



Zakłady ubezpieczeń i ich usługi

Nadzór, licencje, produkty



*Dorota Leśniak
Elżbieta Sienicka
Bartosz Wojno*

ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ I ICH USŁUGI. NADZÓR, LICENCJE, PRODUKTY

Warszawa 2014



Publikacja została wydana nakładem Komisji Nadzoru Finansowego

© Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-030 Warszawa
www.knf.gov.pl

Warszawa 2014
Wydanie I

ISBN 978-83-63380-81-6

Nakład: 3000 szt.

Przygotowanie do druku i druk:
Omikron Sp. z o.o.

Stan prawny na dzień: 30 września 2014 r.

Niniejsza publikacja wydana została w celach edukacyjnych w ramach projektu CEDUR. Informacje w niej zawarte mają wyłącznie charakter ogólny i nie stanowią porady inwestycyjnej.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie decyzje inwestycyjne, podjęte przez czytelnika na podstawie zawartych w niniejszej publikacji informacji.

S PIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
SŁOWNICZEK	6
ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ JAKO INSTYTUCJA ZAUFANIA PUBLICZNEGO.....	9
Nadzór ubezpieczeniowy.....	9
Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej (ubezpieczyciele krajowi i zagraniczni).....	15
Formy organizacyjnoprawne zakładów ubezpieczeń (ubezpieczyciele krajowi i zagraniczni).....	22
PRODUKTY UBEZPIECZENIOWE.....	23
Informacje wprowadzające	23
Ubezpieczenia osobowe (na życie i inne)	28
Ubezpieczenia majątkowe.....	31
Ubezpieczenia obowiązkowe	34
RELACJE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ Z KLIENTAMI	36
Obowiązki informacyjne	36
Likwidacja szkód.....	41

WPROWADZENIE

Intencją autorów niniejszej publikacji było przedstawienie w możliwie skróconej formie zagadnienia z natury rzeczy bardzo obszernego i złożonego, a mianowicie reguł, wedle których funkcjonuje rynek ubezpieczeniowy. W tym celu dokonano wyboru najważniejszych regulacji prawnych oraz wyselekcjonowano najistotniejsze informacje o praktyce rynku ubezpieczeniowego.

Nacisk położono na perspektywę odbiorców usług ubezpieczeniowych, gdyż to po tej stronie występuje deficyt wiedzy odnośnie zasad działania tego rynku. Nie jest to jednocześnie poradnik *stricto* konsumencki, lecz próba przybliżenia najbardziej podstawowych mechanizmów funkcjonowania zakładu ubezpieczeń, kluczowych informacji o typach produktów ubezpieczeniowych, jakie można nabyć i ich ogólnej charakterystyce, oraz najważniejszych reguł obowiązujących przy nabywaniu usług ubezpieczeniowych i ich realizowaniu. Z tego powodu publikacja ta jest kierowana do osób, które z różnych przyczyn chcą uzyskać podstawową wiedzę w powyższym zakresie, w tym: studentów zainteresowanych ewentualnym edukowaniem się w tematyce ubezpieczeń, osób rozważających podjęcie zatrudnienia w branży ubezpieczeniowej oraz branżach współpracujących, jak również odpowiedzialnych zawodowo za kwestie, z którymi mogą wiązać się zagadnienia ubezpieczeniowe, również nauczycieli przedstawiających uczniom zasady uczestniczenia w życiu gospodarczym społeczeństwa, którego ubezpieczenia są nieodłączną częścią, wreszcie wszystkich innych osób, które z powodów zawodowych bądź jakichkolwiek innych powinny zdawać sobie sprawę z istnienia ubezpieczeń oraz z tego, na jakich zasadach one funkcjonują.

Zdaniem autorów ubezpieczenia nieodmiennie kojarzą się z wartościami takimi jak przezorność i bezpieczeństwo, i dlatego wiedzę o podstawowych instytucjach i mechanizmach ubezpieczeń warto upowszechniać, czemu służyć ma właśnie niniejsza publikacja. Po zapoznaniu się z nią Czytelnik powinien zdobyć informacje o tym, czym jest zakład ubezpieczeń i jakie są główne gwarancje bezpieczeństwa jego klientów, do zabezpieczenia się przed jakimi ryzykami mogą służyć produkty ubezpieczeniowe i na co należy zwrócić uwagę przy ich doborze. Publikacja prezentuje w ogólnym zarysie procedury poprzedzające zawarcie umowy ubezpieczenia oraz prowadzące do uzyskania świadczenia w razie zajścia wypadku, przed którego skutkami chroni ubezpieczenie.

SŁOWNICZEK

działalność ubezpieczeniowa – działalność gospodarcza wykonywana przez zakłady ubezpieczeń, polegająca na świadczeniu usług ubezpieczeniowych,

kodeks cywilny – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2014 r. poz. 121),

Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) – Komisja, organ nadzoru – państwowy organ nadzoru, sprawujący nadzór nad sektorem bankowym, rynkiem kapitałowym, ubezpieczeniowym i emerytalnym, nad instytucjami płatniczymi i biurami usług płatniczych oraz nad spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi i Krajową Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo-Kredytową; celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku,

klient – osoba, która korzysta z usług zakładu ubezpieczeń jako ubezpieczający lub ubezpieczony,

krajowy zakład ubezpieczeń – zakład ubezpieczeń, który ma siedzibę w Polsce,

Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych – instytucja wykonująca zadania określone w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych,

reprezentant do spraw roszczeń – pełnomocnik zakładu ubezpieczeń wykonującego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej działalność w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, z wyjątkiem odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, umocowany w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo siedziby zakładu ubezpieczeń zgodnie z prawem państwa, w którym jest ustanowiony, co najmniej do dokonywania czynności prawnych niezbędnych do wypłaty lub odmowy wypłaty odszkodowania w imieniu i na rachunek reprezentowanego zakładu ubezpieczeń,

ubezpieczający – osoba, która zawarła z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia,

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny – instytucja wykonująca zadania określone w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych,

ubezpieczony – osoba, której dotyczy (jej dóbr) ubezpieczenie,

ubezpieczyciel – inne określenie zakładu ubezpieczeń (stosowane w przepisach kodeksu cywilnego),

ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 950 ze zm.),

ustawa o nadzorze nad rynkiem finansowym – ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. z 2012 r. poz. 1149 ze zm.),

ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. z 2013 r. poz. 290 ze zm.),

ustawa o ochronie niektórych praw konsumentów – ustawa z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz.U. z 2012 r. poz. 1225),

ustawa o swobodzie działalności gospodarczej – ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 672 ze zm.),

ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r. poz. 392 ze zm.),

zagraniczny zakład ubezpieczeń – zakład ubezpieczeń, który ma siedzibę poza granicami Polski,

zakład ubezpieczeń – przedsiębiorca, który zajmuje się oferowaniem usług ubezpieczeniowych.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ JAKO INSTYTUCJA ZAUFANIA PUBLICZNEGO

NADZÓR UBEZPIECZENIOWY

Nadzór ubezpieczeniowy jest częścią nadzoru nad rynkiem finansowym. Nadzór ubezpieczeniowy sprawowany jest w szczególności nad zakładami ubezpieczeń, zakładami reasekuracji. W dalszej części niniejszej publikacji przedstawione zostaną jedynie wybrane aspekty nadzoru nad zakładami ubezpieczeń.

Aby przedstawić charakter nadzoru ubezpieczeniowego w pierwszej kolejności należy odpowiedzieć na pytanie, czym jest ubezpieczenie. W literaturze prezentowane są różne definicje ubezpieczenia. Przyjąć należy, że istotą ubezpieczenia jest pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez zdarzenia losowe odznaczające się pewną prawidłowością, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym zagrażają te same zdarzenia losowe¹.

Na tym tle warto odnieść się do definicji działalności ubezpieczeniowej. Należy przez nią rozumieć wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Powołana powyżej, ustawowa definicja działalności ubezpieczeniowej opiera się na czynnościach ubezpieczeniowych. Do czynności ubezpieczeniowych należy na przykład: zawieranie umów ubezpieczenia, umów gwarancji ubezpieczeniowych, a także wykonywanie tych umów; składanie oświadczeń woli w sprawach roszczeń o odszkodowania lub inne świadczenia należne z tytułu ww. umów; ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu zawieranych ww. umów. Wykonanie niektórych czynności ubezpieczeniowych (wskazanych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej) zakład ubezpieczeń może zlecać innym podmiotom. Takimi czynnościami są na przykład: ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i ubezpieczeniach majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych; lokowanie środków zakładu ubezpieczeń. Czynności wykonywane przez te podmioty są traktowane jak czynności ubezpieczeniowe w zakresie, w jakim są wykonywane w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. Ustawodawca przewidział także, że niektóre czynności mogą być wykonywane nie tylko przez zakłady ubezpieczeń, ale także przez inne podmioty. Tytułem przykładu można wskazać na: ustalanie przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych; ustalanie wysokości szkód oraz roz-

Istotą ubezpieczenia jest pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez zdarzenia losowe odznaczające się pewną prawidłowością, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym zagrażają te same zdarzenia losowe.

¹ J. Łazowski, Wstęp do nauki o ubezpieczeniach (adaptacja i red. nauk. W. Mogiński), Sopot, bez daty, s. 13,14.

miaru odszkodowań oraz innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych. Czynności te zyskują walor czynności ubezpieczeniowych, gdy są wykonywane przez zakład ubezpieczeń.

Jak zostało wskazane powyżej, do czynności ubezpieczeniowych zalicza się zawieranie umów ubezpieczenia. Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń) zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: 1) przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Poprzez zapłatę składki ubezpieczeniowej klienci zakładów ubezpieczeń powierzają tym instytucjom środki finansowe. Fundamentalne znaczenie ma wykonywanie działalności przez zakłady ubezpieczeń w taki sposób, aby były zdolne do wykonywania zobowiązań. Zawieranie umów ubezpieczenia jest zjawiskiem powszechnym. Skutki działalności zakładu ubezpieczeń odczuwane są zatem dla wielu klientów ubezpieczycieli.

„Charakter i specyfika działalności wykonywanej przez zakład ubezpieczeń pozwala określić go mianem instytucji zaufania publicznego.”

Charakter i specyfika działalności wykonywanej przez zakład ubezpieczeń pozwala określić go mianem instytucji zaufania publicznego. Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną (z zastrzeżeniem odstępstw w zakresie ściśle określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej).

Zakłady ubezpieczeń z racji wykonywanej działalności podlegają nadzorowi ze strony państwa. Co prawda przepisy prawa nie definiują pojęcia „nadzór ubezpieczeniowy”, niemniej jednak – odwołując się do powszechnie akceptowanych poglądów dotyczących pojęcia „nadzoru”² – nadzór ubezpieczeniowy łączy w sobie dwa elementy: kontrolę i możliwość władcze wkraczania w działalność podmiotu nadzorowanego. Zakres nadzoru ubezpieczeniowego określają przepisy prawa.

Cele nadzoru ubezpieczeniowego

Zgodnie z art. 3 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym, celem nadzoru ubezpieczeniowego jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Warto wyjaśnić w tym miejscu, kim są podmioty, których interesy mają być chronione przez nadzór ubezpieczeniowy:

- ubezpieczający – osoba (fizyczna, prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej) zawierająca umowę ubezpieczenia (strona umowy ubezpieczenia); ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej;
- ubezpieczony – osoba, która podlega ochronie ubezpieczeniowej;
- uposażony – osoba, która jest uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego.

² zob. np.: M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, Podstawowe pojęcia teoretyczne w nauce prawa administracyjnego [w:] M. Wierzbowski (red.), Prawo administracyjne, wyd. 10, LexisNexis Warszawa 2011, s. 101.

Na rynku ubezpieczeniowym spotykają się z jednej strony podmioty, które świadczą usługi ubezpieczeniowe oraz z drugiej strony podmioty, które chcą skorzystać z usług oferowanych przez zakłady ubezpieczeń. Przepisy ustawy za cel nadzoru ubezpieczeniowego stawiają ochronę interesów podmiotów występujących po drugiej stronie w relacji z zakładem ubezpieczeń.

„Przepisy ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym za cel nadzoru ubezpieczeniowego stawiają ochronę interesów podmiotów występujących po drugiej stronie w relacji z zakładem ubezpieczeń.”

Określając cel nadzoru ubezpieczeniowego ustawodawca posłużył się pojęciem „ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia”. Nie powinno budzić wątpliwości, że interesy ww. podmiotów będą chronione w szczególności wówczas, gdy zakład ubezpieczeń będzie funkcjonował w sposób zapewniający spełnienie świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Nie można stracić z pola widzenia, że zakłady ubezpieczeń są elementem większej całości jaką jest rynek finansowy. Z tego też względu cel nadzoru ubezpieczeniowego należy postrzegać z uwzględnieniem szerszej perspektywy, obejmującej także cel nadzoru nad rynkiem finansowym. Celem nadzoru nad rynkiem finansowym, zgodnie z ustawą o nadzorze nad rynkiem finansowym, jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku również poprzez rzetelną informację dotyczącą funkcjonowania rynku, przez realizację celów określonych w szczególności w ustawach sektorowych. Nadzór ubezpieczeniowy wykonywany jest przez specjalnie do tego powołany organ.

Komisja Nadzoru Finansowego

Organem sprawującym nadzór ubezpieczeniowy (oraz szerzej nadzór nad rynkiem finansowym) jest Komisja Nadzoru Finansowego (Komisja, organ nadzoru). W skład Komisji wchodzi: Przewodniczący, dwóch Zastępców Przewodniczącego i czterech członków. Członkami Komisji są:

- 1) minister właściwy do spraw instytucji finansowych albo jego przedstawiciel;
- 2) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo jego przedstawiciel;
- 3) Prezes Narodowego Banku Polskiego albo delegowany przez niego Wiceprezes Narodowego Banku Polskiego;
- 4) przedstawiciel Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Przewodniczącego Komisji powołuje Prezes Rady Ministrów. Kadencja Przewodniczącego trwa pięć lat. Kadencja Przewodniczącego Komisji wygasa w razie jego śmierci lub odwołania. Prezes Rady Ministrów odwołuje Przewodniczącego Komisji przed upływem kadencji wyłącznie w ściśle określonych przypadkach. Do przypadków tych należą:

- 1) prawomocne skazanie za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, lub
- 2) rezygnacja ze stanowiska, lub
- 3) utrata obywatelstwa polskiego, lub
- 4) utrata zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej dłużej niż 3 miesiące.

