravično, ampak ga je obravnavala neenako z drugimi strankami. Do dolgotrajnega postopka in neenake obravnave pri zavarovalnici je prišlo kljub temu, da je bila zavarovalnica seznanjena, da je to stalno in edino prebivališče pritožnika, hiša pa po poplavah ni bila primerna za bivanje.

Glede obrazložitve pa sem ugotovila, da zavarovalnica v svoji prvi odločitvi spornega dela stroškov za čiščenje ni obrazložila. Pritožbena komisija pri zavarovalnici se do navedb pritožnika glede čiščenja ni opredelila. Prva opredelitev zavarovalnice o pritožnikovih navedbah je razvidna šele iz odgovora zavarovalnice varuhu, iz katere je razvidno, da je zavarovalnica navedla, da so pritožnikove navedbe o čiščenju po izkušnjah sodeč in po strokovnem mnenju cenilne službe močno pretirane. Take navedbe sem ocenila kot pavšalne, ki ne nudijo jasnega odgovora. Strokovnega mnenja cenilne službe zavarovalnica ni predložila in iz njenega odgovora ni jasno, kaj točno je pritožniku priznala in kaj mu je zavrnila.

Opozoriti velja tudi na to, da je zavarovalnica samo v tem primeru od pritožnika zahtevala predložitev računov za čiščenje po poplavah. To dejstvo izpostavljam zato, ker je bil odziv tako Slovenskega zavarovalnega združenja kot tudi zavarovalnice neposredno po poplavah v avgustu 2023 jasen, da za stroške čiščenja in odstranjevanja posledic zavarovalnice ne bodo zahtevale računov.

Priporočilo:

Zavarovalnici je bilo naloženo, naj pripravi ustrezen obrazložitev obsega priznane zavarovalnine za stroške čiščenja.

4.3. Tretja kršitev

V tretjem primeru je zavarovalnica prekršila osnovno načelo Zavarovalnjega kodeksa in sicer varovanje ugleda.

Pritožnik je vložil odškodninski zahtevek zaradi hude telesne poškodbe, ki jo je utrpel na domu znanca. Zavarovalnica je njegov pritožbeni zahtevek zavrnila, pritožbena komisija pri zavarovalnici pa je zavrnila pritožnikovo pritožbo. Po zaključenem postopku zavarovalnica pritožniku ni vrnila predmetov, ki jih je priložil pritožbi. Tega ni storila niti takrat, ko jo je pritožnik pozval, naj mu predmete vrne. Kasneje je zavarovalnica kot razlog, da predmetov ni vrnila, navedla, da pritožnikovi pozivi niso bili pravilno vneseni v elektronski spis. Kot nadaljnji razlog za odlašanje vrnitve pritožnikovih predmetov pa je bil ta, da sodelavka, ki je njegov primer obravnavala, ni bila seznanjena s pritožnikovim zahtevkom za vrnitev predmetov, potem pa je bila v bolniškem staležu.

Zavarovalnica mora imeti svoje delo organizirano tako, da vloge strank pravilno uvršča v svoje spise. Delo na spisih mora potekati tekoče tudi takrat, ko je zaposleni, ki zadevo obravnava, bolniško odsoten.

V primeru storjene napake je korektno, da se zavarovalnica pritožniku opraviči za storjeno napako, česar v tej zadevi nisem zasledila. Ugotovila sem kršitev ugleda, ki zahteva, da mora zavarovalnica od vseh svojih redno zaposlenih in pogodbeno vezanih zavarovalniških delavcev zahtevati profesionalen odnos do dela in zagotoviti ustrežno raven strokovnega znanja pri prevzemanju rizika, oceni škod in njihovem obravnavanju in izvrševanju ostalih obveznosti, ki izhajajo iz zavarovalniških poslov.

4.4. Četrta kršitev

V četrtem primeru je zavarovalnica kršila Zavarovalni kodeks v poglavju: Odnos zavarovalnice do stranke in sicer 3.2 točko: Nedopustna ravnanja, tretja alineja, zavlačevanje postopka obravnavanja škode.

