

**ZANIŻENIE ODSZKODOWANIA ZA WYPADEK,
PRZEWLEKŁA LIKWIDACJA SZKODY,
ODMOWA WYPŁATY ODSZKODOWANIA ZA WYPADEK**

czyli jak ubezpieczyciele działają aby nie wypłacić należnego odszkodowania

CZĘŚĆ II

ŻĄDANIE ZAKOŃCZENIA LECZENIA

Ubezpieczyciele często uzależniają zajęcie stanowiska w sprawie, a nawet podjęcie likwidacji szkody od zakończenia leczenia przez osoby poszkodowane. Żądanie takie ma prowadzić do osiągnięcia kilku celów. Po pierwsze zakończenie leczenia i dłuższy upływ czasu od wypadku ma zmniejszyć jego skutki podczas badania lekarskiego, a w konsekwencji wypłaty niższego świadczenia.

Upływ czasu zniechęca osoby poszkodowane do aktywnego działania na rzecz uzyskania należnych świadczeń i może w niektórych przypadkach prowadzić do rezygnacji w ogóle ze zgłoszenia roszczeń. Po upływie dłuższego czasu trudno jest określić wszystkie skutki wypadku poprzez np. dodatkowe badania diagnostyczne. Często bowiem w epikryzach ze szpitali ujęte są tylko najpoważniejsze urazy i zalecenia dalszego leczenia dotyczą właśnie tych schorzeń. Na dalszy plan odsuwane jest leczenie mniej poważnych obrażeń np. lekkie urazy kręgosłupa, nerwice pourazowe, stłuczenia, pourazowe bóle głowy etc., które mają wpływ na wysokość świadczeń wypłacanych przez zakłady ubezpieczeń.

Popularną praktyką jest wydawanie przez komisje lekarskie ubezpieczycieli tzw. **wstępnych orzeczeń lekarskich**. **Orzeczenia takie określają absolutnie, minimalny trwały uszczerbek na zdrowiu poszkodowanych**. Częstokroć poszkodowani nawet nie wiedzą, iż orzeczenie w ich sprawie ma charakter wstępny. Nie wiedzą również w większości przypadków w jakiej wysokości świadczenia odszkodowawcze winny być wypłacone. Potrzebna jest do tego bowiem specjalistyczna wiedza posiadana przez profesjonalnych pełnomocników. W konsekwencji poszkodowani przyjmują minimalne kwoty zaproponowane przez zakłady ubezpieczeń i uznają postępowanie likwidacyjne za zakończone.

Zakłady ubezpieczeń nie mogą uzależniać wypłaty odszkodowania od zakończenia a leczenia. Taki warunek może dotyczyć co najwyżej dobrowolnych umów ubezpieczenia tj. na przykład ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) i tylko wtedy gdy wyraźnie wynika z treści umowy ubezpieczenia. **Natomiast w przypadku roszczeń z umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych do stosowania takiego żądania**. Zakład ubezpieczeń ma bowiem obowiązek wypłaty świadczenia w określonych terminach tj. 30 a maksymalnie 90 dni od dnia zgłoszenia roszczenia. Jedyłą przesłanką przekroczenia tego terminu jest prowadzenie w sprawie postępowania cywilnego lub karnego przed sądem. Zatem ubezpieczyciel ma obowiązek poprzez lekarzy specjalistów nie tylko określić prawidłowo skutki wypadku dla zdrowia poszkodowanych ale również rokowania co do wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu po zakończeniu zabiegów medycznych. Rozwiązanie takie ustanowił ustawodawca świadomie. Ma ono na celu eliminację patologii, jaka występuje przy likwidacji szkód polegającej na wielomiesięcznej lub nawet wieloletnim

prowadzeniu postępowań uzasadnianych właśnie brakiem zakończenia leczenia. Szczególnie widoczne jest to w przypadku poważnych urazów , których leczenie trwa wiele lat, a nawet dożywotnio. W takich przypadkach poszkodowani nigdy nie uzyskaliby należnych świadczeń.

Zespół prawny Kancelarii Odszkodowawczej Meditor

Skonsultuj bezpłatnie swoją sprawę z naszym zespołem prawnym

Bezpłatna wycena

Zobacz więcej na: www.meditor-odszkodowania.pl