Podobnie jak Przewodniczącego Komisji, także i Zastępców Przewodniczącego Komisji powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów. Podkreślić trzeba, że powołanie i odwołanie Zastępców Przewodniczącego Komisji przez Prezesa Rady Ministrów odbywa się na wniosek Przewodniczącego Komisji.

Zarówno Przewodniczący Komisji, jak i Zastępcy Przewodniczącego Komisji muszą spełniać szczególne wymogi. Wymogi te obejmują:

- 1) posiadanie obywatelstwa polskiego;
- 2) korzystanie z pełni praw publicznych;
- 3) posiadanie wyższego wykształcenia prawniczego lub ekonomicznego;
- 4) posiadanie odpowiedniej wiedzy w zakresie nadzoru nad rynkiem finansowym w Rzeczypospolitej Polskiej oraz doświadczenia zawodowego uzyskanego w trakcie pracy naukowej, pracy w podmiotach wykonujących działalność na rynku finansowym bądź pracy w organie nadzoru nad rynkiem finansowym;
- 5) posiadanie co najmniej trzyletniego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych;
- 6) niekaralność za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 7) posiadanie nieopozakowanej opinii i dawanie rękopmi prawidłowego wykonywania powierzonych zadań.

Reprezentowanie Komisji oraz kierowanie jej pracami spoczywa na Przewodniczącym Komisji, a w razie jego nieobecności na upoważnionym przez niego Zastępcy Przewodniczącego.

Komisja i Przewodniczący Komisji wykonują zadania przy pomocy Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (Urząd Komisji). Organizacja wewnętrzna Urzędu Komisji określona jest w statucie, który nadaje w drodze zarządzenia Prezes Rady Ministrów.

Środki nadzoru ubezpieczeniowego

Komisja, aby mogła realizować cele i wykonywać postawione przed nią zadania nadzorcze musi mieć możliwość korzystania z odpowiednich instrumentów oddziaływania na podmioty nadzorowane.

Przez środki nadzoru należy rozumieć określone przepisami prawa uprawnienia, które pozwalają władczo oddziaływać organowi nadzoru na podmioty nadzorowane³. Uprawnień nadzorczych Komisji należy poszukiwać przede wszystkim w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Dokonując przeglądu przepisów tej ustawy z punktu widzenia przewidzianych w niej środków nadzoru należy zwrócić w szczególności uwagę na:

- 1) wydawanie zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej;
- 2) wydawanie zezwolenia na zmianę zasięgu terytorialnego lub rzeczowego zakresu działalności krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 3) wyrażenie zgody na powołanie dwóch członków zarządu, w tym prezesa krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 4) zatwierdzenie, przed zarejestrowaniem, statutu zakładu ubezpieczeń;
- 5) zatwierdzenie, przed zarejestrowaniem, zmian statutu zakładu ubezpieczeń w określonym zakresie;
- 6) zgłoszenie sprzeciwu co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji lub co do stania się podmiotem dominującym krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 7) wydawanie decyzji o stwierdzeniu braku podstaw do zgłoszenia sprzeciwu co do nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji lub co do stania się podmiotem dominującym krajowego zakładu ubezpieczeń oraz ustalenie terminu nabycia albo objęcia akcji lub praw z akcji, albo uzyskania uprawnień podmiotu dominującego krajowego zakładu ubezpieczeń;

³ zob. M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, Podstawowe pojęcia teoretyczne w nauce prawa administracyjnego [w:] M. Wierzbowski (red.), Prawo administracyjne, wyd. 10, LexisNexis Warszawa 2011, s. 101.

- 8) uznanie towarzystwa za małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych;
- 9) zatwierdzenie uchwały o przekształceniu towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w spółkę akcyjną;
- 10) udzielenie zezwolenia na uznawanie za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów innych niż określone w art. 154 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej;
- 11) złożenie sprzeciwu wobec planowanego połączenia zakładów ubezpieczeń;
- 12) zatwierdzenie umowy o przeniesienie całości lub części umów ubezpieczeń (przeniesienie portfela ubezpieczeń);
- 13) ustanowienie kuratora;
- 14) ustanowienie zarządu komisarycznego;
- 15) zarządzenie likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń;
- 16) wydawanie zaleceń w stosunku do zakładu ubezpieczeń oraz decyzji zobowiązującej zakład ubezpieczeń do wykonania tych zaleceń;
- 17) nakładanie na członków zarządu zakładu ubezpieczeń lub prokurentów kar pieniężnych do określonej wysokości;
- 18) nakładanie na zakład ubezpieczeń kar pieniężnych do określonej wysokości;
- 19) zawieszanie w czynnościach członków zarządu zakładu ubezpieczeń do czasu rozpatrzenia wniosku o ich odwołanie, na najbliższym posiedzeniu organu uprawnionego do ich odwołania;
- 20) występowanie do właściwego organu zakładu ubezpieczeń lub innego uprawnionego podmiotu z wnioskiem o odwołanie członka zarządu lub odwołanie udzielonej prokury;
- 21) cofnięcie krajowemu zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń.

Powyższe zestawienie, choć nieprzedstawiające wszystkich dostępnych środków nadzorczego oddziaływania wskazuje, że ustawodawca wyposażył Komisję w szerokie uprawnienia nadzorcze. Kompetencje Komisji obejmują zarówno wydawanie zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, jak i podejmowanie działań po uzyskaniu przez dany podmiot zezwolenia na wykonywanie tej działalności.

Jak już wskazano na początku niniejszej publikacji, cechą charakterystyczną nadzoru, w tym nadzoru ubezpieczeniowego jest to, że łączy w sobie dwa elementy: kontrolę oraz możliwość władczego oddziaływania na instytucję nadzorowaną. Warto zatem zwrócić uwagę na uprawnienia kontrolne Komisji.

Realizacja uprawnień kontrolnych Komisji pozwala na zdobycie informacji na temat sytuacji w zakładzie ubezpieczeń. Pozyskanie przez Komisję takiej wiedzy jest niezbędne do sprawowania nadzoru.

Z perspektywy nadzoru ubezpieczeniowego warto zwrócić uwagę na kontrolę wykonywaną na miejscu w zakładzie ubezpieczeń oraz kontrolę wykonywaną „za biurka”. Poniżej zostaną wskazane wybrane cechy charakterystyczne obydwu rodzajów kontroli.

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli na miejscu w zakładzie ubezpieczeń stanowią przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Komisja może przeprowadzać kontrolę działalności i stanu majątkowego zakładu ubezpieczeń.

„Kompetencje Komisji obejmują zarówno wydawanie zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, jak i podejmowanie działań po uzyskaniu przez dany podmiot zezwolenia na wykonywanie tej działalności.”

W toku kontroli zakładu ubezpieczeń badaniu podlega zgodność działalności zakładu ubezpieczeń z prawem, statutem, planem działalności oraz interesem ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz jego stan majątkowy.

Kontrola działalności i stanu majątkowego zakładu ubezpieczeń przeprowadzana jest przez pracowników Urzędu Komisji tworzących zespół inspekcyjny, upoważnionych przez organ nadzoru, po okazaniu legitymacji służbowej oraz doręczeniu upoważnienia do przeprowadzenia kontroli. Kontrolę przeprowadza zespół inspekcyjny składający się co najmniej z dwóch inspektorów. Szczegółowy zakres uprawnień pracowników Urzędu Komisji tworzących zespół inspekcyjny określają przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Jako przykład można wskazać, że mają oni prawo do wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego zakładu ubezpieczeń oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów, a także żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z zakładem ubezpieczeń i pośredników ubezpieczeniowych kontrolowanego zakładu ubezpieczeń, w tym w formie elektronicznej.

Ustalenie kontroli dokonuje się na podstawie dowodów. Przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej wprowadzają otwarty ich katalog. Tytułem przykładu można wskazać, że zalicza się do nich dokumenty, a także oświadczenia, informacje i wyjaśnienia złożone przez upoważnionych pracowników i pośredników ubezpieczeniowych zakładu ubezpieczeń.

Z przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół. W protokole należy zamieścić szereg informacji, między innymi musi się w nim znaleźć określenie zakresu kontroli, opis dokonanych czynności oraz ustalenia stanu faktycznego. Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz przekazuje się zakładowi ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń może zgłosić organowi nadzoru pisemne zastrzeżenia i uwagi do treści protokołu oraz wyjaśnienia w sprawach objętych zakresem kontroli. Zakład ubezpieczeń może skorzystać z tego uprawnienia w terminie 14 dni od dnia doręczenia protokołu kontroli. O sposobie rozpatrzenia zastrzeżeń organ nadzoru informuje zakład ubezpieczeń w terminie 14 dni od dnia doręczenia zastrzeżeń.

Drugim rodzajem kontroli istotnym dla sprawowania nadzoru ubezpieczeniowego jest tzw. kontrola „zza biurka”. Na szczególną uwagę zasługują przepisy prawa, które upoważniają Komisję do żądania od zakładu ubezpieczeń określonych informacji, wyjaśnień i dokumentów oraz przepisy prawa, które nakładają obowiązek przekazywania Komisji określonych informacji. Organ nadzoru może żądać od zakładu ubezpieczeń informacji i wyjaśnień dotyczących działalności zakładu ubezpieczeń i jego gospodarki finansowej, w zakresie niezbędnym dla wykonywania zadań z zakresu nadzoru. Organ nadzoru został także wyposażony w prawo zażądania okresowego przekazywania przez zakład ubezpieczeń danych określonych przez organ nadzoru. Co więcej, ustawodawca przesądził, że organ nadzoru może żądać od zakładu ubezpieczeń przedstawienia wzorów umów ubezpieczenia, informacji o poszczególnych produktach oferowanych na podstawie indywidualnych negocjacji z ubezpieczającymi, wniosków o zawarcie ubezpieczenia, taryf składek ubezpieczeniowych i innych formularzy lub innych drukowanych dokumentów stosowanych przez zakład ubezpieczeń przy zawieraniu umów.

Niezależnie od przyznania Komisji możliwości żądania od zakładu ubezpieczeń wskazanych wyżej informacji, wyjaśnień, danych czy dokumentów przepisy prawa nakładają obowiązki informacyjne względem organu nadzoru. Tytułem przykładu można wskazać: obowiązek poinformowania Komisji o zmianach w składzie zarządu w ciągu 7 dni od dnia podjęcia uchwały o powołaniu lub odwołaniu; obowiązek poinformowania Komisji o zmianach w składzie rady nadzorczej w ciągu

7 dni od dnia podjęcia uchwały o powołaniu lub odwołaniu; obowiązek zawiadomienia Komisji o wyborze podmiotu uprawnionego do badania sprawozdań finansowych nie później niż w terminie 7 dni od dnia wyboru.

Pozyskane informacje są przedmiotem analiz dokonywanych przez Komisję. Pozwalają na wykrycie nieprawidłowości w działalności zakładu ubezpieczeń, co daje podstawy do zastosowania przez Komisję odpowiednich środków nadzoru.

ZEZWOLENIE NA WYKONYWANIE DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ (UBEZPIECZYCIELE KRAJOWI I ZAGRANICZNI)

Warunki wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez krajowe zakłady ubezpieczeń (rozdział 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej)

Aktem prawnym regulującym warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych jest ustawa o działalności ubezpieczeniowej.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej wymaga zezwolenia organu nadzoru. Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej dla krajowego zakładu ubezpieczeń wydaje, w drodze decyzji, po rozpatrzeniu wniosku założycieli zakładu ubezpieczeń, organ nadzoru.

„Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej wymaga zezwolenia organu nadzoru.”

Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej jest wydawane w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń, o których mowa w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W zezwoleniu określa się:

- 1) nazwę lub firmę, siedzibę i adres, zasięg terytorialny i rzeczowy zakres działalności krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 2) wysokość kapitału zakładowego;
- 3) założycieli krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 4) formę organizacyjną działalności krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 5) imiona i nazwiska osób przewidzianych na członków pierwszego zarządu.

Na wniosek założycieli zakładu ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków za zasadzie wzajemności (towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych) **organ nadzoru może wydać promesę zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej.** W promesie organ nadzoru określa okres jej ważności, który nie może być krótszy niż 6 miesięcy. W okresie ważności promesy organ nadzoru nie może odmówić wydania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, chyba że nastąpią zmiany w zakresie wniosku, dokumentów i wymaganych przepisami informacji.

„W myśl art. 97 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zmiana zasięgu terytorialnego lub rzeczowego zakresu działalności krajowego zakładu ubezpieczeń wymaga zezwolenia organu nadzoru.”

W myśl art. 97 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zmiana zasięgu terytorialnego lub rzeczowego zakresu działalności krajowego zakładu ubezpieczeń wymaga zezwolenia organu nadzoru. Zezwolenie jest wydawane na wniosek krajowego zakładu ubezpieczeń.

Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej nie może być wydane, jeżeli chodzi o najmniej jedna z następujących okoliczności:

- 1) wniosek o wydanie zezwolenia i dołączone do niego dokumenty nie spełniają wymagań określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej;
- 2) w skład zarządu lub rady nadzorczej krajowego zakładu ubezpieczeń wchodzi osoby, które nie spełniają wymogów określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej;
- 3) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń byli karani za umyślne przestępstwo stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
- 4) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń nie dają rękojmi prowadzenia spraw krajowego zakładu ubezpieczeń w sposób należyście zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- 5) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń nie udowodnią posiadania środków finansowych w wysokości równej co najmniej funduszowi organizacyjnemu i ustalonym w planie działalności wartościom emisji akcji (udziałów) krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 6) założyciele posługują się wartościami majątkowymi pochodzącymi z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł;
- 7) plan działalności krajowego zakładu ubezpieczeń nie zapewnia zdolności krajowego zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań.