Pritožnik je dne 13. 7. 2023 utrpel škodo na strehi stanovanjskega objekta, dne 20. 7. 2023 je škodo prijavil zavarovalnici, predlog poravnave pa je prejel šele dne 31. 1. 2024. Zavarovalnica je pojasnila, da je dne 28. 7. 2023 odposlala poravnavo, vendar je kasneje ugotovila, da poravnava ni bila poslana iz sistema. Po ponovnem pregledu je zavarovalnica odkrila napako v obračunu in pritožnika pozvala k dopolnitvi. Ko je pritožnik svoj zahtevek dopolnil, je zavarovalnica še vedno potrebovala pet mesecev, da mu je poslala poravnalno ponudbo. To je storila dva tedna po tem, ko je pritožnik vložil pritožbo pri varuhu. Pritožnikovo dopolnitev je zavarovalnica spregledala v kopici sporočil v tistem obdobju.

Zavarovalnici so se zgodile kar tri napake v enem postopku, najprej ni poslala poravnalne ponudbe, nato je odkrila napako v obračunu in nazadnje spregledala pritožnikovo dopolnitev zahtevka. Ta

skupek napak v enem postopku ni postopanje zavarovalnice, ki ga je moč tolerirati, ampak predstavlja zavlačevanje postopka obravnavanja škode.

Priporočilo:

Zavarovalnico sem opozorila na 943. člen Obligacijskega zakonika, ki določa rok, v katerem mora zavarovalnica izplačati odškodnino. Glede na to, da je pritožnik poravnalno ponudbo sprejel, priporočila zavarovalnici za odpravo škode nisem izdala.

4.5. Peta kršitev

V petem primeru je zavarovalnica kršila Zavarovalni kodeks in druge dobre poslovne običaje v zavarovalništvu, ker v internem postopku za obravnavanje pritožb ni zagotovila minimalnih standardov, ker pritožnične pritožbe ni obravnavala pravočasno in ji ni podala končnega odgovora v okviru skrajnega roka 30 oziroma 42 dni, prekoračitve navedenega roka pa ji ni pisno najavila in ni navedla vzrokov za zamudo. S tem je storila kršitev 4.2. člena Zavarovalnega kodeksa.

Pritožnici se je pri prenovi lžanske ceste v Ljubljani dne 21. 11. 2023 delovni stroj prevrnil na hišo in jo močno poškodoval. Zaradi tega dogodka, ki je predmet njene pritožbe, pritožnica od tedaj dalje živi v nevzdržnih razmerah in strahu, njeno zdravstveno stanje se poslabšuje. Glede na to, da je predmet škodnega dogodka hiša, v kateri pritožnica živi, je pričakovati, da bo zavarovalnica v takem primeru postopala s še večjo skrbnostjo kot v primerih, ki niso življenjsko ogrožajoči.

Za obdobje od vložitve zahtevka dne 23. 11. 2023 do odločitve pritožbene komisije dne 20. 9. 2024 ugotavljam, da je zavarovalnica aktivno reševala škodni primer. Reševanje škodnega primera pri zavarovalnici oziroma obravnavanje pritožbe v internem postopku pri zavarovalnici po odločitvi pritožbene komisije z dne 20. 9. 2024 pa je potekalo nedopustno dolgo. 4.2. člen Zavarovalnega kodeksa določa standarde za obravnavanje pritožb v zavarovalnici. V 6. odstavku tega člena so določeni minimalni standardi, ki jih mora zavarovalnica zagotoviti v internem postopku za obravnavanje pritožb. Med minimalnimi standardi je določeno tudi, da je skrajni rok za končni odgovor na pritožbo stranke 30 dni in primeru dvostopenjskega postopka 42 dni, morebitno prekoračitev navedenega roka pa mora zavarovalnica pisno najaviti stranki in navesti vzroke za zamudo. V obrazložitvi odločitve pritožbene komisije je zavarovalnica zapisala:

V zvezi z očitano nejasnostjo zavarovalne ponudbe pritožbena komisija ugotavlja, da dejansko ni razvidno, kaj je vsebina ponudbe. V tem delu je pritožbena komisija mnenja, da je vaša pritožba v tem delu utemeljena. Glede na strokovno mnenje, ki vam je bilo posredovano, je razvidno, da se ponudba nanaša le na materialno škodo na objektu, kot posledica škodnega dogodka. Pritožbena komisija bo pozvala cenilno službo, da pregleda tudi ostali del zahtevka in predložene račune ter da se do le-teh opredeli.

Glede na te navedbe je povsem logično, da je pritožnica pričakovala, da bo pritožbena komisija tudi storila to, kar je v obrazložitvi zapisala, torej da bo pozvala cenilno službo, da pregleda tudi ostali del zahtevka in predložene račune ter da se do le-teh opredeli. Pritožbena komisija tega ni storila, zato se cenilna služba do preostalega dela zahtevka ni opredelila vse do dne 20. 1. 2025, ko je to storila v

Dopolnitvi odgovora na podlagi poziva Varuhinje dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu z dne 20. 1. 2025. Zavarovalnica je s tem, ko pritožnici ni pravočasno podala končnega odgovora o tem, v kakšnem obsegu bo ugodila njenemu zahtevku, storila kršitev Zavarovalnega kodeksa.

Zavarovalnica se je v svoji dopolnitvi odgovora sicer opravičila za tako dolgotrajen postopek, saj je uvidela, da komunikacija med pritožbeno komisijo in cenilno službo ni bila učinkovita, sicer postopek ne bi trajal tako dolgo. Ugotovljeno je bilo namreč, da se je elektronska komunikacija med notranjima službama izgubila. Opravičilo zavarovalnice je na mestu, vendar ne prepreči ugotovitve kršitve. V primerih, ki so življenjskega pomena za stranko, kar urejeno bivališče nedvomno je, je še posebej pomembno, da zavarovalnica postopa z največjo možno skrbnostjo in stremi k čimprejšnji rešitvi škodnega zahtevka. Zato je v takem primeru zelo neprimerno in nekorektno, da se zaradi neučinkovite notranje komunikacije med dvema notranjima službama zavarovalnice postopek reševanja odškodninskega zahtevka podaljša kar za 4 mesece.

Priporočilo:

Na podlagi 15. člena Akta o ustanovitvi in delu varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu sem zavarovalnici naložila, **da naj vzpostavi ustrezne mehanizme notranje kontrole za učinkovito komunikacijo med med notranjimi službami zavarovalnice.**

5. VSEBINA PRITOŽB V POSTOPKIH BREZ KRŠITVE

5.1. Pritožbe s področja sklenitve oziroma prekinitve zavarovanja

Pritožbe s področja sklenitve oziroma prekinitve zavarovanja so se pojavljale že v preteklih letih, v letu 2024 pa je število s tega področja izrazito poraslo. Iz vsebine pritožb je razvidno, da pritožniki pogosto niso seznanjeni z zakonskimi določili o trajanju zavarovanja, konkretnije z določilom 946. členom Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631). Zavarovalne pogodbe so lahko sklenjene za različna časovna obdobja in zato so tudi pogoji za odstop od zavarovalnih pogodb različni. V nekaj pritožbah so pritožniki očitali zavarovalnicam, da nastopajo s pozicije močnejše stranke, ko ne prekinejo zavarovanja v skladu s predlogom pritožnika, kar ni utemeljen očitek ampak upoštevanje veljavne zakonodaje.

V eni zadevi je pritožnik sklenil novo zavarovanje, za katerega je plačal premijo ob sklenitvi, pa je kljub temu dobil dva opomina za plačilo premije po prej veljavnem zavarovanju. Zavarovalnica je svojo napako priznala, pojasnila, da je do tega prišlo zaradi administrativne napake in se je pritožniku opravičila.

V več zadevah so se stranke pritoževale zaradi neprimernih ravnanj zavarovalnih zastopnikov. V eni zadevi pritožnik ni mogel podaljšati zavarovanja zaradi neodzivnosti zastopnika. Zavarovalnica je pojasnila, da zavarovanje v tem primeru ni prenehalo, ker je bilo sklenjeno brez poteka. Pritožniku se je opravičila in mu ponudila popust pri naslednjem plačilu letne premije. V dveh primerih sta pritožnika zatrjevala, da jima je zavarovalni agent predstavil zavarovanje Specialisti+, sklenil pa jima je zavarovanje Specialisti, ki nudi manj storitev. Zavarovalnica je opravila poizvedbe pri zavarovalnem