Odmowa wydania promesy zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej może nastąpić z przyczyn podanych wyżej, z wyłączeniem punktu 5 i 6 przywołanego wyżej.

Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie działu II grupy 10 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika (tj. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym) nie może być wydane, jeżeli krajowy zakład ubezpieczeń nie przedłoży listy reprezentantów do spraw roszczeń.

„Krajowy zakład ubezpieczeń jest obowiązany rozpocząć wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w terminie nieprzekraczającym 12 miesięcy od dnia wydania zezwolenia. Za dzień rozpoczęcia wykonywania działalności ubezpieczeniowej uważa się dzień zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia.”

Krajowy zakład ubezpieczeń jest obowiązany rozpocząć wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w terminie nieprzekraczającym 12 miesięcy od dnia wydania zezwolenia. Za dzień rozpoczęcia wykonywania działalności ubezpieczeniowej uważa się dzień zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia.

Krajowy zakład ubezpieczeń jest obowiązany zawiadomić organ nadzoru o zaprzestaniu wykonywania działalności ubezpieczeniowej lub zawierania umów ubezpieczenia w danej grupie ubezpieczeń w terminie 7 dni.

Zgodnie z art. 101 ustawy o działalności ubezpieczeniowej organ nadzoru może cofnąć krajowemu zakładowi ubezpieczeń w drodze decyzji zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń, jeżeli:

- 1) przestał spełniać warunki wymagane do uzyskania zezwolenia lub
- 2) wykonuje działalność z naruszeniem prawa, statutu, planu działalności lub nie zapewnia zdolności krajowego zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań, lub
- 3) nie zrealizuje w terminie planu przywrócenia prawidłowych stosunków finansowych albo krótkoterminowego planu wypłacalności, lub

- 4) zaprzestanie wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy, lub
- 5) złożony wniosek o cofnięcie zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej;
- 6) nie rozpoczął wykonywania działalności ubezpieczeniowej w terminie nieprzekraczającym 12 miesięcy od dnia wydania zezwolenia;
- 7) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń byli karani za umyślne przestępstwo stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
- 8) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń nie dają rękojmi prowadzenia spraw krajowego zakładu ubezpieczeń w sposób należyte zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia;
- 9) założyciele krajowego zakładu ubezpieczeń nie udowodnią posiadania środków finansowych w wysokości równej co najmniej funduszowi organizacyjnemu i ustalonym w planie działalności wartościom emisji akcji (udziałów) krajowego zakładu ubezpieczeń;
- 10) założyciele posługują się wartościami majątkowymi pochodzącymi z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł.

W przypadku, gdy zakład ubezpieczeń nie rozpoczął wykonywania działalności ubezpieczeniowej w terminie nieprzekraczającym 12 miesięcy od dnia wydania zezwolenia organ nadzoru może cofnąć zezwolenie w zakresie grup ubezpieczeń, w których działalność ubezpieczeniowa nie została rozpoczęta.

Organ nadzoru cofa zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie działu II grupa 10 (Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika) załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, w przypadku stwierdzenia braku reprezentanta do spraw roszczeń w państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń (rozdział 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej)

W myśl art. 104 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zagraniczny zakład ubezpieczeń może podejmować i wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadzie wzajemności.

Zasady wzajemności, o której była już mowa, nie stosuje się do państw należących do Światowej Organizacji Handlu. Warto wyjaśnić, że zasada wzajemności w prawie międzynarodowym publicznym oznacza, że podmioty tego prawa przyznają sobie lub swoim obywatelom takie same przywileje i prawa.

Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej podjęcie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń, z wyłączeniem zagranicznego zakładu ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej, wymaga zezwolenia organu nadzoru.

Zagraniczny zakład ubezpieczeń może podejmować i wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jedynie przez główny oddział. Regulacja ta nie dotyczy zagranicznego zakładu ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

„Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej podjęcie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń, z wyłączeniem zagranicznego zakładu ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej, wymaga zezwolenia organu nadzoru.”

„Organ nadzoru, na wniosek zagranicznego zakładu ubezpieczeń, wydaje, w drodze decyzji, zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez główny oddział na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 107 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).”

granicznych wykonujących działalność ubezpieczeniową, których siedziba znajduje się w państwach należących do Światowej Organizacji Handlu.

W myśl art. 114 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń nie może być wydane, jeżeli zachodzą następujące okoliczności:

- 1) wniosek zagranicznego zakładu ubezpieczeń nie spełnia warunków określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej lub
- 2) osoby proponowane na stanowiska dyrektora głównego oddziału i jego zastępców nie spełniają wymogów określonych w ustawie, lub
- 3) zagraniczny zakład ubezpieczeń nie daje rękojmi prawidłowego wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, lub
- 4) zagraniczny zakład ubezpieczeń nie posiada środków finansowych w wysokości równej co najmniej funduszowi organizacyjnemu i środków własnych głównego oddziału ustalonych w planie działalności, lub
- 5) zagraniczny zakład ubezpieczeń nie posiada środków finansowych niezbędnych do zapewnienia pokrycia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych głównego oddziału, lub
- 6) zagraniczny zakład ubezpieczeń posługuje się wartościami majątkowymi pochodzącymi z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł, lub
- 7) plan działalności nie zapewnia zdolności do wykonywania zobowiązań głównego oddziału, lub
- 8) wykonywanie działalności zagraża obronności, bezpieczeństwu państwa lub bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu.

Główny oddział działa na podstawie przepisów prawa polskiego i statutu głównego oddziału sporządzonego przez zagraniczny zakład ubezpieczeń, w formie aktu notarialnego. Statut głównego oddziału i jego zmiany podlegają zatwierdzeniu przez organ nadzoru.

Organ nadzoru, na wniosek zagranicznego zakładu ubezpieczeń, wydaje, w drodze decyzji, zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez główny oddział na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 107 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Zezwolenie jest wydawane na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie jednej lub więcej grup ubezpieczeń, o których mowa w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Zezwolenie może być wydane, jeżeli w państwie, w którym znajduje się siedziba zagranicznego zakładu ubezpieczeń, zakład ten posiada odpowiednie zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej we wnioskowanym zakresie i działa w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Wymóg co do formy (spółka akcyjna albo towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych) nie dotyczy podmiotów za-

Zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń w zakresie działu II grupa 10 (Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika) załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, nie może być wydane, jeżeli zagraniczny zakład ubezpieczeń nie przedłożył listy reprezentantów do spraw roszczeń.

Organ nadzoru posiada uprawnienia w zakresie cofania zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Na podstawie art. 119 ustawy o działalności ubezpieczeniowej organ nadzoru cofa, w drodze decyzji, zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zakład ten w państwie, gdzie znajduje się jego siedziba:

- 1) utracił zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej;
- 2) został postawiony w stan likwidacji lub ogłoszono jego upadłość.

Organ nadzoru może cofnąć, w drodze decyzji, zezwolenie na wykonywanie działalności w zakresie jednej lub kilku grup ubezpieczeń albo jednego lub kilku rodzajów ubezpieczeń przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zachodzą następujące okoliczności:

- 1) zagraniczny zakład ubezpieczeń przestał spełniać warunki niezbędne do uzyskania zezwolenia;
- 2) główny oddział wykonuje działalność ubezpieczeniową z naruszeniem przepisów prawa, statutu lub nie zapewnia zdolności zagranicznego zakładu ubezpieczeń do wykonywania zobowiązań;
- 3) zagraniczny zakład ubezpieczeń wystąpił do organu nadzoru z wnioskiem o cofnięcie zezwolenia, przy czym należy zagwarantować zabezpieczenie interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia w szczególności w zakresie spełnienia świadczeń i wypłaty odszkodowań;
- 4) zagraniczny zakład ubezpieczeń nie rozpoczął wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w terminie nieprzekraczającym 12 miesięcy od dnia wydania zezwolenia;
- 5) zagraniczny zakład ubezpieczeń zaprzestał wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy;
- 6) zagraniczny zakład ubezpieczeń nie zrealizuje w terminie planu przywrócenia prawidłowych stosunków finansowych albo krótkoterminowego planu wypłacalności;
- 7) jeżeli założyciele zagranicznego zakładu ubezpieczeń byli karani za umyślne przestępstwo stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu; założyciele zagranicznego zakładu ubezpieczeń nie dają rękojmi prowadzenia spraw zakładu ubezpieczeń w sposób należyte zabezpieczający interesy ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia; założyciele zagranicznego zakładu ubezpieczeń nie udowodnią posiadania środków finansowych w wysokości równej co najmniej funduszowi organizacyjnemu i ustalonym w planie działalności wartościom emisji akcji (udziałów) zagranicznego zakładu ubezpieczeń; założyciele posługują się wartościami majątkowymi pochodzącymi z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł.

W przypadku, gdy zagraniczny zakład ubezpieczeń nie rozpoczął wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w terminie, nieprzekraczającym 12 miesięcy

od dnia wydania zezwolenia organ nadzoru może cofnąć zezwolenie w zakresie grup ubezpieczeń, w których działalność ubezpieczeniowa nie została rozpoczęta.

Organ nadzoru cofa zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń w zakresie działu II grupa 10 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika, w przypadku stwierdzenia braku reprezentanta do spraw roszczeń w państwie członkowskim Unii Europejskiej.

W przypadku gdy właściwy organ nadzoru jednego spośród państw członkowskich Unii Europejskiej, na terytorium których zagraniczny zakład ubezpieczeń zamierza wykonywać lub wykonuje działalność ubezpieczeniową przez główne oddziały, poinformuje organ nadzoru o cofnięciu zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na jego terytorium, organ nadzoru zastosuje do tego zagranicznego zakładu ubezpieczeń wszelkie środki przewidziane w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy powodem cofnięcia zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na jego terytorium jest brak wymaganego marginesu wypłacalności, organ nadzoru cofa zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej przez zagraniczny zakład ubezpieczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Swoboda świadczenia usług ubezpieczeniowych (rozdział 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej)

Zgodnie z art. 127 ustawy o działalności ubezpieczeniowej krajowy zakład ubezpieczeń, w ramach swobody świadczenia usług, może wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Swoboda świadczenia usług oznacza prawo świadczenia usług przez podmiot, który ma swoją siedzibę w jednym z krajów Unii Europejskiej, na rzecz podmiotów z innych krajów członkowskich, bez potrzeby posiadania w tych krajach jakiegokolwiek stałego zakładu pracy/filii/przedstawicielstwa.

Działalność krajowego zakładu ubezpieczeń na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej podlega nadzorowi organu nadzoru.

Zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli uzyskał odpowiednio zezwolenie na wykonywanie tej działalności w państwie, w którym ma swoją siedzibę.

Wykonywanie działalności przez zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej podlega nadzorowi właściwego organu państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym ma on swoją siedzibę.

Zgodnie z art. 131 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez oddział po spełnieniu określonych przesłanek, tj.:

1. po otrzymaniu przez organ nadzoru od właściwego organu państwa, w którym znajduje się siedziba zakładu ubezpieczeń zaświadczenia potwierdzającego, że zakład ubezpieczeń posiada środki na pokrycie marginesu wypłacalności, informacji o grupach ubezpieczeń, na wykonywanie których posiada on zezwolenie, informacji o rodzaju ryzyk, które ten zakład ubezpieczeń zamierza ubezpieczać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i informacji takich jak: nazwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na terytorium którego zakład ubezpieczeń zamierza wykonywać działalność ubezpieczeniową; rodzaj planowanej działalności, w tym rodzaju ryzyk, które zakład ubezpieczeń zamierza ubezpieczać w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej; struktura organizacyjna oddziału; plan działalności; adres oddziału w państwie członkowskim Unii Europejskiej; imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania oraz kierowania sprawami zakładu ubezpieczeń w zakresie jego działalności przez oddział, ze wskazaniem, jeżeli jest to niezbędne, sposobu reprezentacji; oświadczenie, że zakład ubezpieczeń jest członkiem biura narodowego i zagranicznego ubezpieczeniowego funduszu gwarancyjnego, w przypadku gdy zamierza on wykonywać działalność w dziale II grupa 10 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyłączeniem odpowiedzialności cywilnej przewoźnika,
2. po otrzymaniu od organu nadzoru informacji o warunkach, na których działalność ta jest wykonywana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Organ nadzoru przekazuje informacje o warunkach, na których działalność ta jest wykonywana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, organowi nadzoru państwa właściwego ze względu na siedzibę zakładu ubezpieczeń, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania informacji, o których mowa w punkcie 1 i 2 wymienionym wyżej.

W przypadku, gdy organ nadzoru nie przekaze informacji o warunkach, na których działalność ta jest wykonywana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, organowi nadzoru państwa właściwego ze względu na siedzibę zakładu ubezpieczeń, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania przez organ nadzoru informacji, o których mowa w punkcie 1 i 2 wymienionym wyżej, zakład ubezpieczeń może rozpocząć wykonywanie działalności przez oddział po upływie 2 miesięcy od dnia otrzymania przez organ nadzoru informacji, odpowiednich informacji dotyczących zagranicznego zakładu ubezpieczeń (zaświadczenia potwierdzającego, że zakład ubezpieczeń posiada środki na pokrycie marginesu wypłacalności, nazwy państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na terytorium którego zakład ubezpieczeń zamierza wykonywać działalność ubezpieczeniową), chyba że organ nadzoru wskaże wcześniejszy dzień, od którego działalność może być podjęta.

Stosownie do art. 132 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w inny sposób niż przez oddział, w ramach swobody świadczenia usług, po otrzymaniu przez organ nadzoru od właściwych organów państwa członkowskiego

Unii Europejskiej, na terenie którego znajduje się siedziba zakładu ubezpieczeń następujących dokumentów:

- 1) zaświadczenia potwierdzającego, że zakład ubezpieczeń posiada środki na pokrycie marginesu wypłacalności;
- 2) informacji o grupach ubezpieczeń, na wykonywanie których posiada on zezwolenie;
- 3) informacji o rodzaju ryzyk, które taki zakład ubezpieczeń zamierza ubezpieczać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

FORMY ORGANIZACYJNOPRAWNE ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ (UBEZPIECZYCIELE KRAJOWI I ZAGRANICZNI)

Wyjaśnić warto, że spółka akcyjna to rodzaj powszechnej w gospodarce wolnorynkowej spółki kapitałowej, której forma opiera się na obiegu akcji będących w posiadaniu akcjonariuszy.