agentu in ugotovila, da so jima bili vrste in pogoji zavarovanj ustrezno predstavljeni. V enem primeru je pritožnik zatrjeval, da mu je zavarovalna agentka podtaknila zavarovalno pogodbo za drugo zavarovalnico. Zavarovalnica je takoj, ko je bila seznanjena s pritožbo, ukrepala, ugodila zahtevku za prekinitev zavarovanja in vrnila plačane premije. Tudi pritožnikoma, ki sta zatrjevala, da sta bila zavedena s strani zavarovalnega agenta pri sklenitvi zavarovanja Moje zdravje, je zavarovalnica po treh mesecih od sklenitve ugodila zahtevku in zavarovanje prekinila z dnem sklenitve ter vrnila plačane premije.

5.2. Pritožbe s področja prometa

Med pritožbami s področja prometa, katerih število je v letu 2024 prav tako zelo poraslo, se večina pritožb nanaša na poškodbe vozil, dve pritožbi pa se nanašata na uveljavljanje škode na plovilih. Večji del pritožb v tem sklopu vsebuje nezadovoljstvo pritožnikov, ker zavarovalnice niso ugodile njihovim zahtevkom ali pa niso ugodile zahtevkom v takem obsegu, kot so pritožniki zahtevali oziroma pričakovali.

En primer je bil še posebej tragičen. Pritožnica je zatrjevala zavarovalniško prevaro. Prišlo je do trka dveh vozil na parkirišču pred stanovanjskim blokom. Mama pritožnice se je pripeljala na dvorišče, domnevni oškodovanec je zatrjeval, da je s svojim vozilom poškodovala njegovo vozilo, med postopkom se ji je začelo vrteti, bolela jo je glava, po postopku je padla v komo in naslednjega dne v celjski bolnišnici umrla zaradi možganske krvavitve. Zavarovalnica je opravila raziskavo suma prevare, vendar prevare ni ugotovila, ravnanja policije v postopku pa tudi po moji oceni zavarovalnica ne more in ne sme presojati.

V primeru, v katerem je pritožnica uveljavljala škodo, ki jo je utrpela v prometni nezgodi, je pritožnica zatrjevala prepočasno odločanje zavarovalnice. Ugotovljeno je bilo, da je zavarovalnica ves čas izvajala aktivnosti v smeri rešitve zahtevka. Velja izpostaviti, da zavarovalnica pri svojem odločanju ni vezana niti na odločitev sodišča niti na odločitev druge zavarovalnice. To pomeni, da zavarovalnice pogosto dodatno pridobivajo gradivo in angažirajo izvedence, kar nedvomno lahko podaljša postopek pri zavarovalnici.

V enem primeru je pritožnik uveljavljal nadomestilo škode za izdelavo novega avtomobilskega ključa, ker je ključ izgubil. Zavarovalnica je pojasnila, da škode v primeru izgube avtomobilskih ključev niti po zavarovalni pogodbi niti po splošnih pogojih zavarovanja ne krije.

V enem primeru je zavarovalnica zavrnila zahtevek za povrnitev škode na vozilu, ker je ugotovila, da pritožnik ni plačal premije prej, preden se je zgodil škodni dogodek.

Zavarovalnica je v enem primeru ugotovila, da je pritožnik identične poškodbe na svojem vozilu prijavil že pri drugi zavarovalnici, zato je njegov zahtevek zavrnila.

V obeh primerih uveljavljanja škode na plovilih je zavarovalnica zahtevka pritožnikov zavrnila. Oba pritožnika sta v pritožbah izpostavila, da se ne strinjata z vsebinsko odločitvijo zavarovalnic, kar ni v pristožnosti varuha.

5.3. Pritožbe s področja škode na stanovanjskih objektih

Tudi v sklopu pritožb s področja škode na stanovanjskih objektih je v letu 2024 prišlo do porasta. Škoda, ki jo pritožniki uveljavljajo na stanovanjskih objektih, je za pritožnike posebnega pomena, saj jim pogosto poslabša ali onemogoči bivanje v prizadetih objektih, ki so nemalokrat njihovo edino prebivališče.

V treh primerih so pritožniki uveljavljali škodo zaradi vdora vode ali fekalij v njihov stanovanjski prostor. V vseh treh primerih je zavarovalnica aktivno pristopila k reševanju zahtevka, vsi trije zahtevki so bili sicer zavrjnjeni, vendar sem v vseh treh zadevah ugotovila, da je zavarovalnica svojo vsebinsko odločitev ustrezno obrazložila.

5.4. Pritožbe s področja škode zaradi poplav, viharja ali toče

Tudi v tem sklopu je najpogostejši razlog pritožb nezadovoljstvo pritožnikov z vsebinsko odločitvijo zavarovalnice.

Pritožbe glede odškodninskih zahtevkov zaradi obsežnih poplav, ki so Slovenijo doletele dne 4. 8. 2023, so bile večinoma vložene že v letu 2023. V letu 2024 je bil vložena ena pritožba, v kateri je pritožnik uveljavljal škodo zaradi poplav v oktobru 2023 na istem objektu, kot jo je uveljavljal že zaradi poplave z dne 4. 8. 2023. Zavarovalnica je njegovemu prvemu zahtevku v celoti ugodila (priznala mu je celo stroške čiščenja v celoti), drugi zahtevek pa je zavrnila zato, ker je ocenila, da ni mogoče jasno razmejiti, kaj je bilo po prvi poplavi sanirano in kaj ne. Obrazložitev sem ocenila kot ustrezno.

Podoben primer je bil tudi pri uveljavljanju škode zaradi viharja, v katerem je zavarovalnica pritožniku po prvem škodnem dogodku škodo povrnila, po drugem pa ne. Razlog za zavrnitev drugega zahtevka je bil ta, da pritožnik ni predložil ustreznih dokazil. Tudi v tem primeru je bila obrazložitev zavarovalnice ustrezna in zadostna.

5.5. Pritožbe s področja odškodnine zaradi telesnih poškodb

V obeh primerih, v katerih sta pritožnika uveljavljala škodo zaradi telesnih poškodb, je škoda nastala zaradi zdrsa pritožnika pri hoji in padca. V prvem primeru se je pritožnik spotaknil ob pano pred knjižnico, padel in se poškodoval. Zavarovalnica je njegov odškodninski zahtevek zavrnila, kar je tudi ustrezno obrazložila. V drugem primeru pa je pritožnik zdrsnil na mokrih in spolzkih tleh v toplicah, zavarovalnica je njegovemu zahtevku ugodila v celoti. V obeh primerih sem ocenila, da sta postopka pri zavarovalnici potekala korektno.

5.6. Pritožbe s področja zavarovanja potovanja v tujino

V prvem primeru s tega področja je pritožnik zavarovalnici poslal zahtevek za izplačilo finančne pomoči v višini 3.000,00 EUR, ker so mu na Filipinih ukradli denarnico. Zavarovalnica je zahtevala dokazila o izgubi denarnice in ko jih je pritožnik po pooblaščenju predložil, je finančno pomoč takoj izplačala. Ocenila sem, da je zavarovalnica postopala hitro in korektno.

V drugem primeru pa je pritožnica vplačala križarjenje, ki se ga zaradi bolezni ni mogla udeležiti. Zavarovalnica ji je v manj kot mesecu dni nakazala nesporni del zavarovalnine, ni pa ji povrnila plačane obvezne napitnine za osebje in pristaniških taks. Zavarovalnica je postopek speljala hitro in korektno, svojo odločitev je tudi ustrezno obrazložila.

V tretjem primeru pa je pritožnik v avgustu 2024 na potovanju v ZDA utrpel dva različna zdravstvena dogodka, najprej je imel težave z dihanjem, potem pa je utrpel še poškodbo gležnja. Zavarovalnica je njegov zahtevek zavrnila, ker je do potrebe po zdravstvenih storitvah prišlo pri izvajanju aktivnosti trekinga na nadmorski višini nad 3.000 m, kar predstavlja izključitev obveznosti zavarovalnice izplačati zavarovanino, ker ob sklenitvi ni bilo dogovorjeno doplačilo na premijo. Ocenila sem, da je bil postopek pri zavarovalnici korekten, obrazložitev pa ustrezna in razumljiva.