Krajowy zakład ubezpieczeń może wykonywać działalność ubezpieczeniową wyłącznie w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (art. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych. Działalność ubezpieczeniową wykonuje zakład ubezpieczeń działający jako zakład ubezpieczeń albo zakład ubezpieczeń i reasekuracji.

Zakład ubezpieczeń wykonujący działalność w formie spółki akcyjnej ma obowiązek i wyłączne prawo używania w nazwie lub firmie wyrazów „towarzystwo ubezpieczeń”, „zakład ubezpieczeń”, „towarzystwo ubezpieczeń i reasekuracji”, „zakład ubezpieczeń i reasekuracji”. Dopuszczalne jest używanie w obrocie odpowiednio skrótów „TU”, „ZU”, „TUiR”, „ZUiR”. Zakład ubezpieczeń, w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, ma obowiązek i wyłączne prawo używania w nazwie wyrazów „towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych”. Dopuszczalne jest używanie w obrocie skrótu „Tuw” (art. 6 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej może podejmować i wykonywać działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jedynie przez główny oddział (o czym stanowi art. 105 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez oddział. W myśl art. 132 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zagraniczny zakład ubezpieczeń z państwa członkowskiego Unii Europejskiej może wykonywać działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w inny sposób niż przez oddział w ramach swobody świadczenia usług.

PRODUKTY UBEZPIECZENIOWE

INFORMACJE WPROWADZAJĄCE

Gospodarcza istota produktów ubezpieczeniowych

Ubezpieczenie jako usługa ma bardzo specyficzne przeznaczenie, które przesądza o jego wyjątkowości i przydatności zarazem. Na mocy umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zapewnia bowiem ochronę (o charakterze finansowym) na wypadek różnych, najczęściej niekorzystnych (choć czasem również pozytywnych) zdarzeń, które z reguły pozostają poza wpływem osoby objętej ubezpieczeniem. Dzięki temu ubezpieczenie jest bardzo użytecznym narzędziem gospodarczym, przydatnym zarówno w życiu osobistym (np. dla ochrony rodziny czy własnego majątku), jak również przy prowadzeniu działalności gospodarczej, niezależnie od jej skali (z ubezpieczeń korzystają powszechnie zarówno indywidualni przedsiębiorcy, jak i duże korporacje).

Charakter zdarzeń, których dotyczy ochrona ubezpieczeniowa, został bardzo obrazowo ujęty w przepisach prawa. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zdarzenie losowe (czyli zdarzenie, które w danej umowie ubezpieczenia skutkuje powstaniem po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązku wypłaty świadczenia) to *niezależne od woli ubezpieczającego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego nastąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową*. Z przytoczonej definicji wynika kilka okoliczności, które są charakterystyczne dla usługi ubezpieczeniowej.

Po pierwsze, zdarzenie losowe musi mieć walor przyszłego. **Co do zasady niemożliwe jest, aby objąć ubezpieczeniem zdarzenie, do którego wcześniej już doszło. Przepisy prawa przewidują tu jednak pewien wyjątek:** zgodnie z art. 806 § 2 kodeksu cywilnego *Objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie*. Oznacza to, że ubezpieczenie może obejmować zdarzenie, które wystąpiło przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ale skuteczność tego jest uzależniona od usprawiedliwionej niewiedzy o tym zdarzeniu tak po stronie zakładu ubezpieczeń, jak i klienta.

Po drugie, zdarzenie losowe ma charakter niepewny. Nie można ubezpieczyć się od skutków wydarzeń, które nastąpią z całą pewnością. Nieubezpieczalne są ryzyka, które z natury rzeczy się ziszcza, na przykład w związku z nieubłaganymi zdarzeniami przyrodniczymi. Należy tutaj jednak odróżnić wydarzenia pewne (np. to, że nastanie dzień), od niepewnego (że np. tego dnia wystąpią opady gradu, które

„Na mocy umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń zapewnia ochronę (o charakterze finansowym) na wypadek różnych, najczęściej niekorzystnych (choć czasem również pozytywnych) zdarzeń, które z reguły pozostają poza wpływem osoby objętej ubezpieczeniem.”

„Nie można ubezpieczyć się od skutków wydarzeń, które nastąpią z całą pewnością.”

wyrządzą szkody choćby w płodach rolnych). W tym kontekście warto pamiętać, że o ile śmierć jest zdarzeniem pewnym, to jednak niepewne jest jej wystąpienie w danym okresie, na jaki zawarto umowę, stąd wynika możliwość ubezpieczenia się na życie.

Po trzecie, warunkiem uznania zdarzenia za losowe jest uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych. Dobra majątkowe to wszystko, co ma wartość majątkową, nie tylko fizycznie istniejące mienie, ale także choćby roszczenia o charakterze prawnym. Z kolei podstawowe dobra osobiste, których dotyczą ubezpieczenia, to ludzkie życie i zdrowie. Uszczerbek w dobrach osobistych to utrata życia lub zdrowia (czasowa bądź trwała), a w przypadku dóbr majątkowych – zniszczenie, uszkodzenie bądź utrata. Alternatywą dla wystąpienia uszczerbku jest powstanie po stronie beneficjenta ochrony ubezpieczeniowej zwiększonych potrzeb – np. przypadku przejścia na emeryturę w związku z ustaniem osiągania dochodów z tytułu aktywności zawodowej pojawiają się nowe potrzeby, zaś zmniejszają możliwości ich finansowania.

Różne kategorie dóbr, których ochronie służą ubezpieczenia, przekładają się na różnorodność typów ubezpieczeń, w ramach których oferowane są poszczególne produkty ubezpieczeniowe.

„Produkt ubezpieczeniowy to nic innego jak opracowana przez dany zakład ubezpieczeń oferta (w sensie gospodarczym, a nie prawnym) ubezpieczenia określonego typu dóbr na pewnych warunkach.”

Produkt ubezpieczeniowy to nic innego jak opracowana przez dany zakład ubezpieczeń oferta (w sensie gospodarczym, a nie prawnym) ubezpieczenia określonego typu dóbr na pewnych warunkach. W ramach oferowania produktu ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń – po zbadaniu zapotrzebowania rynkowego – ustala, że jest gotów ubezpieczać pewne dobra od określonych ryzyk (i przy określonej przez

siebie polityce cenowej) oraz prezentuje tę gotowość w stosunku do potencjalnych usługobiorców w oczekiwaniu, że wyrażą oni zainteresowanie daną ofertą. W praktyce zakład ubezpieczeń przygotowuje równocześnie dokumentację niezbędną do zawierania umów o produkt ubezpieczeniowy (czyli umów ubezpieczenia): ogólne warunki ubezpieczenia, wzory wniosków o ubezpieczenie czy wzory polis ubezpieczeniowych. Innymi słowy produkt ubezpieczeniowy to zorganizowana przez zakład ubezpieczeń możliwość nabycia ochrony ubezpieczeniowej od pewnego typu ryzyk na określonych przez ten zakład ubezpieczeń warunkach.

Prawna charakterystyka produktów ubezpieczeniowych

Od strony prawnej istotne jest, że skorzystanie z produktu ubezpieczeniowego wymaga zawsze zawarcia umowy z zakładem ubezpieczeń.

Najczęściej umowę tę (czyli umowę ubezpieczenia) zawiera osoba, która chce ustanowić ochronę ubezpieczeniową dla określonego dobra od skutków określonego ryzyka – wówczas mamy do czynienia z ubezpieczeniem indywidualnym. Inna możliwa konstrukcja to ubezpieczenie grupowe – wówczas osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową przystępuje do programu ubezpieczenia zbiorowego, w ramach którego inny podmiot (organizator programu) zawarł umowę ubezpieczenia o charakterze ramowym.

Istotne jest, że w każdym z powyższych przypadków musi dojść do zawarcia umowy pomiędzy zakładem ubezpieczeń jako dostawcą produktu ubezpieczeniowego, a ubezpieczającym jako klientem.

Fakt, że korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej zawsze odbywa się na podstawie umowy, jest prostą konsekwencją reguł gospodarki rynkowej i związanej z nią wolnej konkurencji.

W takich warunkach rynkowych naturalne jest, że po stronie potencjalnych dostawców produktów ubezpieczeniowych występuje wielość podmiotów i zachodzi konieczność wyboru jednego z nich. Wybór ten dokonuje się właśnie poprzez zawarcie stosownej umowy z danym zakładem ubezpieczeń i jest efektem zadziałania mechanizmów wolnego rynku (porównania dostępnych ofert przy uwzględnieniu jakości produktu, ceny, ewentualnie innych parametrów). Jest to jednocześnie cecha, która odróżnia ubezpieczenia w przedstawianym tu sensie (często zwane również ubezpieczeniami gospodarczymi) od najczęściej przymusowych ubezpieczeń o charakterze społecznym – powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zabezpieczenia emerytalnego czy rentowego. W tych przypadkach nie tylko nie ma elementu swobody co do chęci skorzystania z nich, ale również nie przewiduje się zawierania żadnych umów. Dana osoba staje się objęta ubezpieczeniem społecznym wskutek innych niż zawarcie umowy dotyczącej tego ubezpieczenia zdarzeń i fakt objęcia ubezpieczeniem powstaje w razie wystąpienia tych zdarzeń z mocy samego prawa. Zdarzenia takie to np. podjęcie pracy na podstawie stosunku pracy czy rozpoczęcie wykonywania działalności gospodarczej. Same te zdarzenia skutkują również powstaniem obowiązku wnoszenia stosownych składek (co czasem następuje pośrednio poprzez instytucję płatników, np. pracodawców).

Ochrona wynikająca z umowy ubezpieczenia nie ma charakteru darmowego. Od strony ubezpieczającego świadczeniem wobec zakładu ubezpieczeń jest składka ubezpieczeniowa. Może ona być opłacana jednorazowo bądź okresowo – przepisy prawa pozostawiają w tym zakresie dowolność. Istotne jest, że w przypadku ubezpieczeń grupowych prawnie do opłacania składki jest zobowiązany ubezpieczający (czyli organizator programu ubezpieczeniowego), choć istnieje możliwość wzajemnych rozliczeń pomiędzy nim a korzystającymi z ochrony ubezpieczeniowej (przy czym to rozliczenie może mieć nawet taką formę, że korzystający z ochrony będą wpłacać kwoty odpowiadające składkom bezpośrednio zakładowi ubezpieczeń).

Wysokość składki ubezpieczeniowej ustala zawsze samodzielnie zakład ubezpieczeń. W istocie jest to odpowiednik ceny za towar albo odpłatności za usługę w typowym obrocie gospodarczym, i tak samo podlega zwyczajnym prawidłom gry rynkowej. Istotną odmiennością wprowadza jedynie ustawa o działalności ubezpieczeniowej, która nakazuje zakładowi ubezpieczeń, aby wysokość składek ustalał po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń (art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Innymi słowy zakład ubezpieczeń może dość dowolnie ustalać wysokość składek ubezpieczeniowych, ale nie może w tym zakresie zejść poniżej kosztów świadczenia swoich usług (a przynajmniej kosztów przewidywanych, gdyż rzeczywiste koszty funkcjonowania danego produktu ubezpieczeniowego znane są dopiero w przyszłości, kiedy okaże się, ile wystąpiło zdarzeń losowych i ile świadczeń z tym związanych musiał wypłacić zakład ubezpieczeń).

Istotną cechą składki jako ceny za produkt ubezpieczeniowy jest jej „przepadalność”, co oznacza, że należy się ona zakładowi ubezpieczeń niezależnie od tego, czy w okresie, na który zawarto umowę ubezpieczenia, miały miejsce zdarzenia losowe powodujące konieczność wypłaty świadczeń przez zakład ubezpieczeń, czy też zdarzenia takie nie nastąpiły. Owa przepadalność nie jest czymś negatywnym, nie byłoby prawidłowe twierdzenie, że skoro wpłacono składkę, ale nie

„Zakład ubezpieczeń może dość dowolnie ustalać wysokość składek ubezpieczeniowych, ale nie może w tym zakresie zejść poniżej kosztów świadczenia swoich usług.”

„Cechą składki jako ceny za produkt ubezpieczeniowy jest jej „przepadalność”, co oznacza, że należy się ona zakładowi ubezpieczeń niezależnie od tego, czy w okresie, na który zawarto umowę ubezpieczenia, miały miejsce zdarzenia losowe powodujące konieczność wypłaty świadczeń przez zakład ubezpieczeń, czy też zdarzenia takie nie nastąpiły.”

ubezpieczeniowej wzorce umowne określane są jako ogólne warunki ubezpieczeń. Nierzadko są one dość obszerne, bowiem szczegółowo określają one tryb zawarcia umowy, warunki ochrony ubezpieczeniowej (przede wszystkim sytuacje, w jakich zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie), zasady rozwiązania umowy, czy unormowania dotyczące kontaktowania się przez strony umowy. Podkreślenia wymaga, że ogólne warunki ubezpieczenia – jeżeli zostały klientowi doręczone przed zawarciem umowy (art. 384 § 1 kodeksu cywilnego) – mają charakter wiążący, to znaczy że zakład ubezpieczeń może się na nie skutecznie powołać wobec klienta, na przykład co do wysokości świadczenia w razie szkody. Bez znaczenia jest, że zakład ubezpieczeń jest wyłącznym autorem ogólnych warunków ubezpieczenia i w pewnym sensie narzuca je swoim kontrahentom. Oczywiście ogólne warunki

„Ogólne warunki ubezpieczenia – jeżeli zostały klientowi doręczone przed zawarciem umowy (art. 384 § 1 kodeksu cywilnego) – mają charakter wiążący.”

ubezpieczenia muszą być zgodne z przepisami prawa – kodeksem cywilnym, ustawą o działalności ubezpieczeniowej i innymi aktami prawnymi. Jeżeli zachodzi w tym zakresie niezgodność, a zakład ubezpieczeń powołuje się na dany punkt warunków ubezpieczenia odmawiając wypłaty świadczenia, może to być podważane w toku sprawy sądowej.

Ochrona, jaka wynika z umowy ubezpieczenia, nie ma charakteru absolutnego. Pomimo że w ramach umowy zakład ubezpieczeń zgadza się na wypłatę świadczenia w razie zajścia określonych zdarzeń, to jednocześnie zawsze występują pewne okoliczności, w których klient spotka się z odmową wypłaty świadczenia. Czasami okoliczności takie wynikają wprost z przepisów prawa – np. w myśl art. 827 § 1 kodeksu cywilnego **zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający sam wyrządził szkodę umyślnie** (koresponduje to z przytoczoną wcześniej definicją zdarzenia losowego jako niezależnego od woli ubezpieczającego). Dużo częściej jednak wyłączenia albo ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wynikają z samej umowy, zwykle z treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń ma prawo proponować w umowie takie klauzule, gdyż mieści się to w ramach wolności kontraktowej. Postanowienia takie zazwyczaj wiążą się z tym, że w pewnych okolicznościach wystąpienie zdarzenia losowego jest bardzo wysoce prawdopodobne, do tego stopnia, że zakład ubezpieczeń nie chce od niego ubezpieczać (np. szkody wynikłe podczas działań wojennych czy przy uprawianiu sportów ekstremalnych) bądź też wiążą się z niezachowaniem przez klienta odpowiedniej ostrożności (np. wyłączenie odszkodowania za uszkodzenie samochodu, jeżeli kierowca rażąco naruszył zasady ruchu

zdarzył się wypadek oznaczający konieczność wypłaty przez zakład ubezpieczeń odszkodowania, to składka została „zmarnowana”. Składka jest ceną nie za same świadczenia finansowe od zakładu ubezpieczeń, ale za ryzyko, jakie zakład ubezpieczeń ponosi w związku z tym, że w razie wystąpienia zdarzeń losowych będzie musiał wypłacić świadczenie w wysokości najczęściej dużo większej aniżeli kwota składki.

Umowy ubezpieczenia, zwłaszcza o charakterze masowym (czyli zawierane w dużej liczbie, dotyczące ryzyk powszechnie występujących) **zawierane są przy wykorzystaniu wcześniej opracowanych przez zakłady ubezpieczeń wzorców.** Tradycyjnie w działalności

drogowego, przykładowo wjechał na skrzyżowanie na czerwonym świetle). Jednocześnie takie klauzule mogą być bardzo różne w produktach ubezpieczeniowych różnych zakładów ubezpieczeń. Powoduje to, że świadomy wybór ubezpieczenia powinien opierać się nie tylko na kryterium ceny (wysokości składki ubezpieczeniowej), ale również warunków ochrony ubezpieczeniowej, i powinien być poprzedzony uważną analizą proponowanej przez zakład ubezpieczeń treści umowy ubezpieczenia.

Fakt zawarcia umowy ubezpieczenia zawsze potwierdzany jest wystawianym przez zakład ubezpieczeń dokumentem ubezpieczenia (zwykle zwanym polisą). Nie należy mylić tego dokumentu z samą umową ubezpieczenia. Umowa taka, która skutkuje powstaniem z jednej strony obowiązku opłacania składek, a z drugiej zobowiązaniem zakładu ubezpieczeń do wypłaty świadczenia w razie zajścia zdarzenia losowego, może być zawarta bez zachowania formy pisemnej, wystarczająco nawet ustne (choćby telefoniczne) albo elektroniczne (np. złożone przez serwis internetowy czy pocztę elektroniczną) oświadczenia stron. Wystawienie dokumentu ubezpieczenia jest jedynie późniejszym potwierdzeniem, że zawarcie takiej umowy miało miejsce. Dokument taki jest ważny z tego względu, że może powstać konieczność udowodnienia posiadania ubezpieczenia (np. w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego w razie kontroli drogowej wykonywanej przez uprawnioną służbę).

Z umownym charakterem produktów ubezpieczeniowych wiąże się również to, że w sytuacji, kiedy klient i zakład ubezpieczeń mają rozbieżne zdania w danej sytuacji (zwykle kiedy klient domaga się wypłaty świadczenia, a zakład ubezpieczeń twierdzi, że się ono nie należy), a nie ma możliwości względnie ugodowego zafatwienia sprawy (np. poprzez mediację czy sąd polubowny), to wtedy **rozstrzygnięcie sporu pomiędzy klientem a zakładem ubezpieczeń należy wyłącznie do odpowiedniego sądu cywilnego**. Organy państwowe, takie jak Komisja Nadzoru Finansowego czy Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wykonują określone zadania (np. organ nadzoru dba o wypłacalność zakładów ubezpieczeń, czyli żeby dysponowały odpowiednimi zasobami pieniężnymi na wypłaty świadczeń), natomiast nie mają możliwości nakazania zakładowi ubezpieczeń wypłaty świadczenia na rzecz danego klienta.

Kluczowym elementem produktu ubezpieczeniowego jest świadczenie wypłacane przez zakład ubezpieczeń w razie wystąpienia zdarzenia losowego. Podkreślić trzeba, że zakład ubezpieczeń płaci tylko za skutki tych zdarzeń, które są objęte umową: to, że dane dobro (np. pojazd czy dom) jest ubezpieczone, to jeszcze nie oznacza, że dotyczy to każdego ryzyka, gdyż niektóre zdarzenia (np. uderzenie pioruna) mogą nie mieścić się w zakresie umowy. Oznacza to, że przed wyborem produktu ubezpieczeniowego należy dokładnie zapoznać się z jego charakterystyką.

Szczególną cechą świadczeń zakładów ubezpieczeń jest to, że mają one zwykle charakter pieniężny, a zatem ochrona ubezpieczeniowa

„Świadomy wybór ubezpieczenia powinien opierać się nie tylko na kryterium ceny, ale również warunków ochrony ubezpieczeniowej, i powinien być poprzedzony uważną analizą proponowanej przez zakład ubezpieczeń treści umowy ubezpieczenia.”

„Zakład ubezpieczeń płaci tylko za skutki tych zdarzeń, które są objęte umową: to, że dane dobro (np. pojazd czy dom) jest ubezpieczone, to jeszcze nie oznacza, że dotyczy to każdego ryzyka, gdyż niektóre zdarzenia (np. uderzenie pioruna) mogą nie mieścić się w zakresie umowy. Oznacza to, że przed wyborem produktu ubezpieczeniowego należy dokładnie zapoznać się z jego charakterystyką.”

jest ochroną o naturze finansowej. Zakład ubezpieczeń nie ma możliwości, żeby odwrócić skutki zdarzeń losowych, od których ubezpiecza. Nie jest możliwe, aby zakład ubezpieczeń np. odtworzył zniszczony pojazd czy przywrócił do życia zmarłego członka rodziny. W takich sytuacjach zakład ubezpieczeń wypłaca jedynie określoną kwotę pieniężną. Oczywiście kwota ta może pozwolić na naprawę pojazdu albo zakup nowego, a członkom rodziny zmarłego na zaspokojenie ich życiowych potrzeb, których realizacja została zagrożona w związku ze śmiercią ich bliskiego.

Jednocześnie kategorie dóbr obejmowanych ubezpieczeniem oraz sposób ustalania wysokości świadczeń pieniężnych wypłacanych przez zakłady ubezpieczeń powodują, że produkty ubezpieczeniowe można podzielić na dwie zasadnicze grupy: ubezpieczenia osobowe (w tym ubezpieczenia na życie) oraz ubezpieczenia majątkowe.

UBEZPIECZENIA OSOBOWE (NA ŻYCIE I INNE)

Przepisy prawa nie określają w sposób kategoryczny (zamknięty) katalogu dóbr, które mogą być objęte ubezpieczeniem osobowym. W art. 829 § 1 kodeksu cywilnego wskazano jedynie przykładowo, że ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

- 1) przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku;
- 2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Teoretycznie otwarta pozostaje zatem kwestia, czy poza ubezpieczeniami na życie oraz ubezpieczeniami wypadkowymi można oferować jeszcze inne ubezpieczenia osobowe. Praktyka ubezpieczeniowa korzysta z tej możliwości. Oferowane są bowiem w ramach ubezpieczeń na życie dodatkowe świadczenia z tytułu na przykład urodzenia się osobie ubezpieczonej dziecka, co trudno uznać za nieszczęśliwy wypadek.

Generalnie ubezpieczenie osobowe dotyczy zatem różnej natury zdarzeń odnoszących się do dóbr osobistych osoby ubezpieczonej, przede wszystkim życia i zdrowia, ale również sytuacji rodzinnej.

Główne cechy ubezpieczenia osobowego

Charakterystyczną cechą ubezpieczeń osobowych (poza dobrem objętym ubezpieczeniem) jest to, że świadczenie, jakie ma wypłacić zakład ubezpieczeń w razie zajścia zdarzenia losowego, pozostaje co do wysokości oderwane od wpływu tego zdarzenia na sytuację majątkową ubezpieczonego. Strony umowy ubezpieczenia umawiają się, że świadczenie to będzie odpowiadało pewnej kwocie pieniężnej, bez badania w momencie zdarzenia, czy kwota ta jest w jakikolwiek sposób adekwatna do konsekwencji zdarzenia losowego.

Oczywiście przezorny klient przy zawieraniu umowy ubezpieczenia osobowego powinien dążyć do wyboru takiej oferty, gdzie proponowana przez zakład ubezpieczeń wysokość świadczeń będzie satysfakcjonująca dla niego albo dla innych osób uprawnionych do świadczenia (np. członków rodziny), co wymaga pewnej umiejętności przewidywania, jakie zdarzenia losowe mogą ewentualnie dotknąć tego ubezpieczonego i jakie potrzeby finansowe mogą z tego wynikać.

Produkty oferowane w ramach ubezpieczeń osobowych

W ramach ubezpieczeń osobowych oferowana jest duża różnorodność produktów ubezpieczeniowych, wbrew skromnemu wyliczeniu w kodeksie cywilnym jedynie ubezpieczeń na życie i ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków.

Zwłaszcza w ramach ubezpieczeń na życie (które jak wskazano wyżej mogą dotyczyć nie tylko śmierci, ale również dożycia do określonego wieku) zakłady ubezpieczeń wypracowały szereg bardzo różnych kategorii produktów. Warto tutaj wymienić te najbardziej przydatne:

- 1) typowe ubezpieczenie na życie – w którym zdarzeniem losowym jest śmierć ubezpieczonego, a świadczenie jest wypłacane osobom przez niego wcześniej wskazanym (a przy braku wskazania – spadkobiercom);
- 2) ubezpieczenie na dożycie – gdzie obowiązek świadczenia przez ubezpieczyciela powstaje z tytułu dożycia do określonego wieku przez osobę ubezpieczoną i ma zapewnić pokrycie pewnych potrzeb wynikających z tego wieku;
- 3) ubezpieczenie posagowe – które cechuje się tym, że jego rolą jest zapewnienie świadczeń dzieciom wchodzącym w dorosłe życie, a zatem polega przede wszystkim na gromadzeniu kapitału dla potomków;
- 4) ubezpieczenie rentowe – w ramach którego za wpłaconą składkę, mającą charakter wniesionego kapitału, zakład ubezpieczeń zobowiązuje się płacić osobie ubezpieczonej świadczenie rentowe przez ustalony czas (np. aż do śmierci osoby uprawnionej);
- 5) ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – które łączą cechy typowego ubezpieczenia na życie z inwestowaniem części składki w instrumenty finansowe, przy czym zależnie od potrzeb klienta proporcja pomiędzy częścią inwestycyjną a ubezpieczeniową może być dowolnie modyfikowana, aż po produkty niemalże wyłącznie inwestycyjne, stosowane zwłaszcza jako zabezpieczenie emerytalne.

Z kolei w zakresie ubezpieczeń wypadkowych oferowane są ubezpieczenia obejmujące różne typy świadczeń implikowanych przez nieszczęśliwy wypadek. Nieszczęśliwy wypadek nie jest zdefiniowany w przepisach prawa, natomiast powszechnie przyjmuje się, że polega on na zdarzeniu wywołanym przez czynniki w stosunku do ubezpieczonego zewnętrzne (przy czym ich rozumienie jest szerokie, takim czynnikiem może być na przykład choćby sytuacja wywołująca szczególnie silny stres), mającym charakter nagły, zachodzącym wbrew woli ubezpieczonego i powodującym konsekwencje dla jego zdrowia lub życia. Świadczenia oferowane w ramach ubezpieczeń wypadkowych to w szczególności: świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu kalectwa, świadczenie z tytułu niezdolności do

„Nieszczęśliwy wypadek nie jest zdefiniowany w przepisach prawa, natomiast powszechnie przyjmuje się, że polega on na zdarzeniu wywołanym przez czynniki w stosunku do ubezpieczonego zewnętrzne (przy czym ich rozumienie jest szerokie, takim czynnikiem może być na przykład choćby sytuacja wywołująca szczególnie silny stres), mającym charakter nagły, zachodzącym wbrew woli ubezpieczonego i powodującym konsekwencje dla jego zdrowia lub życia.”

pracy. Oczywiście pamiętać należy również w tym przypadku, że oferty poszczególnych zakładów ubezpieczeń różnią się rodzajami świadczeń, ich wysokością, jak również przypadkami, w których zakład ubezpieczeń zastrzega sobie, że świadczenie się nie należy.