5.7. Pritožbe s področja škode na mobilnem telefonu

Pritožnik je podal prijavo škode na svojem mobilnem telefonu. Zavarovalnica je poskrbela za popravilo telefona na pooblaščenem servisu, nato pa telefona pritožniku ni mogel vročiti niti pooblaščen servis niti zavarovalnica. Ocenila sem, da je zavarovalnica postopala korektno in pritožniku ustrezno pojasnila vse okoliščine.

6. POSTOPEK

6.1. Pridobivanje dokumentacije

Vsaka prispela pritožba se najprej preizkusi, ali vsebuje vse podatke o pritožniku, ali je podpisana, ali vsebuje zahtevek in dejstva, na katerih temelji, ter dokaze, s katerimi se ta dejstva ugotavljajo. Če pritožba ni jasna in razumljiva, se pritožnika pozove k dopolnitvi z navodilom, kako mora svojo pritožbo dopolniti. V letu 2024 je bilo potrebno pritožnike parkrat pozvati k dopolnitvi pritožb. Če pritožnik pošlje samo kopije korespondence z zavarovalnico, vsebina njene pritožbe ni jasna, zato se pritožnika v takem primeru pozove k dopolnitvi pritožbe.

Skladno s 1. odstavkom 12. člena Akta je vsaka pritožba stranke takoj po prejemu poslana zavarovalnici v odgovor. Zavarovalnice običajno svoje odgovore pošljejo v predpisanem roku 15 dni. V parih primerih je bilo potrebno zavarovalnice pozvati k dodatnim pojasnilom.

Odgovor zavarovalnice se pošlje stranki takoj, ko ga varuh prejme in pred sprejemom odločitve pri varuhu. Stranke se vedno pogosteje odzovejo na odgovore zavarovalnic, kar pogosto dodatno pripomore k razjasnitvi stanja.

V enem primeru je bila zaradi nejasnega dejanskega stanja opravljena obravnava, ki so se je udeležili pritožnica s pooblaščenecem in predstavnik zavarovalnice.

6.2. Obrazložitev odločitve

Veliko število pritožb je vloženi zaradi nezadovoljstva pritožnikov z vsebinsko odločitvijo zavarovalnice. Pritožba glede (ne)odobritve odškodninskega zahtevka je vsebinska odločitev, ki ne sodi v pristojnost varuha, ampak je lahko le predmet presoje na sodišču, kar je v večini odločitev pritožnikom tudi sporočeno.

V večini odločitev je pritožnikom tudi pojasnjeno, da varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu ne obravnava sporov iz zavarovalnih, odškodninskih in drugih razmerij, ki bi glede na svoj pravni značaj in vsebino sodili v pristojnost odločanja sodišča (drugi odstavek 8. člena Akta o ustanovitvi in delu Varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, Ljubljana, 14. 3. 2023 - v nadaljevanju Akta). To pomeni, da ne odloča o vsebini, ampak le o korektnosti postopka, v katerem je zavarovalnica odločala o zahtevku zavarovanca. Stranka mora na vsako pisno pritožbo prejeti pisen, obrazložen odgovor zavarovalnice. Končni odgovor pa mora zavarovalnica stranki poslati v pisni obliki s priporočeno pošto, vsebovati pa mora tudi pravni pouk o možnosti nadaljevanja postopka v okviru obstoječega mehanizma za izvensodno reševanje sporov (šesti odstavek 4.2 člena Zavarovalnega kodeksa).

V vseh primerih ne glede na vsebino pritožbe je bila preverjena korektnost postopka, v katerem je zavarovalnica odločala o zahtevku, in ustreznost obrazložitve, ki jo je podala zavarovalnica o svoji odločitvi.

Zahteva po obrazloženosti je pogosto na meji z odločanjem o vsebini spora. To se zgodi posebej takrat, ko pritožniki vztrajajo, da gre za kršitev dobrih poslovnih običajev zgolj zato, ker njihovem zahtevku ni bilo ugodeno. Tudi v letu 2024 sem v takšnih primerih strankam pojasnila, da zavrnitev zahtevka oz. pritožbe sama po sebi ne pomeni kršitev Zavarovalnega kodeksa in drugih dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

6.3. Korektnost postopka in ustreznost obrazložitve

V letu 2024 je bilo ugotovljenih pet kršitev Zavarovalnega kodeksa in drugih dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu. To je bistveno več kot v preteklih letih, vendar je potrebno poudariti, da se je pripad zadev pri varuhu v zadnjih dveh letih več kot podvojil, v letu 2024 je bilo prejetih 67 pritožb, delež ugotovljenih kršitev je torej približno 7,5 %.

V vseh petih kršitvah je bila ugotovljena nekorektnost postopka pri zavarovalnici, v nekaterih pa tudi neustreznost obrazložitve. Vseh pet primerov kršitev je podrobno analiziranih v točki 4. tega poročila

zato v izogib ponavljanju na tem mestu izpostavljam, da je zelo pomembno, da zavarovalnice vedno znova izpopolnjujejo svoja interna pravila za obravnavo pritožb strank, sledljivost dokumentov, administrativno vodenje in arhiviranje vlog strank, kominukacijo med posameznimi oddelki zavarovalnice, kar vse lahko prepreči kršitve Zavarovalnega kodeksa zaradi nekorektno vodenih postopkov.

Tudi glede obrazložitve odločitev zavarovalnic izpostavljam, da je pomembno, da zavarovalnice v primerih, ko ne ugodijo zahtevkom strank v celoti, jasno, razumljivo, argumentirano in dovolj obsežno obrazložijo zavrnen oziroma delno zavrnen zahtevek, kar lahko prepreči kršitve Zavarovalnega kodeksa.

V večini primerov, ki so bili predmet pritožb pri varuhu v letu 2024, pa so zavarovalnice korektno vodile postopke, v katerih so odločale o zahtevkih strank. V nekaterih primerih je prišlo do krajših zastojev, za katere so se zavarovalnice pritožnikom opravičile, ker sem ocenila kot zelo korektno.

Glede obrazložitve ocenjujem, da zavarovalnice v večini primerov stranki argumentirano obrazložijo svojo odločitev vsaj v pritožbenem postopku, nekajkrat pa so svoje odločitve dodatno argumentirale tudi v odgovoru na pritožbo pri varuhu.

6.4. Pravni pouk

Zavarovalnice so večinoma izpopolnile svoje pravne pouke, vendar je glede na veliko število pritožb zoper vsebinsko odločitev zavarovalnice še vedno na mestu opozorilo, da naj zavarovalnice v svojih dokončnih odločitvah, to je v odločitvah pritožbenih komisij, svoje pravne pouke oblikujejo tako, da bo strankam jasno, v katerih primerih se je smiselno obrniti na varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu in kateri so tisti primeri, ki sodijo v pristojnost sodišča.

7. DOBRE PRAKSE

Kljub ugotovljenim petim kršitvam Zavarovalnega kodeksa in drugih dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, je potrebno izpostaviti več dobrih praks. Iz pritožb, ki so bile prejete v letu 2024 je razbrati, da zavarovalnice v večini primerov hitro postopajo, strankam odgovarjajo na njihova vprašanja in poizvedbe ter svoje odločitve vsebinsko pojasnjujejo.

7.1. Opravičilo zavarovalnice

Izpostavljam dva primera, v katerih je zavarovalnica ugotovila, da je storila napako, za katero se je pritožniku opravičila. V prvem primeru pritožnik ni uspel pravočasno podaljšati zavarovalnja zaradi neodzivnosti zavarovalnice, vendar zavarovanje zaradi tega ni prenehalo, zavarovalnica pa je pritožniku zaradi tega ponudila popust pri naslednjem plačilu letne premije.

V drugem primeru je zavarovalnica pritožniku poslala dva opomina zaradi neplačane premije, čeprav je pritožnik premijo plačal, za kar se mu je zavarovalnica opravičila tako v postopku pri zavarovalnici kot tudi v postopku pri varuhu.

7.2. Prekinitev zavarovanja

V enem primeru je bila pritožnica s strani zavarovalnice obveščena o preoblikovanju nezgodnega zavarovanja. Po elektronski pošti je sporočila, da se s preoblikovanjem ne strinja in da prekinja zavarovanje. Zavarovalnica je želela preveriti njeno identiteto, zato ji je na elektronski naslov poslala Obrazec za prekinitev zavarovanja, ki ga pritožnica ni nikoli izpolnila, zavrnila pa je plačilo premije. Kljub ponovnemu pozivu k izpolnitvi obrazca zavarovalnica ni vztrajala, ampak je prekinila zavarovanje tako, kot je pritožnica želela, kljub temu, da pritožnica svoje želje ni izrazila v obliki, ki jo je predvidevala zavarovalnica.