Najważniejsze cechy ubezpieczeń na życie

Ubezpieczenia na życie należą do najważniejszych ubezpieczeń osobowych i z tego powodu należy im się szczególna uwaga. Ubezpieczenia te często mają postać grupową, czyli korzystają z konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek (jak już wcześniej wskazywano, chodzi o przypadek, kiedy klient nie zawiera sam umowy ubezpieczenia, tylko korzystając z umowy zawartej przez kogoś innego – często pracodawcę, uczelnię, bank albo podobny podmiot – przyłącza się do istniejącego już programu ubezpieczeniowego). Również w takim przypadku klient powinien wcześniej zapoznać się z warunkami ubezpieczenia, gdyż niekiedy umowa zawarta przez kogoś innego może okazać

„Prawo zabezpiecza klienta przed sytuacją, w której twórca programu ubezpieczeniowego objąłby go ubezpieczeniem na życie bez jego wiedzy, czyniąc w istocie kwestię śmierci klienta przedmiotem zakładu hazardowego.”

się dla niego satysfakcjonująca. Warto też pamiętać, że prawo zabezpiecza klienta przed sytuacją, w której twórca programu ubezpieczeniowego objąłby go ubezpieczeniem na życie bez jego wiedzy, czyniąc w istocie kwestię śmierci klienta przedmiotem zakładu hazardowego. Przepisy prawa uzależniają bo-

wiem objęcie ubezpieczeniem życia danej osoby od jej zgody (art. 829 § 2 kodeksu cywilnego). Takiej zgody wymaga również późniejsza zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść klienta.

W przypadku ubezpieczeń na życie kluczowe znaczenie ma trwałość umowy oraz jej warunków. Jak łatwo się domyśleć, dla zakładu ubezpieczeń korzystne jest ubezpieczanie na życie osób młodych i zdrowych (ponieważ ryzyko ich śmierci jest niskie), zaś mniej korzystne ubezpieczanie osób starszych i podlegających na zdrowiu. Sytuacja taka mogłaby skłaniać zakład ubezpieczeń do podejmowania prób rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie wraz ze starzeniem się ubezpieczonego i pogarszaniem się jego stanu zdrowia, żeby uniknąć konieczności wypłaty świadczenia w razie jego śmierci. Takim praktykom zapobiegają przepisy prawa. Zakład ubezpieczeń w myśl art. 830 § 3 kodeksu cywilnego może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na życie jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie (przy czym obecnie żadna ustawa w ogóle takiego przypadku nie przewiduje). Osoba, która w młodym lub średnim wieku i ciesząc się dobrym zdrowiem ubezpiecza się na życie, ma prawną gwarancję, że nie będzie pozbawiona ubezpieczenia z tego powodu, że starzeje się, a stan jej zdrowia ulega pogorszeniu. Jest to bardzo istotne z tego względu, że ubezpieczenie na życie stanowi najczęściej zabezpieczenie dla osób najbliższych

„Osoba, która w młodym lub średnim wieku i ciesząc się dobrym zdrowiem ubezpiecza się na życie ma prawną gwarancję, że nie będzie pozbawiona ubezpieczenia z tego powodu, że starzeje się, a stan jej zdrowia ulega pogorszeniu.”

i istotną wartością jest stabilność tego zabezpieczenia.

Z ubezpieczeniem na życie wiąże się problem należności świadczenia w sytuacji, gdy śmierć ubezpieczonego była efektem jego samobójstwa. Jest to bowiem zdarzenie zależne od woli ubezpieczonego, czyli

formalnie nie mające cech zdarzenia losowego w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Jednakże polskie prawo wychodzi z założenia, że nie należy w każdym przypadku „karać”

osób uprawnionych brakiem świadczenia z powodu samobójstwa ubezpieczonego. W art. 833 kodeksu cywilnego zawarto zasadę, zgodnie z którą samobójstwo po upływie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia nie może być przyczyną odmowy wypłaty świadczenia. Co więcej, termin dwóch lat można w danej umowie skrócić nawet do sześciu miesięcy.

Świadczenia wypłacane z ubezpieczeń osobowych

W ubezpieczeniach osobowych, jako dotyczących dóbr osobistych, świadczenie należy się temu, kogo dobra ucierpiały wskutek zdarzenia losowego. W razie zatem uszkodzenia ciała (np. złamania ręki) wypłatę od zakładu ubezpieczeń otrzyma sam poszkodowany. Reguła ta nie może natomiast zadziałać w przypadku ubezpieczeń na życie, gdyż dotyczą one śmierci ubezpieczonego, a więc wskutek zdarzenia losowego osoba, której dobra ucierpiały, przestaje istnieć i nie może tym samym otrzymać świadczenia. W polskim prawie (art. 831 kodeksu cywilnego) zasadą jest w związku z tym, iż to **ubezpieczony w czasie trwania umowy decyduje, kto dostanie świadczenie w razie jego śmierci**. Przepisy nie wprowadzają tutaj żadnych ograniczeń, nie ma zatem np. obowiązku wskazania kogoś z najbliższej rodziny, uprawnionym do świadczenia może być dowolny podmiot, niekoniecznie osoba fizyczna, ale także osoba prawna (np. bank). Dopiero przy braku wskazania osoby uprawnionej świadczenie od zakładu ubezpieczeń otrzymają spadkobiercy ubezpieczonego.

UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE

W odróżnieniu od ubezpieczeń osobowych w ubezpieczeniach majątkowych dobrem, odnośnie którego ochrony udziela zakład ubezpieczeń, jest majątek osoby ubezpieczonej. Prawodawca udziela bardzo ogólnej odpowiedzi na pytanie, czym w istocie jest ten majątek. W art. 821 kodeksu cywilnego zapisano, że przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu. Kluczową kwestią jest zatem, co należy rozumieć poprzez interes majątkowy.

Główne cechy ubezpieczenia majątkowego

Najprostszą emanacją interesu majątkowego jest mienie, a przede wszystkim rzeczy ruchome oraz nieruchomości. Ubezpieczeniem majątkowym można więc objąć domy, mieszkania, pojazdy, wszelkie inne przedmioty fizycznie istniejące. Jednakże interes majątkowy nie ogranicza się wyłącznie do dóbr, które można fizycznie postrzegać. Interesem majątkowym są na przykład należności od pożyczkobiorcy (zagrożone tym, że ten ostatni może ich z różnych przyczyn nie uregulować), dochody z działalności gospodarczej (które mogą być nieosiągnięte choćby z powodu przerwy w produkcji spowodowanej awarią linii produkcyjnej), czy też umowy o pracę (w związku na przykład z utratą zatrudnienia). Nadającym się do ubezpieczenia ryzykiem są również przypadki, w których zajdzie potrzeba

„Interesem majątkowym są na przykład należności od pożyczkobiorcy (zagrożone tym, że ten ostatni może ich z różnych przyczyn nie uregulować), dochody z działalności gospodarczej (które mogą być nieosiągnięte choćby z powodu przerwy w produkcji spowodowanej awarią linii produkcyjnej), czy też umowy o pracę (w związku na przykład z utratą zatrudnienia).”

skorzystania z usług prawnika (ubezpieczenie ochrony prawnej) albo z jakichkolwiek innych usług, zwłaszcza wobec różnych wypadków losowych (np. pomoc drogowa w razie awarii samochodu podczas podróży, co zapewnia ubezpieczenie assistance). Przepisy prawa stwarzają warunki, aby oferować również produkty ubezpieczeniowe dotyczące takich przypadków. Ważne jest jedynie, aby zawsze chodziło o interesy, które dadzą się – choćby umownie – przeliczyć na pieniądze, czyli takie, które mają możliwą do wyliczenia wartość majątkową.

O ile w przypadku ubezpieczenia składników mienia dość oczywiste jest, że świadczenie ubezpieczyciela powinno co do zasady odpowiadać wartości tego mienia (wówczas jest odszkodowaniem, czyli świadczeniem wyrównującym szkodę), to wątpliwości co do zasad ustalania świadczeń zakładu ubezpieczeń mogą powstać w przypadku trudniejszych do przeliczenia na pieniądze interesów majątkowych. Przykładowo w przypadku ubezpieczeń związanych z ryzykiem utraty pracy nie wiadomo, jak długo ubezpieczony będzie miał status bezrobotnego; posiadanie ubezpieczenia mogłoby zresztą wręcz zniechęcać do znalezienia nowej pracy, skoro nie pracując otrzymuje się świadczenie od zakładu ubezpieczeń. Dlatego też w praktyce produkty ubezpieczeniowe dotyczące trudnych do jednoznacznego wycenienia interesów majątkowych są zwykle oferowane jedynie w określonych okolicznościach (np. ubezpieczenia od bezrobocia towarzyszą zwykle pożyczkom bankowym, stanowiąc dla banku zabezpieczenie spłat pożyczki na wypadek utraty przez pożyczkobiorcę źródła dochodu), a świadczenia wypłacane są w wysokościach i okresach ściśle określonych w umowach ubezpieczenia (np. jedynie przez pierwsze 3 miesiące od utraty pracy). W ten sposób zakład ubezpieczeń wraz z klientem ustalają, że na potrzeby umowy ubezpieczenia interes majątkowy, który jest ubezpieczany, ma daną wartość, niezależnie od tego, jakie będą rzeczywiste skutki finansowe zdarzenia losowego dla osoby ubezpieczonej.

Interes majątkowy, aby nadawał się do ubezpieczenia, musi być zgodny z prawem. Nie można ubezpieczyć interesów majątkowych, których prawo nie akceptuje, na przykład dochodów z działalności przestępczej.

Cechy ochrony wynikającej z ubezpieczeń majątkowych

Zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczeń majątkowych nie odpowiada bez żadnych ograniczeń. Jak stanowi art. 824 § 1 kodeksu cywilnego jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia

„Przezorny ubezpieczony powinien dbać o to, żeby suma ubezpieczenia była zbliżona do wartości ubezpieczonego dobra, gdyż tylko wówczas istnieje możliwość, że w razie szkody o charakterze całkowitym zakład ubezpieczeń wypłaci pełne odszkodowanie.”

ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zawsze zatem w umowach ubezpieczenia określa się sumę ubezpieczenia, powyżej której zakład ubezpieczeń nie jest już zobowiązany do świadczenia. Przezorny ubezpieczony powinien dbać o to, żeby suma ubezpieczenia była zbliżona do wartości ubezpieczonego dobra, gdyż tylko wówczas istnieje

możliwość, że w razie szkody o charakterze całkowitym zakład ubezpieczeń wypłaci pełne odszkodowanie. Suma ubezpieczenia niższa to odpowiednio niższe świadczenie w razie zdarzenia losowego.

Świadczenia z ubezpieczeń majątkowych mają charakter odszkodowań, to znaczy pokrywają szkodę, jakiej faktycznie doznała osoba ubezpieczona w swych interesach majątkowych. Oznacza

to, że na przykład w razie zniszczenia albo kradzieży pojazdu zakład ubezpieczeń wypłaca tyle, ile ten pojazd był wart w momencie wystąpienia szkody. Przepis wprowadzający tę zasadę (art. 824¹ § 1 kodeksu cywilnego) dopuszcza wprowadzić, że w danej umowie można przyjąć odstępstwo od tej zasady, jednakże nie oznacza to całkowitej dowolności, bowiem **celem ubezpieczenia majątkowego jest naprawienie szkody, a nie zarobienie na niej przez poszkodowanego**. Tym samym świadczenie w wysokości przekraczającej wartość danego dobra z momentu wypadku może być zastrzeżone jedynie wyjątkowo. Przykładem takiej sytuacji jest ubezpieczenie domu według tzw. wartości odtworzeniowej: w razie zniszczenia domu eksploatowanego przez wiele lat jego rzeczywista wartość z momentu szkody może być niższa (wskutek pewnego zużycia) od wartości w stanie nowym, jednakże rozsądne jest, żeby przyznać świadczenie w wysokości pozwalającej na wybudowanie nowego domu, gdyż niemożliwe jest odbudowanie domu w takim stanie, w jakim był on w momencie szkody (odbudowany dom z natury rzeczy będzie nowy, w przeciwieństwie do zniszczonego, i tym samym zwykle więcej wart). Oczywiście rozpatrując podany przykład trzeba pamiętać, że ubezpieczenie według wartości odtworzeniowej jest jednym z możliwych wariantów ubezpieczenia, można również zawrzeć umowę zapewniającą świadczenie w wysokości odpowiadającej jedynie rzeczywistej wartości domu w momencie poprzedzającym zniszczenie. Jest to opcja o tyle mniej korzystna, że nie pozwala na pełne sfinansowanie odbudowy z ubezpieczenia i dlatego klient – tak jak w przypadku każdego innego ubezpieczenia – powinien zapoznać się dokładnie z warunkami ubezpieczenia przed podjęciem ostatecznej decyzji o zawarciu umowy.

Szczególny typ ubezpieczenia majątkowego – ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Bardzo szczególnym typem ubezpieczeń majątkowych są ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W przeciwieństwie do pozostałych ubezpieczeń majątkowych zakład ubezpieczeń nie wypłaca w tym przypadku żadnego świadczenia osobie ubezpieczonej. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej polega na tym, że w przypadku, kiedy osoba ubezpieczona jest zobowiązana wypłacić komuś odszkodowanie z tego powodu, że wyrządziła mu szkodę (np. zniszczyła jakąś rzecz należącą do kogoś innego albo doprowadziła do uszkodzenia ciała), to zakład ubezpieczeń wypłaca to odszkodowanie w miejsce sprawcy szkody. Jednocześnie w takim przypadku zakład ubezpieczeń nie ma prawa do późniejszego żądania zwrotu wypłaconych kwot od tego, za kogo wypłacił odszkodowanie, gdyż ta osoba właśnie w tym celu wykupiła ubezpieczenie, za które zapłaciła składkę.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ma zatem dwojakiego rodzaju skutki. Z punktu widzenia sprawcy szkód, który ubezpieczył swoją odpowiedzialnością cywilną, chroniony jest jego majątek przed uszczerpkami polegającymi na wypłacie odszkodowań za wyrządzone szkody. Z kolei z punktu widzenia poszkodowanego istnieje możliwość uzyskania odszkodowania nie tylko od sprawcy szkody, który może nie posiadać wystarczającego majątku (zwłaszcza w przypadku szkód w dużych rozmiarach, generujących na przykład koszty skomplikowanego leczenia), ale także od zakładu ubezpieczeń, będącego profesjonalną instytucją wyposażoną w duże kapitały.

„Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej polega na tym, że w przypadku, kiedy osoba ubezpieczona jest zobowiązana wypłacić komuś odszkodowanie z tego powodu, że wyrządziła mu szkodę (np. zniszczyła jakąś rzecz należącą do kogoś innego albo doprowadziła do uszkodzenia ciała), to zakład ubezpieczeń wypłaca to odszkodowanie w miejsce sprawcy szkody.”

Ta ostatnia przyczyna spowodowała, że **zgodnie z prawem osoba poszkodowana może zgłaszać swoje roszczenia o odszkodowanie nie tylko do sprawcy szkody, ale również bezpośrednio do zakładu ubezpieczeń** (o czym stanowi art. 822 § 4 kodeksu cywilnego).

Znaczenie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej doskonale widać na przykładzie najpowszechniejszego ubezpieczenia związanego z ruchem pojazdów mechanicznych. Wypadki drogowe często pociągają bowiem za sobą nie tylko znaczne szkody w mieniu (zniszczone bądź uszkodzone pojazdy, przewożone przez nie towary, infrastruktura drogowa itd.), ale również uszkodzenia ciała, jak również ofiary śmiertelne, których skutkiem może być utrata przez rodzinę jedyne go bądź istotnego żywiciela. Odszkodowania wypłacane z tytułu wypadków drogowych przybierają zatem rozmiary tak duże, że byłyby niemożliwe do zapłacenia przez uczestników ruchu drogowego, i kończyłyby się dla nich faktycznym bankrutem. Bez ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej poszkodowani najczęściej nigdy nie dostawaliby pełnych odszkodowań, natomiast sprawcy szkód byłiby obciążeni długami przekraczającymi ich możliwości zarobkowe.

Zakłady ubezpieczeń oferują ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej o bardzo różnym przeznaczeniu. Takie ubezpieczenia wykupują zarówno przedsiębiorcy, chcący zabezpieczyć się na wypadek szkód, które mogą być przez nich wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, jak i osoby prywatne w związku z ich codzienną aktywnością (wówczas mowa jest o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym). Z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej korzystają również na przykład jednostki samorządu terytorialnego, gdyż także w związku z wykonywaniem władzy publicznej mogą wyniknąć szkody, związane choćby z nienależytym nadzorem nad podlegającymi im placówkami oświatowymi, czy też nieodpowiednim dbaniem o stan dróg.

UBEZPIECZENIA OBOWIĄZKOWE

Niekiedy obowiązujące w Polsce prawo przewiduje, że posiadanie określonego ubezpieczenia jest obowiązkowe. W takiej sytuacji przepis wskazuje, w jakich okolicznościach powstaje obowiązek i jakie ryzyko powinno być objęte ubezpieczeniem.

Ubezpieczenia obowiązkowe nie są odrębną kategorią ubezpieczeń w stosunku do ubezpieczeń majątkowych czy osobowych. Mogą one dotyczyć zarówno interesów majątkowych, jak i dóbr osobistych (choć ten drugi przypadek raczej w Polsce nie występuje), a jedyny wyróżnik to właśnie obowiązkowy charakter. Z tego powodu mają one jednak tak dużą specyfikę, że wymagają osobnego omówienia, a w systemie prawa posiadają odrębną regulację, zawartą w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Należy pamiętać, że obowiązkowy charakter ubezpieczenia nie oznacza (w przeciwieństwie do ubezpieczeń społecznych), że z mocy przepisów prawa takie ubezpieczenie się posiada nawet przy zupełnej bierności. Wręcz przeciwnie, ponieważ żeby być ubezpieczonym (tak dobrowolnie, jak i obowiązkowo), konieczne jest zawarcie umowy z wybranym zakładem ubezpieczeń, to **osoba, na której ciąży obowiązek ubezpieczenia, powinna aktywnie działać w celu pozyskania ubezpieczenia**. Ułatwieniem

„Nie ma żadnych gwarancji prawnych, że składka za ubezpieczenie obowiązkowe będzie co do wysokości odpowiadała oczekiwaniom czy możliwościom finansowym osoby zobowiązanej do posiadania ubezpieczenia.”

jest to, że zakład ubezpieczeń nie może takiej osobie odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia (o czym przesądza art. 5 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Nie ma natomiast żadnych gwarancji prawnych, że składka za ubezpieczenie obowiązkowe będzie co do wysokości odpowiadała oczekiwaniom

czy możliwościom finansowym osoby zobowiązanej do posiadania ubezpieczenia. W tym zakresie obowiązują prawa wolnego rynku, czyli zakłady ubezpieczeń dowolnie kształtują ceny za swoje usługi, a ich regulatorem jest konkurencja.

Ponieważ prawo przewidując obowiązkowe ubezpieczenia pozostawia osobom zobowiązanym konieczność znalezienia zakładu ubezpieczeń i zawarcia z nim umowy, należy liczyć się z tym, że wystąpią przypadki niedopełnienia tego obowiązku. Regułą jest, że pociągają one za sobą sankcje, które najczęściej mają charakter kar finansowych, ale w niektórych przypadkach mogą polegać także na utracie uprawnień zawodowych, jeżeli obowiązek ubezpieczenia wiąże się z określoną aktywnością gospodarczą. Oprócz tego w razie wystąpienia szkód sprawca będzie musiał je zrekompensować z własnego majątku. Dla poszkodowanych ma to ten niekorzystny skutek, że będą musieli polegać tylko na zasobach majątkowych sprawcy szkody, bez możliwości ściągnięcia odszkodowania z zasobów finansowych zakładu ubezpieczeń. Z tej przyczyny powołana została instytucja Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, którego jednym z zadań jest wypłacanie odszkodowań w sytuacjach, w których osoba zobowiązana nie posiadała jednego z dwóch najpowszechniejszych ubezpieczeń obowiązkowych, to jest ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego oraz ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolnika.

Nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie o liczbę ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce. Przyczyną tego jest fakt, że z jednej strony ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych wymaga, aby wprowadzając ubezpieczenie obowiązkowe określać jego zakres czy konsekwencje niedopełnienia obowiązku, z drugiej zaś strony liczne odrębne ustawy i rozporządzenia wprowadzają ubezpieczenia obowiązkowe, przy których te wymogi nie są zachowane. W efekcie funkcjonują w przepisach prawa liczne ubezpieczenia, co do których zachodzi wątpliwość, czy są one rzeczywiście obowiązkowe, czy też nie. W skrajnych przypadkach taka niestaranność może skończyć się uznaniem przez Trybunał Konstytucyjny przepisu wprowadzającego dane ubezpieczenie jako obowiązkowe za niezgodny z Konstytucją bądź ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych, co już się zdarzało.

Najpowszechniej znanym ubezpieczeniem obowiązkowym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu. Istnienie obowiązku ubezpieczenia w tym zakresie jest wynikiem częstotliwości, rozmiarów oraz społecznej i gospodarczej dotkliwości szkód wynikających z wypadków drogowych. Ubezpieczenie to ma charakter obowiązkowy we wszystkich państwach Unii Europejskiej, a rozwiązaniem korzystnym dla zobowiązanych jest to, że umowa ubezpieczenia zawarta w jednym państwie członkowskim jest ważna we wszystkich pozostałych. W związku z tym każdy zakład ubezpieczeń, który oferuje takie ubezpieczenie, musi – pod sankcją cofnięcia zezwolenia – posiadać w każdym państwie należącym do Unii Europejskiej tzw. reprezentanta do spraw roszczeń, co służy temu, żeby obywatele tych państw, poszkodowani przez pojazdy przyjeżdżające z innych państw, mogli dochodzić odszkodowań wobec tych reprezentantów według swojego macierzystego prawa i w swoim własnym języku. Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych zawiera bardzo obszerną i szczegółową regulację ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, obejmującą między innymi termin powstania obowiązku (najczęściej tożsamy dacie zarejestrowania pojazdu) oraz mechanizm automatycznego wznawiania ubezpieczenia po upływie okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta. Inne ubezpieczenia obowiązkowe to przede wszystkim ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związane z prowadzeniem określonej działalności gospodarczej przez: rolników, adwokatów, radców prawnych, notariuszy, komorników, brokerów ubezpieczeniowych i wiele innych kategorii przedsiębiorców.

RELACJE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ Z KLIENTAMI

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

Przepisy prawa wprowadzają obowiązki informacyjne podmiotów stosunku prawnego ubezpieczenia, w szczególności zaś zakładów ubezpieczeń. Ze względu na charakter niniejszej publikacji, poniżej zostanie przedstawiony syntetyczny przegląd obowiązków informacyjnych w oparciu o podział na przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów.

Kodeks cywilny

Jak wynika z kodeksu cywilnego, **ubezpieczyciel ma obowiązek doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia**. Ustalony przez jedną ze stron wzorec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy.

W razie gdy postugiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie dotyczy to jednak umów zawieranych z udziałem konsumentów, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego.

Jeżeli jedna ze stron postuguje się wzorcem umowy w postaci elektronicznej, powinna udostępnić go drugiej stronie przed zawarciem umowy w taki sposób, aby mogła ona wzorec ten przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

Kodeks cywilny. Umowa ubezpieczenia. Dział I – Przepisy ogólne

Ustawodawca w art. 808 § 4 kodeksu cywilnego uregulował kwestię dotyczącą uprawnienia do żądania przez ubezpieczonego od ubezpieczyciela przekazania określonych informacji w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Cechą umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek jest to, że mamy tu do czynienia z ubezpieczeniem cudzego interesu majątkowego, czy też niemajątkowego. Kodeks cywilny stanowi, że ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego. Należy zwrócić uwagę na zakres przekazywanych informacji. Obejmuje on bowiem kwestie praw i obowiązków ubezpieczonego. Ubezpieczony nie może zatem żądać od ubezpieczyciela przekazania informacji innych niż te, które dotyczą postanowień umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia odnoszących się do praw i obowiązków ubezpieczonego.

W tym miejscu warto zauważyć, że w odniesieniu do ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (czyli ubezpieczeń na życie) pewne rozwiązania zostały wprowadzone w art. 13 ust. 3b ustawy o działalności ubezpieczeniowej (o czym więcej w dalszej części publikacji).

Kodeks cywilny przewiduje pewne obowiązki nałożone na ubezpieczyciela, którym można przypisać charakter informacyjny, aktualizujące się w przypadku zawierania umów ubezpieczenia w trybie ofertowym. Zawieranie umów ubezpieczenia w trybie ofertowym oznacza taką sytuację, gdy ubezpieczający składa ofertę. Przypomnieć wypada, że ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. Jak stanowi art. 811 § 1 kodeksu cywilnego, jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

Kodeks cywilny określa także skutki, gdy zakład ubezpieczeń nie wywiąże się z wyżej wskazanej powinności. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Natomiast w przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy różnicę między treścią umowy, a ogólnymi warunkami ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji (art. 812 § 8 kodeksu cywilnego).

Przepis art. 812 § 8 kodeksu cywilnego stosuje się odpowiednio w razie zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia w czasie trwania stosunku umownego. Nie uchybia to stosowaniu w takim przypadku przepisu art. 384¹ kodeksu cywilnego, co będzie oznaczało w szczególności obowiązek doręczenia ubezpieczającemu będącemu konsumentem nowych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Przepis art. 815 § 1 kodeksu cywilnego nakłada na ubezpieczającego obowiązki informacyjne na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Warto zwrócić uwagę na zakres informacji, które ubezpieczający obowiązany jest przekazać. Mowa jest tu bowiem o okolicznościach, o które zapytywał ubezpieczyciel. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Przedstawione powyżej obowiązki informacyjne mogą się aktualizować także w czasie trwania umowy. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany tych okoliczności, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się jednakże do ubezpieczeń na życie.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki dotyczące podania do wiadomości ubezpieczyciela okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach, a także obowiązki, które się zaktualizowały w trakcie trwania umowy spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym. Ustawodawca przewidział jednak wyjątek od objęcia tymi powinnościami

ubezpieczonego. Nie obejmują one ubezpieczonego, jeżeli nie wiedział on o zawarciu umowy na jego rachunek.

Skutki uchybień w tym zakresie określa art. 815 § 3 kodeksu cywilnego.

Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać, że ubezpieczający ma obowiązek w określonym terminie powiadomić ubezpieczyciela o wypadku. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek wskazanym obowiązkiem można obciążyć zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego. Powinność ta nie będzie jednak ciążyć na ubezpieczonym, jeżeli ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek.

Kodeks cywilny określa skutki uchybienia tym obowiązkom. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa powyższych obowiązków ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

Kodeks cywilny. Umowa ubezpieczenia. Dział II – ubezpieczenia majątkowe

Jeżeli po zawarciu umowy wartość ubezpieczonego mienia uległa zmniejszeniu, ubezpieczyciel może dokonać jednostronnie zmniejszenia sumy ubezpieczenia, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego.

Kodeks cywilny. Umowa ubezpieczenia. Dział III – ubezpieczenia osobowe

Przepis art. 830 § 4 kodeksu cywilnego wskazuje, że w razie zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia na życie w czasie trwania stosunku umownego stosuje się odpowiednio między innymi art. 812 § 8 kodeksu cywilnego. Nie uchybia to stosowaniu w takim przypadku przepisu art. 384¹ kodeksu cywilnego (w odniesieniu do art. 812 § 8 kodeksu cywilnego zob. uwagi powyżej).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej

Ustawodawca w art. 13 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej przesądził, że w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (czyli ubezpieczeń na życie), przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

Pisemne informacje zakład ubezpieczeń może przekazać za zgodą ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym.

Na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do tej ustawy (czyli ubezpieczeń na życie), zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

W przypadku, gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

Pismem informację zakład ubezpieczeń może przekazać za zgodą ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym.

W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (ubezpieczenia na życie), zakład ubezpieczeń jest obowiązany do pisemnego informowania ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (art. 13 ust. 3a ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Pismem informację zakład ubezpieczeń może przekazać za zgodą ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym.

W ustawie o działalności ubezpieczeniowej zostały także wprowadzone obowiązki informacyjne ubezpieczającego względem ubezpieczonego. Zgodnie z art. 13 ust. 3b ustawy o działalności ubezpieczeniowej,

„W ustawie o działalności ubezpieczeniowej zostały także wprowadzone obowiązki informacyjne ubezpieczającego względem ubezpieczonego.”

w przypadku umów ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, w szczególności ubezpieczeń grupowych, ubezpieczający obowiązany jest do przekazania ubezpieczonemu informacji określonych w art. 13 ust. 2–3a tej ustawy. Zakres tych informacji został przedstawiony powyżej. W tym miejscu można przypomnieć, że informacje dotyczą na przykład: zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Sposób przekazywania tych informacji określa umowa ubezpieczenia, przy czym powinny być one przekazane ubezpieczonemu:

- 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w art. 13 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej;
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez zakład ubezpieczeń – w przypadku informacji, o których mowa w art. 13 ust. 3 i 3a ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- Ustawa stanowi jednocześnie, że w przypadku nieprzekazania ubezpieczonemu informacji, ubezpieczający ponosi wobec ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

W przypadku grupowych umów ubezpieczenia, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (ubezpieczenia na życie), zakład ubezpieczeń, na żądanie ubezpieczonego, jest obowiązany do przekazania informacji określonych w art. 13 ust. 2–3a tej ustawy. W przypadku nieprzekazania ubezpieczonemu tych informacji, zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego.

W zakresie umów ubezpieczenia z działu I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym), zakład ubezpieczeń jest obowiązany do:

- 1) ogłaszania, nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane ogłoszenie;
- 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Zakres, formę, sposób sporządzania oraz termin i sposób publikacji tych sprawozdań określa rozporządzenie Ministra Finansów.

Zakład ubezpieczeń, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, obowiązany jest udzielić ubezpieczającemu, będącemu osobą fizyczną, informacji dotyczących:

- 1) prawa właściwego dla umowy w razie, gdy strony nie mają swobody wyboru prawa;
- 2) prawa właściwego, którego wybór proponuje zakład ubezpieczeń, gdy strony mają swobodę wyboru prawa;
- 3) sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także organu właściwego do ich rozpatrzenia.

Ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych

Nie później niż 14 dni przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do wystania ubezpieczającemu informacji o ubezpieczeniu na kolejny okres ubezpieczenia.

Przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych określają zakres takiej informacji.

Informacja ta powinna być wystana:

- 1) w postaci elektronicznej przy wykorzystaniu środka komunikacji elektronicznej, jeżeli przy zawarciu umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ubezpieczający wyraził zgodę na składanie mu oświadczeń w takiej postaci, lub
- 2) w formie pisemnej, w sposób umożliwiający niezwłoczne poinformowanie ubezpieczającego.

Powyższego nie stosuje się do umów zawieranych w trybie negocjacji z przedsiębiorcą. Analogiczne rozwiązanie przewiduje ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku umowy ubezpieczenia OC rolników oraz umowy ubezpieczenia budynków rolniczych.

Ustawa o ochronie niektórych praw konsumentów

Ustawa o ochronie niektórych praw konsumentów w rozdziale 2a zawiera szczególne przepisy o umowach zawieranych na odległość dotyczących usług finansowych. Usługami finansowymi w rozumieniu tej ustawy są między innymi czynności ubezpieczeniowe.

Na szczególną uwagę zasługuje wymóg, zgodnie z którym konsument powinien być poinformowany, przy użyciu środka porozumiewania się na odległość, najpóźniej w chwili złożenia mu propozycji zawarcia umowy, o szeregu danych wskazanych w tej ustawie (np. o istotnych właściwościach świadczenia i jego przedmiocie, sądzie właściwym dla rozstrzygnięcia sporów związanych z wykonywaniem umowy).

Przed zawarciem umowy lub gdy umowa jest na życzenie konsumenta zawierana z zastosowaniem środka porozumiewania się na odległość, który nie pozwala na doręczenie warunków umowy, niezwłocznie po jej zawarciu, przedsiębiorca jest obowiązany do potwierdzenia konsumentowi na piśmie lub za pomocą innego statycznego nośnika informacji dostępnego dla konsumenta, w szczególności dyskiety, CD-ROM-u, DVD, informacji, o których mowa w art. 16b ust. 1 tej ustawy.

LIKWIDACJA SZKÓD

Likwidacja szkód to czynności polegające na ustaleniu stanu faktycznego, po zaistnieniu zdarzenia losowego, udokumentowaniu szkody i wycenie wysokości strat.

W zależności od rodzaju ubezpieczenia zasady likwidacji szkód reguluje ustawa o działalności ubezpieczeniowej, kodeks cywilny i ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Zasady w zakresie likwidacji szkód uregulowane w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej)

Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

Powyższej regulacji nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia, o których mowa w dziale II w grupie 18 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania), jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

Jeżeli w terminach określonych w umowie lub w ustawie zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, zakład ubezpieczeń ma obowiązek zawiadomienia pisemnie osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wyptacenia bezspornej części świadczenia.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać osobom, występującym z roszczeniem, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. **Zakład ubezpieczeń**

ma obowiązek udostępnić osobom, występującym z roszczeniem, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Informacje i dokumenty zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępnić osobom, występującym z roszczeniem, oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Zakład ubezpieczeń przechowuje informacje i dokumenty, o których była mowa do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia. W myśl art. 819 § 1 kodeksu cywilnego roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat.

Zasady w zakresie likwidacji szkód objętych ubezpieczeniem obowiązkowym uregulowane w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych (art. 14 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych)

Wskazać należy, że ubezpieczeniami obowiązkowymi są:

- 1) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
- 2) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego;
- 3) ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych;
- 4) ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 4 pkt 1–4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W razie zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem obowiązkowym, o którym mowa w art. 4 pkt 1–3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych osoba uczestnicząca w nim, z uwzględnieniem regulacji poniżej, jest obowiązana do:

- 1) przedsięwzięcia wszystkich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zdarzenia, starania się o złagodzenie skutków zdarzenia oraz zapewnienia pomocy lekarskiej poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczenia mienia osób poszkodowanych;
- 2) zapobieżenia, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody;
- 3) niezwłocznego powiadomienia Policji o zdarzeniu, o ile doszło do wypadku z ofiarami w ludziach lub do wypadku powstałego w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo.

W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem obowiązkowym, o którym mowa w art. 4 pkt 1–3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych uczestnicząca w nim osoba objęta tym ubezpieczeniem jest ponadto obowiązana do:

- 1) udzielenia pozostałym uczestnikom zdarzenia niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji zakładu ubezpieczeń, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia;

2) niezwłocznego powiadomienia o zdarzeniu zakładu ubezpieczeń, udzielając mu niezbędnych wyjaśnień i przekazując posiadane informacje.

Osoba, której odpowiedzialność jest objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, a także osoba występująca z roszczeniem, powinny przedstawić zakładowi ubezpieczeń, Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub Polskiemu Biuru Ubezpieczycieli Komunikacyjnych posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ufatwić im ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód, jak również udzielić pomocy w dochodzeniu przez zakład ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny lub Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych roszczeń przeciwko sprawcy szkody.

Terminy likwidacji szkód objętych ubezpieczeniem obowiązkowym i dobrowolnym

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

W myśl art. 14 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wy-

sokości odszkodowania okazało się niemożliwe, **odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.**

W terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie zakład ubezpieczeń zawiadamia na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

Nadto, jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie albo w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, jak również na przyczyny, dla których odmówił wiarygodności okolicznościom dowodowym podniesionym przez osobę zgłaszającą roszczenie. Pismo zakładu ubezpieczeń powinno zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej (o czym stanowi art. 14 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych, np. autocasco, mieszkania i domu, czy też odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, termin zakończenia likwidacji szkody regulowany jest przepisami kodeksu cywilnego.

O terminie spełnienia świadczenia rozstrzygają w umowie strony (umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w art. 817 kodeksu cywilnego).

„W przypadku braku określenia terminu w umowie ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 § 1 kodeksu cywilnego).”

W przypadku braku określenia terminu w umowie ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 § 1 kodeksu cywilnego). Zgodnie z art. 817 § 2 kodeksu cywilnego gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie

okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

W świetle powyższych regulacji należy zauważyć, że istnieją różnice pomiędzy terminem likwidacji szkody w ubezpieczeniu obowiązkowym a terminem w ubezpieczeniu dobrowolnym. W przypadku ubezpieczenia obowiązkowego przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych regulujące czas trwania postępowania likwidacyjnego są przepisami bezwzględnie obowiązującymi, a więc nie jest możliwe zastosowanie innych terminów. W przypadku zaś ubezpieczeń dobrowolnych, przepisy kodeksu cywilnego, wskazując 30-dniowy termin likwidacji szkody dopuszczają przyjęcie w umowie innego terminu, pod warunkiem jednak, iż będzie to termin korzystniejszy dla poszkodowanego. Kolejną różnicą pomiędzy regulacjami określającymi terminy likwidacji szkody w ubezpieczeniach obowiązkowych i dobrowolnych jest wprowadzenie w ubezpieczeniach obowiązkowych górnej granicy czasu likwidacji szkody w liczbie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, przy czym przekroczenie tego terminu jest możliwe – jak było już mówione wcześniej – jedynie w przypadku, gdy stwierdzenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub też określenie wysokości odszkodowania uzależnione jest od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.

Sankcje administracyjne za nieterminową likwidację szkód

Zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność administracyjną za nieterminową likwidację szkód

W myśl art. 14 ust. 3a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych w przypadku niewypłacenia przez zakład ubezpieczeń odszkodowania w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie albo w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego, lub omówionego wyżej niedopełnienia obowiązku informacyjnego, organ nadzoru stosuje wobec zakładu ubezpieczeń środki nadzorcze w postaci kary pieniężnej na członków zarządu lub prokurentów, kary pieniężnej na zakład ubezpieczeń określone w art. 212 ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Wypłata odszkodowania przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny i obowiązki informacyjne

Jeżeli w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie albo w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego, **zakład ubezpieczeń nie ustali ważności umowy ubezpieczenia obowiązkowego, osoby odpowiedzialnej za szkodę, właściwy do wypłaty odszkodowania jest Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, na zasadach określonych w rozdziale 7 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych**. Zakład ubezpieczeń przesyła wówczas niezwłocznie zgromadzoną dokumentację do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, powiadamiając o tym osobę zgłaszającą roszczenie. Odpowiedzialność za zwłokę w spełnieniu świadczenia ponoszą odpowiednio Fundusz i zakład ubezpieczeń, każdy w swoim zakresie (o czym stanowi art. 14 ust. 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W przypadku ustalenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny dochodzi od tego zakładu ubezpieczeń zwrotu wypłaconego odszkodowania i poniesionych kosztów.

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny ma obowiązek udostępniać poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Informacje i dokumenty Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny ma obowiązek udostępniać poszkodowanym i uprawnionym, na ich żądanie, w postaci elektronicznej. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług (co przesądza art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Dochodzenie roszczeń w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej

Dochodzenie roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń

Poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. O zgłoszonym roszczeniu zakład ubezpieczeń powiadamia niezwłocznie ubezpieczonego.

Dochodzenie roszczeń bezpośrednio od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego

Poszkodowany może dochodzić roszczeń bezpośrednio od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w następujących przypadkach:

- 1) roszczeń z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów i ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego w granicach określonych na podstawie przepisów rozdziałów 2 i 3, za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w przypadkach określonych w art. 98 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych;
- 2) zaspokajanie roszczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody, na osobie, w mieniu, w mieniu i na osobie, gdy posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządzone, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- 3) w przypadku wyrządzenia szkody w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, jeżeli zgodnie z art. 2 pkt 7a lit. c ustawy o działalności ubezpieczeniowej państwem członkowskim umieszczenia ryzyka jest Rzeczpospolita Polska;
- 4) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika oczywiście nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, do zadań Funduszu należy również zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z:
 - ➔ umów ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 1–3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, za szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w granicach określonych na podstawie przepisów rozdziałów 2–4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych;
 - ➔ umów ubezpieczeń obowiązkowych, o których mowa w art. 4 pkt 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz umów ubezpieczenia na życie, w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (art. 19 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Dochodzenie roszczeń bezpośrednio od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Zgodnie z art. 19 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych poszkodowany może dochodzić roszczeń bezpośrednio od Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych za szkody będące następstwem wypadków, które miały miejsce na terytorium:

- 1) Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego;
- 2) Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i zaspokajaniu roszczeń, pod warunkiem istnienia ważnej Zielonej Karty wystawionej przez zagraniczne biuro narodowe;

- 3) państw, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i likwidacji szkód, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawca posiadał Zieloną Kartę wystawioną przez członka Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji;
- 4) państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z członkiem Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji.

Analogiczny jak w przypadku Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego obowiązek udostępniania poszkodowanemu lub uprawnionemu informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności dotyczy Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W myśl art. 14 ust. 6 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych ma obowiązek udostępniać poszkodowanemu lub uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych lub wysokości świadczenia w zakresie szkód, będących następstwem wypadków, które miały miejsce na terytorium:

- 1) Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego;
- 2) Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zarejestrowanych w państwach, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i zaspokajaniu roszczeń, pod warunkiem istnienia ważnej Zielonej Karty wystawionej przez zagraniczne biuro narodowe;
- 3) państw, których biura narodowe podpisały z Biurem umowy o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych i likwidacji szkód, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawca posiadał Zieloną Kartę wystawioną przez członka Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji;
- 4) państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, jeżeli poszkodowanym jest osoba mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawca zawarł umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z członkiem Biura, którego upadłość ogłoszono lub który uległ likwidacji (o czym stanowi art. 14 ust. 6 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Sądowa droga dochodzenia roszczeń

Powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczeń obowiązkowych lub obejmujące roszczenia z tytułu tych ubezpieczeń można wytoczyć bądź według przepisów o właściwości ogólnej, bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (art. 20 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W postępowaniu sądowym o naprawienie szkody objętej ubezpieczeniem obowiązkowym odpowiedzialności cywilnej jest niezbędne przywołanie zakładu ubezpieczeń. Zasadę tę stosuje się także do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego i Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (art. 20 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
Skr. poczt. nr 419, 00-950 Warszawa 1
Tel. (+48) 22 262 50 00
Fax (+48) 22 262 51 11
knf@knf.gov.pl
www.knf.gov.pl



ISBN 978-83-63380-81-6