7.3. Sprejemanje odgovornosti za delo zavarovalnih zastopnikov

V primeru, v katerem je pritožnik zatrjeval, da je bil zaveden s strani zavarovalnega zastopnika in je zavarovanje želel po treh mesecih prekiniti, je zavarovalnica ugodila zahtevku pritožnika in zavarovanje prekinila z dnem sklenitve ter preplačilo vrnila pritožniku. Tako reakcijo zavarovalnice ocenjujem kot dobro prakso zato, ker je k rešitvi primera pristopila življenjsko in ne zgolj po predpisanem postopku.

Prav tako zavarovalnica ni vztrajala pri sklenjenem zavarovanju v primeru, ko je pritožnik zatrjeval, da mu je zavarovalna agentka podtaknila zavarovanje pri drugi zavarovalnici. Tudi v tem primeru je zavarovalnica prekinila zavarovanje z dnem sklenitve in pritožniku vrnila plačane premije.

7.4. Hitrost postopkov pri zavarovalnicah

Zavarovalnice so v letu 2024 v večini primerov odločale hitro. Izjema so primeri, v katerih so bile ugotovljene kršitve, kar je pojasnjeno v točki 4. tega poročila. Poleg tega je bila v nekaterih primerih izpostavljena neodzivnost zavarovalnic, vendar je bilo v vseh teh primerih ugotovljeno, da so obstajali objektivni razlogi za daljše trajanje postopka, zavarovalnice pa so v tem času izvajale aktivnosti, ki so pripomogle k odločitvi o zahtevku.

7.5. Komuniciranje zavarovalnic s strankami

Tako iz prilog, ki so jih stranke priložile svojim pritožbam, kot tudi iz dokumentacije, ki so jo zavarovalnice priložile svojim odgovorom, je razvidno, da zavarovalnice v večini primerov strankam odgovarjajo hitro in razumljivo. Potrjujejo prejeme vlog strank, napovedujejo čas, v katerem bodo sprejele svojo odločitev o zahtevku stranke, obveščajo stranke o aktivnostih, ki jih izvajajo, da bodo lahko sprejele odločitev in odgovarjajo na vprašanja strank. Menim, da je komunikacija zavarovalnic s strankami zelo dobra.

8. SKLEPNO

Za leto 2024 najprej ugotavljam, da zavarovalnice tako kot v preteklih letih še vedno dobro sodelujejo z varuhom. Svoje odgovore pošiljajo večinoma pravočasno in z ustreznimi dokazili. Ustrezno se odzivajo tudi na pozive za dopolnitev svojih odgovorov v primerih, ko je bilo to potrebno. V zadevi pritožnice, v kateri je bila v letu 2024 na podlagi 14. člena Akta o ustanovitvi in delu varuha dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu sklicana obravnava, se je zavarovalnica odzvala vabilu in aktivno sodelovala v postopku pri varuhu.

Bistvena sprememba v letu 2024 je izrazito povečanje pritožb, ki sem jih prejela v delo in posledično tudi večje število kršitev Zavarovalnega kodeksa in dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu. Vendar delež 7,5 % pritožb še vedno ni tako velik, da ne bi mogli zaključiti, da zavarovalnice v večini primerov odločajo korektno in svoje odločitve tudi ustrezno argumentirajo. Ni redko ali nenavadno, da se zavarovalnica pritožniku takrat, ko ugotovi, da je storila napako, opraviči. To ocenjujem kot zelo korektno.

Zavarovalnice pogosto pri pripravi odgovora varuhu ponovno proučijo zahtevek pritožnika, korigirajo svojo odločitev ali pa jo dodatno obrazložijo, kar nedvomno omogoča varuhu, da kot neodvisni in samostojni organ učinkovito prispeva k reševanju sporov med strankami in zavarovalnicami.

Ljubljana, 27. 2. 2025



Vesna Pavlič Pivk
Varuhinja dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu