



Ubezpieczenia z głową, czyli
ubezpieczeniowe ABC dla
myślących przed szkodą

Poradnik klienta usług finansowych



**PORADNIK KLIENTA
USŁUG FINANSOWYCH**

*Paweł Dudzicz
Piotr Matraszek
Piotr Nowak
Łukasz Szymański*

UBEZPIECZENIA Z GŁOWĄ, CZYLI UBEZPIECZENIOWE ABC DLA MYŚLĄCYCH PRZED SZKODĄ

Warszawa 2012



Publikacja została wydana nakładem Komisji Nadzoru Finansowego

© Komisja Nadzoru Finansowego
Pl. Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
www.knf.gov.pl

Warszawa, 2012
Wydanie I

ISBN 978-83-930260-7-4

Projekt okładki
www.czartart.com

Przygotowanie do druku i druk
Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzczak
www.grzeg.com.pl

Niniejsza publikacja wydana została 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.

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| Wstęp | 5 |
| Co to jest ubezpieczenie i dlaczego warto się ubezpieczać? | 6 |
| Pojęcie, przedmiot i cel umowy ubezpieczenia..... | 6 |
| Systematyka ubezpieczeń gospodarczych | 8 |
| Ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne..... | 13 |
| Podstawowe pojęcia związane z ubezpieczeniami..... | 14 |
| Ogólne warunki ubezpieczenia..... | 14 |
| Dokument ubezpieczenia..... | 14 |
| Agent ubezpieczeniowy a broker ubezpieczeniowy | 15 |
| Jak dobrze się ubezpieczyć? | 16 |
| Krok 1. Określ swoje potrzeby oraz możliwości i do nich ubezpieczenie..... | 16 |
| Krok 2. Poszukaj na rynku ubezpieczenia najbardziej dopasowanego do swoich potrzeb | 18 |
| Krok 3. Przeczytaj ogólne warunki ubezpieczenia | 22 |
| Krok 4. Zawieramy umowę | 24 |
| Wniosek ubezpieczeniowy | 24 |
| Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna | 26 |
| Składka ubezpieczeniowa | 28 |
| Początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń | 29 |
| Wyjście awaryjne: odstąpienie od umowy | 30 |
| Dochodzenie roszczeń | 31 |
| Zgłoszenie szkody | 31 |
| Termin zgłoszenia szkody..... | 31 |
| Skutki niezgłoszenia szkody | 31 |
| Forma zgłoszenia szkody..... | 31 |
| Likwidacja szkody | 32 |
| Uwagi ogólne | 32 |
| Uprawnienia ubezpieczonego w trakcie procesu likwidacji szkody | 36 |
| Termin likwidacji szkody | 38 |
| Forma wypłaty świadczenia | 39 |
| Dochodzenie roszczeń | 39 |
| Odmowa wypłaty świadczenia lub wypłacenie zbyt niskiego świadczenia.... | 39 |
| Przedawnienie roszczeń | 41 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Instytucje chroniące interesy klientów zakładów ubezpieczeń</i> | 43 |
| Komisja Nadzoru Finansowego..... | 43 |
| Sąd Polubowny przy KNF..... | 43 |
| Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów | 44 |
| Rzecznik Ubezpieczonych | 44 |
| Miejscy (Powiatowi) Rzecznicy Konsumentów..... | 45 |
| Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny | 45 |
| Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych | 45 |
| <i>Podstawowe prawa i obowiązki klienta zakładu ubezpieczeń.....</i> | 46 |
| <i>Podsumowanie.....</i> | 50 |
| <i>Słownik przydatnych terminów ubezpieczeniowych</i> | 51 |
| <i>Lista używanych skrótów</i> | 55 |

WSTĘP

Co łączy ubezpieczenia i szwajcarskie sery?

Czy franszyzą można się zarazić?

Czy uposażona to majątna panna?

Dla kogo pracuje agent?

Czy likwidacja szkody boli?

Czy warto się ubezpieczać?

Czy najdroższe ubezpieczenie jest najlepsze?

Odpowiedzi na te i wiele innych pytań można znaleźć w niniejszej publikacji. Zadanie, jakie postawił przed sobą autorzy to nie tylko przybliżenie i uświadomienie potencjalnym ubezpieczającym podstawowych konstrukcji i pojęć związanych z ubezpieczeniami, ale także przekazanie praktycznych informacji, które mogą być pomocne w kontaktach z zakładami ubezpieczeń, zarówno przed, jak i po zawarciu umowy ubezpieczenia. Może ona służyć nie tylko jako kompendium podstawowej wiedzy dotyczącej ubezpieczeń, ale również jako poradnik pomocny przy wyborze ubezpieczenia. W publikacji zamieszczono przykłady i praktyczne wskazówki. Formuła opracowania wymagała wprowadzenia pewnych uproszczeń, tak aby było ono jak najbardziej przystępne.

Serdecznie zapraszamy do lektury.

CO TO JEST UBEZPIECZENIE I DLACZEGO WARTO SIĘ UBEZPIECZAĆ?

POJĘCIE, PRZEDMIOT I CEL UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie nie jest finansowym perpetuum mobile, pozwalającym na wypłacanie świadczenia bez żadnego zasilania finansowego. Ubezpieczenie jest sposobem na rozłożenie ryzyka wystąpienia jakiegoś zdarzenia losowego z jednostki na grupę osób, które wniosły składkę do funduszu ubezpieczeniowego.

Z jednej strony każdy z ubezpieczonych może oczekiwać, że w razie wystąpienia zdarzenia losowego objętego ubezpieczeniem nie zostanie pozbawiony pomocy i otrzyma określone świadczenie. Z drugiej godzi się pomóc innemu ubezpieczonemu – w zakresie ograniczonym do wysokości wniesionej składki. Część wnoszonej składki finansuje działalność organizatora ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń w oparciu o statystyki ryzyka (częstotliwość występowania określonych zdarzeń na danym terenie lub w danej grupie osób) oraz zasady rachunku prawdopodobieństwa dokonują kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej.

Przykład 1. Jak działa zakład ubezpieczeń

Załóżmy, że prawdopodobieństwo pożaru mieszkania wynosi 0,5%, a oczekiwana wysokość strat z tytułu pożaru to 40 tys. zł. Prawdopodobieństwo pożaru na poziomie 0,5% oznacza, że w danym mieszkaniu pożar zdarza się średnio raz na 200 lat albo, w losowo wybranej grupie 200 mieszkań, w przeciągu roku pożar przeciętnie zdarza się w jednym z nich.

Przy takich parametrach Ty i Twój spadkobierca mogliby przez okres 200 lat odkładać corocznie 200 zł, dzięki czemu zbieraliby fundusz w wysokości 40 tys. zł¹, odpowiadający przeciętnej wysokości strat poniesionych w wyniku pożaru w tym okresie. Pożar jest jednak zdarzeniem losowym:

- może wystąpić przed zgromadzeniem rezerwy w wysokości 40 tys. zł lub
- może spowodować straty większe niż 40 tys. zł, lub
- może wystąpić więcej niż raz w ciągu założonego okresu budowania rezerwy.

Z tego powodu próba samodzielnego zabezpieczenia się przed następstwami pożaru poprzez zgromadzenie odpowiedniej rezerwy finansowej może okazać się nieefektywna.

¹ Dla uproszczenia załóżmy, że zjawisko inflacji nie istnieje i pieniądze nie tracą na wartości.

Próbą zabezpieczenia się przed stratami spowodowanymi pożarem przed terminem zgromadzenia odpowiedniej rezerwy jest zebranie grupy 200 właścicieli i najemców mieszkań, z których każdy co roku będzie wpłacał składkę w wysokości 200 zł do wspólnego funduszu. W ciągu roku do funduszu wpływałoby zatem 40 tys. zł, a jego przeznaczeniem byłoby wypłacanie rekompensaty za straty spowodowane pożarem u któregośkolwiek z uczestników funduszu. Wysokość wpłat do funduszu odpowiada oczekiwanej wysokości strat z powodu pożaru, ale jego konstrukcja nie zabezpiecza przed ryzykiem wyższej straty ani na wypadek wystąpienia w ciągu roku dwóch lub większej liczby pożarów w naszej grupie 200 mieszkań objętych rekompensatą z funduszu. W szczególności, ryzyko drugiej z tych możliwości jest wyższe w przypadku sąsiednich mieszkań – ze względu na możliwość przenoszenia się ognia.

Dla ograniczenia wspomnianych ryzyk fundusz powinien objąć znacznie większą grupę osób. Zgodnie ze znanym ze statystyki prawem wielkich liczb, im większa byłaby grupa mieszkań objętych naszym funduszem, tym mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia nietypowego roku, w którym pożar mógłby dotknąć, na przykład, dwa razy więcej mieszkań niż normalnie, albo w którym przeciętna strata spowodowana pożarem, przypadająca na każde mieszkanie, będzie dwukrotnie wyższa niż 200 zł (wyznaczone jako 0,5% z kwoty 40 tys. zł). Objęcie funduszem liczby mieszkań liczonej w dziesiątkach tysięcy lub w setkach tysięcy komplikuje oczywiście zarządzanie nim i stwarza potrzebę powołania odrębnego podmiotu, który by się tym zajmował. Takim podmiotem jest właśnie zakład ubezpieczeń.

W rzeczywistości ubezpieczający są niechętni ryzyku, co oznacza, że są skłonni zapłacić nawet wyższą składkę niż niezbędna do pokrycia oczekiwanej straty spowodowanej pożarem (w naszym przypadku np. 250 zł), aby tylko zapewnić sobie wypłatę świadczenia kompensującego stratę. Dzięki temu zakłady ubezpieczeń zbierają składki, które nie tylko pokrywają wypłatę świadczeń, ale umożliwiają również pokrycie kosztów działalności zakładu ubezpieczeń, tworzenie rezerw umożliwiających wypłatę odszkodowań w nietypowych latach (o wyższej szkodowości) oraz osiągnięcie zysków z działalności ubezpieczeniowej.

Istnieje wiele rodzajów ubezpieczeń oraz różne ich klasyfikacje. Jedną z nich jest podział ubezpieczeń na społeczne i gospodarcze. Do tych pierwszych zaliczamy np. ubezpieczenie emerytalne lub powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Uczestnikami ubezpieczeń społecznych – ze wszystkimi wynikającymi z tego prawami i obowiązkami – jesteśmy z mocy prawa. W przypadku ubezpieczeń gospodarczych ubezpieczenie powstaje dopiero po zawarciu odpowiedniej umowy. Niniejsza publikacja dotyczy wyłącznie ubezpieczeń gospodarczych.

Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie wystąpienia zdarzenia przewidzianego w umowie, a ubezpieczający zobowiązuje się do wcześniejszego uiszczenia składki.

Stronami umowy ubezpieczenia są ubezpieczyciel oraz ubezpieczający. **Ubezpieczycielem** może być tylko zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, posiadający zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej wydane przez właściwy organ (w Polsce jest nim Komisja Nadzoru Finansowego). Ubezpieczyciel to podmiot mogący zawierać umowy ubezpieczenia i zobowiązujący się do wypłaty odszkodowania (w ubezpieczeniach majątkowych) bądź świadczenia (w ubezpieczeniach osobowych) w przypadku wystąpienia określonego w umowie wypadku, tj. zdarzenia losowego. Na terenie Polski działalność ubezpieczeniową mogą prowadzić także ubezpieczyciele innych państw członkowskich Unii Europejskiej na podstawie jednolitego paszportu europejskiego, jeżeli tylko poinformowali Komisję Nadzoru Finansowego o takim zamiarze. Działalność taką prowadzą najczęściej w formie oddziału. Oddział taki co do zasady nie podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego, lecz nadzorowi organu nadzoru właściwego państwa macierzystego danego ubezpieczyciela.

Ubezpieczający to osoba zawierająca z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia i zobowiązująca się do zapłaty składki ubezpieczeniowej w zamian za wypłacenie przez zakład ubezpieczeń należnego świadczenia lub odszkodowania w razie wystąpienia zdarzenia określonego w umowie.

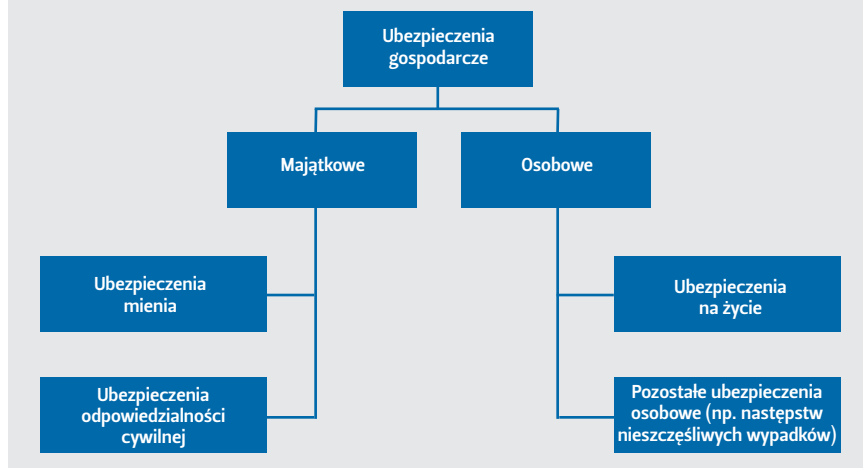
Osobę, której dobra majątkowe (np. samochód, mieszkanie) lub niemajątkowe (np. życie, zdrowie) ubezpieczający uczynił przedmiotem ubezpieczenia nazywamy **ubezpieczonym**. Zazwyczaj ubezpieczający i ubezpieczony to ta sama osoba, gdyż najczęściej zawiera się umowę ubezpieczenia własnych dóbr.

W przypadku ubezpieczeń osobowych możemy także spotkać się z pojęciem uposażonego. **Uposażony** to osoba, która w umowie ubezpieczenia została wskazana przez ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej. Wskazanie to nie musi być imienne – konieczne jest jedynie określenie uposażonych w sposób pozwalający na ich identyfikację (np. wskazanie dzieci lub rodzeństwa). Jeżeli ubezpieczający wskazał kilka osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia, a nie oznaczył udziału każdej z nich w tej sumie, przyjmuje się, że ich udziały są równe. Ważne jest również to, że ubezpieczający może wspomniane wyżej zastrzeżenia w każdym momencie zmienić lub odwołać – o ile uzyska na to zgodę ubezpieczonego. Istotne jest również to, że suma ubezpieczenia przypadająca uposażonemu nie należy do spadku po ubezpieczonym.

SYSTEMATYKA UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

Podstawowy podział ubezpieczeń gospodarczych wyróżnia ubezpieczenia majątkowe i ubezpieczenia osobowe ze względu na to, w jaki sposób ustalana jest wysokość świadczenia wypłacanego przez ubezpieczyciela w razie zajścia umówionego zdarzenia ubezpieczeniowego. W ubezpieczeniach majątkowych wysokość świadczenia zależy od wartości szkody, jaką w majątku ubezpieczonego wywołało zdarzenie ubezpieczeniowe. W ubezpieczeniach osobowych nie ma takiej zależności.

Rysunek 1. Systematyka ubezpieczeń gospodarczych



Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każde dobro majątkowe, dające się wycenić w pieniądzu. Ubezpieczenie majątkowe umożliwia zabezpieczenie się przed konsekwencjami finansowymi utraty lub uszkodzenia posiadanego mienia, jak również – w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej – pozwala zabezpieczyć się przed roszczeniami osób, którym wyrządziliśmy szkodę.

Celem **ubezpieczenia mienia** jest zapewnienie sobie rekompensaty za utratę bądź uszkodzenie rzeczy, jak również utratę dóbr niematerialnych (np. dochodów). W przypadku uszkodzenia mienia wypłacone **odszkodowanie** ma na celu co do zasady pokrycie kosztów związanych z jego naprawą. Typowym ubezpieczeniem mienia jest np. ubezpieczenie mieszkania od pożaru, kradzieży czy zalania, ubezpieczenie auto casco pojazdów mechanicznych lub ubezpieczenie na wypadek utraty pracy.

Celem **ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** (w skrócie OC) jest zabezpieczenie przed koniecznością zapłaty odszkodowania osobie, której możemy wyrządzić szkodę lub też szkodę wyrządzić może pozostająca pod naszym nadzorem osoba (np. dziecko) albo zwierzę (np. pies). Oferta ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej jest bogata – od ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu (np. OC lekarza lub adwokata) po ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa będziemy zobowiązani do naprawienia szkody, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące przesłanki:

- została wyrządzona szkoda (np. uszkodzenie samochodu, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia),
- szkoda została spowodowana naszym działaniem bądź zaniechaniem, z którym przepisy prawa wiążą powstanie obowiązku odszkodowawczego (np. uszkodzenie cudzego samochodu w wyniku kolizji lub w wyniku zabawy dziecka, uszkodzenie ciała i konieczność leczenia wywołana brakiem nadzoru nad psem),

„W ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej wskazanie osoby zobowiązanej do naprawienia szkody odbywa się na podstawie zasady winy i zasady ryzyka.”

- ☞ istnieje adekwatny związek przyczynowy² pomiędzy zaistniałą szkodą a naszym działaniem bądź zaniechaniem (gdybyśmy zachowali należytą uwagę, pilnowali dziecka lub psa, nie doszłoby do powstania szkody w postaci uszkodzenia auta innej osoby lub szkody wyrządzonej na ciele i zdrowiu innej osoby).

Wskazanie osoby zobowiązanej do naprawienia szkody odbywa się w oparciu o dwie podstawowe zasady odpowiedzialności cywilnej: zasadę winy i zasadę ryzyka³.

Zgodnie z **zasadą winy** obowiązek naprawienia szkody ciąży na nas w przypadku, gdy działanie spełniło łącznie dwie przesłanki:

- ☞ było bezprawne, tj. nie tylko naruszało przepisy prawa, ale powszechnie przyjęte normy ostrożności,
- ☞ było świadome, tj. w czasie działania posiadaliśmy zdolność do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem.

W tym modelu odpowiedzialności osoba wskazana jako sprawca szkody będzie ponosiła odpowiedzialność jedynie wówczas, gdy osoba poszkodowana udowodni jej winę (taką odpowiedzialność ponoszą np. za błąd w sztuce lekarze, brokerzy itp.).

Zupełnie inaczej kwestia odpowiedzialności wygląda przy **zasadzie ryzyka**. Tutaj sprawca szkody ponosi odpowiedzialność jedynie z tego powodu, że wskutek jego działania inna osoba poszkodowana poniosła szkodę. Poszkodowany jest w pozycji uprzywilejowanej i nie musi udowadniać winy sprawcy szkody (np. odpowiedzialność kierowców – posiadaczy pojazdów mechanicznych, wobec pieszych).

Ubezpieczenia osobowe są to ubezpieczenia, których przedmiotem mogą być dobra o charakterze osobistym, takie jak życie i zdrowie ubezpieczonego. W przeciwieństwie do ubezpieczeń majątkowych nie wypłaca się z nich odszkodowania, ale **świadczenie** w wysokości z góry określonej sumy.

W **ubezpieczeniach na życie** zdarzeniem losowym, od którego uzależnione jest powstanie obowiązku świadczenia ubezpieczeniowego, jest śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie przez nią określonego wieku.

Obecnie możemy spotkać różne rodzaje ubezpieczeń na życie, na przykład:

- ☞ **ubezpieczenie na wypadek śmierci** – w przypadku którego ubezpieczyciel wypłaca świadczenia, jeżeli w okresie, w którym osoba ubezpieczona objęta była ochroną ubezpieczeniową, nastąpiła jej śmierć. Celem tego ubezpieczenia jest zrekompensowanie ubytku finansowego, jaki może np. powstać w budżecie domowym w wyniku śmierci jedynego żywiciela rodziny, i pozwala na zapewnienie członkom rodziny godziwego życia;

² Adekwatny związek przyczynowy ma miejsce wówczas, gdy zaistniała szkoda jest normalnym skutkiem wystąpienia zdarzenia, z którym wiążemy odpowiedzialność ubezpieczyciela (np. szkoda w postaci kosztów zakupu mebli może być normalnym następstwem pożaru w naszym mieszkaniu, ponieważ gdy dochodzi do pożaru, to zazwyczaj kończy się to spalaniem przedmiotów znajdujących się w płonącym obiekcie).

³ W nielicznych sytuacjach możemy mieć również do czynienia z odpowiedzialnością na zasadzie słuszności.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci może zostać zawarte dożywotnio, bądź na czas określony (np. na okres, w którym będziemy mieli na swoim utrzymaniu dzieci). Jeżeli śmierć osoby ubezpieczonej nastąpi po zakończeniu trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel nie wypłaci żadnego świadczenia;

- ➔ **ubezpieczenie na dożycie** – w przypadku którego wypłata przez ubezpieczyciela świadczenia następuje, jeżeli osoba ubezpieczona dożyje wieku określonego w umowie ubezpieczenia. Celem tego ubezpieczenia jest najczęściej chęć finansowego zabezpieczenia się na przyszłość bądź zapewnienie sobie odpowiedniego standardu życia po osiągnięciu określonego wieku. Ubezpieczenie na dożycie może zostać zawarte na czas określony (np. do osiągnięcia 50 roku życia) i wiąże się z koniecznością opłacania składek ubezpieczeniowych w tym okresie. Jeżeli śmierć osoby ubezpieczonej nastąpi przed osiągnięciem wskazanego w umowie wieku, ubezpieczyciel nie dokona wypłaty żadnego świadczenia⁴;
- ➔ **ubezpieczenie na życie i dożycie** – gdzie wypłata przez ubezpieczyciela świadczenia następuje zarówno w przypadku, gdy osoba ubezpieczona dożyła określonego wieku, jak i w przypadku, gdy w okresie, w którym objęta była ochroną ubezpieczeniową, nastąpiła jej śmierć. Ubezpieczenie na życie i dożycie jest klasycznym przykładem produktu o charakterze ochronno-oszczędnościowym;
- ➔ **ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym** – to z kolei forma ubezpieczenia, w której część składki inwestowana jest w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (UFK) działającego na zasadach podobnych do funduszu inwestycyjnego. Z reguły występuje w formule ubezpieczenia na życie i dożycie. Wpłacana składka dzieli się na dwie części. Pierwsza z nich jest przeznaczana na ochronę i zapewnia wypłatę gwarantowanej sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego. Druga część jest inwestowana w jednostki UFK. Po śmierci ubezpieczonego uprawniona osoba otrzyma wyższą z dwóch kwot: bieżącą wartość jednostek UFK należących od ubezpieczonego albo gwarantowaną sumę ubezpieczenia. W przypadku dożycia umówionego wieku ubezpieczony otrzyma bieżącą wartość jednostek UFK. Istotą ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to, że oszczędnościowa część składki daje w dłuższym okresie szansę na dodatkowe korzyści finansowe dzięki dochodom, jakie przynoszą inwestycje. Należy jednak pamiętać, że nie ma gwarancji, iż stopa zwrotu z inwestycji będzie dodatnia, a ubezpieczający ma ograniczone prawo do wyboru między poszczególnymi funduszami, prowadzącymi zróżnicowaną politykę inwestycyjną od zrównoważonej po agresywną. Z kolei wysokie oczekiwane zyski z inwestycji wiążą się nierozdzielnie z wysokim ryzykiem poniesienia straty;
- ➔ **ubezpieczenie posagowe** – ma na celu ułatwić dziecku start w dorosłe życie, jak również zabezpieczyć je na wypadek śmierci rodzica, który na rzecz dziecka zawarł taką umowę ubezpieczenia. Wypłata sumy ubezpieczenia uzależniona jest od wysokości wpłacanych składek i następuje w chwili osiągnięcia przez dziecko określonego w umowie wieku. Ponadto, co bardzo istotne, w przypadku śmierci rodzica zobowiązanego do opłacania składek ubezpieczyciel przejmuje ten obowiązek na siebie. Możliwy jest również wariant, w którym ubezpieczyciel wypłaca dziecku comiesięczną rentę do czasu osiągnięcia przez nie wieku określonego w umowie, kiedy to wypłaci mu również świadczenie zasadnicze.

⁴ Wyjątek stanowią sytuacje, w których postanowienia umowy ubezpieczenia przewidują wypłatę przez ubezpieczyciela sumy wpłaconych składek osobom uposażonym.

Innym często spotykanym typem ubezpieczeń osobowych są **ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)**. W ubezpieczeniach NNW powstanie prawa do świadczenia uzależnione jest od doznania przez osobę ubezpieczoną nieszczęśliwego wypadku powodującego skutki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. w postaci trwałego inwalidztwa, czy śmierci).

Występuje zasadnicza różnica w przesłankach będących podstawą wypłaty świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w ubezpieczeniu na życie i w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków. O ile w przypadku ubezpieczenia na życie przyczyna zgonu jest z reguły obojętna dla wypłaty świadczenia (w pewnych przypadkach może nią być nawet samobójstwo), o tyle w przypadku ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków musi nią być nieszczęśliwy wypadek. Okoliczności, które należy uznać za nieszczęśliwy wypadek, są sprecyzowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia wręczanych klientom przed zawarciem umowy.

Za nieszczęśliwy wypadek uznaje się zazwyczaj zdarzenie, które łącznie spełnia następujące przesłanki:

- ➔ jest nagłe (np. potknięcie, upadek, zderzenie, wybuch);
- ➔ wywołane przyczyną zewnętrzną (ma swoje źródło poza organizmem ludzkim, co oznacza, że za nieszczęśliwy wypadek nie może być uznana np. przewlekła choroba);
- ➔ w jego wyniku osoba ubezpieczona doznała uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci.

Podstawowym świadczeniem wypłaconym z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest pełna suma ubezpieczenia – w przypadku śmierci lub trwałego całkowitego uszczerbku na zdrowiu, zaś w przypadku uszczerbku częściowego – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia odpowiadający części trwałego uszczerbku na zdrowiu. Poza tym możliwa jest wypłata przez ubezpieczyciela innych świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia (np. zwrot kosztów leczenia, opłacenie diet szpitalnych, zwrot kosztów pogrzebu itp.). Należy zdawać sobie sprawę z tego, że ochroną ubezpieczeniową z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w ofertach standardowych objęte są co do zasady zdarzenia, jakie mogą nastąpić w określonym czasie (np. w godzinach pracy, w czasie zajęć szkolnych itd.) oraz na określonym terenie (np. na terytorium Polski).

„Ubezpieczyciel może nie dokonać wypłaty stosownego świadczenia, jeżeli zdarzenie wystąpi w okolicznościach, odnośnie których umowa ubezpieczenia wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela.”

Należy w tym miejscu podkreślić, że mimo spełnienia łącznie wszystkich wymienionych powyżej przesłanek, ubezpieczyciel może nie dokonać wypłaty stosownego świadczenia, jeżeli zdarzenie wystąpi w okolicznościach, odnośnie których umowa ubezpieczenia wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Do najczęstszych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela należą następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane

w wyniku: działań wojennych, aktów terroryzmu, spożywania alkoholu lub narkotyków przez ubezpieczonego, usiłowania lub popełnienia samobójstwa albo dokonania przestępstwa przez ubezpieczonego.

UBEZPIECZENIA OBOWIĄZKOWE I DOBROWOLNE

Ze względu na kryterium obligatoryjności, ubezpieczenia dzielimy na dobrowolne i obowiązkowe.

Większość dostępnych na rynku ubezpieczeń ma charakter **dobrowolny**. Oznacza to, że przepisy prawa nie nakładają obowiązku posiadania określonego rodzaju ubezpieczenia, lecz jest swoboda w decydowaniu, czy chce się nabyć dane ubezpieczenie, czy też nie. Mimo iż nie ma przymusu zawierania zdecydowanej większości ubezpieczeń, warto rozważyć zasadność ich zawarcia. Musimy bowiem być świadomi tego, iż w przypadku braku określonego ubezpieczenia sami będziemy musieli ponieść wydatki związane z usunięciem zaistniałej szkody w postaci np. kradzieży, zniszczenia samochodu, zalania mieszkania sąsiada. Odpowiedź na pytanie, jak w sposób odpowiedzialny wybrać ubezpieczenie można znaleźć w rozdziale „Jak dobrze się ubezpieczyć”.

Ubezpieczeniem dobrowolnym jest np. ubezpieczenie komunikacyjne autocasco (chroniące nasze auto przed kradzieżą lub uszkodzeniem), ubezpieczenie domu lub mieszkania (chroniące nasz dom lub mieszkanie np. przed zalaniem czy pożarem), czy ubezpieczenie na życie.

Oprócz ubezpieczeń dobrowolnych występują także ubezpieczenia o charakterze **obowiązkowym**. Przepisy prawa nakazują – w konkretnych sytuacjach – posiadanie określonego rodzaju ubezpieczenia, a niewypełnienie tego obowiązku może być podstawą do nałożenia kary pieniężnej. *Najbardziej powszechnym przykładem ubezpieczenia obowiązkowego jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Jego zasadniczą rolę jest ochrona osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych i zagwarantowanie tym osobom możliwości zaspokojenia roszczeń powstałych w związku ze szkodą wyrządzoną przez kierującego pojazdem mechanicznym. Nie jest to jedyne ubezpieczenie o charakterze obowiązkowym. Przepisy prawa nakładają także obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej np. na radców prawnych, notariuszy, adwokatów, czy rolników. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej chroni z jednej strony ubezpieczonych przed koniecznością naprawy wyrządzonej szkody z własnych środków, z drugiej – chroni również osoby, które w wyniku działania, zaniechania, czy błędu w sztuce sprawcy (dotyczy np. adwokatów, radców prawnych) mogłyby doznać szkody. Wyrządzona szkoda może mieć bowiem taki rozmiar, że sprawca szkody nie będzie w stanie jej naprawić.*

Ubezpieczenia obowiązkowe są w dużo większym stopniu uregulowane przez przepisy prawa, co ogranicza dowolność zakładów ubezpieczeń w kształtowaniu praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. W tego rodzaju ubezpieczeniach nie można wprowadzać dodatkowych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela np. niższej sumy gwarancyjnej niż wymagana w przepisach prawa. Wywiązanie się z obowiązku posiadania ubezpieczenia obowiązkowego najczęściej wymaga zawarcia umowy między zakładem ubezpieczeń a zainteresowaną osobą⁵. Należy przy tym pamiętać, iż żaden zakład ubezpieczeń nie może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, jeżeli w ofercie posiada takie

„Najbardziej powszechnym przykładem ubezpieczenia obowiązkowego jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.”

⁵ Przepisy prawa nie wymagają, aby osoba obowiązana do posiadania ubezpieczenia sama zawierała umowę (czyli była ubezpieczającym), lecz by korzystała z ochrony w wymaganym zakresie (a więc była ubezpieczonym). Niemniej najczęściej to właśnie osoba obarczona obowiązkiem posiadania ubezpieczenia zawiera umowę, bo sytuacja gdy ktoś zawiera umowę i płaci składkę w Internecie osoby zobowiązanej do ubezpieczenia występuje raczej rzadko.

„Wywiązanie się z obowiązku posiadania ubezpieczenia obowiązkowego wymaga zawarcia umowy między zakładem ubezpieczeń a zainteresowaną osobą.”

umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie może zatem odmówić komukolwiek zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, nawet jeżeli uważa, iż objęcie ochroną ubezpieczeniową danej osoby jest bardzo ryzykowne (np. potencjalny klient był w przeszłości sprawcą wielu wypadków). W takim przypadku zakład ubezpieczeń może jedynie ustalić wysokość składki ubezpieczeniowej na wyższym poziomie uwzględniającym zwiększone ryzyko.

PODSTAWOWE POJĘCIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZENIAMI

Ogólne warunki ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) to wzorzec umowy przygotowany przez ubezpieczyciela, który określa prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

OWU wiążą ubezpieczającego tylko wtedy, gdy zostały mu doręczone **przed** zawarciem umowy. W takim przypadku stają się integralną częścią umowy ubezpieczenia.

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia reguluje prawa i obowiązki stron w sposób odmienny niż czynią to OWU, postanowienia umowy z reguły będą miały pierwszeństwo przed zapisami OWU. Przepisy prawa wymagają, by postanowienia OWU były sformułowane w sposób zrozumiały i jednoznaczny, a wszelkie niejednoznaczności tłumaczyć na korzyść klienta firmy ubezpieczeniowej. Ponadto postanowienia zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w przeciwnym wypadku są nieważne.

Dokument ubezpieczenia

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wystawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Nie jest on umową, lecz jedynie dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia. Może to być polisa, legitymacja ubezpieczeniowa lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy. Dokument ten ma stanowić jedynie dowód dla ubezpieczającego, że ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej.

Przepisy prawa – z pewnymi wyjątkami – nie nakładają na ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia ani obowiązku przechowywania otrzymanego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy, ani też legitymowania się takim dokumentem w jakiegokolwiek sytuacji. Jednym z wyjątków od tej zasady jest obowiązek okazania dokumentu poświadczającego ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych podczas kontroli drogowej.

Do niedawna niektórzy ubezpieczyciele zamieszczali w swoich ogólnych warunkach ubezpieczenia postanowienia, które nakładały na ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia obowiązek okazania oryginału lub kopii dokumentu ubezpieczenia jako warunek realizacji świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela. Praktyka taka była niekorzystna dla ubezpieczonego, a szczególnie dla uprawnionego z umowy ubezpieczenia na życie. Biorąc pod uwagę długoterminowy charakter ubezpieczenia w niektórych przypadkach obowiązek okazania stosownego dokumentu ubezpieczenia mógł okazać się bardzo trudny do realizacji (wyobraźmy sobie np. sytuację uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej, która zawarła umowę ubezpieczenia na życie 50 lat wcześniej).

Agent ubezpieczeniowy a broker ubezpieczeniowy

Umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego, który jest przedstawicielem konkretnego ubezpieczyciela. Oferuje on tylko i wyłącznie produkty ubezpieczyciela, na rzecz którego pracuje.

nych ubezpieczycieli. Oferowane przez nich produkty mają co do zasady charakter standardowy, ponieważ agent ubezpieczeniowy nie posiada uprawnień do negocjacji umów ubezpieczenia czy wysokości składki. Jego rola ogranicza się jedynie do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Zarówno agent, jak i multiagent oferujący produkty kilku ubezpieczycieli musi być wpisany do rejestru pośredników ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego. Przed zawarciem umowy za pośrednictwem konkretnego agenta można sprawdzić ważność udzielonego przez ubezpieczyciela pełnomocnictwa oraz wpis w rejestrze.

Inną kategorią pośrednika ubezpieczeniowego jest **broker ubezpieczeniowy**. Działa on w imieniu i na rzecz klienta, w związku z czym nie może być związany z żadnym ubezpieczycielem. Jego zadaniem jest poznanie oczekiwań klienta i przedstawienie oferty kilku ubezpieczycieli, co daje klientowi możliwość wyboru ubezpieczenia najlepiej spełniającego jego potrzeby. Co więcej, broker jako pośrednik niezależny od zakładu ubezpieczeń ma możliwość negocjacji nie tylko warunków umowy, ale i wysokości składki. Za szkody wyrządzone swoim działaniem lub zaniechaniem broker ponosi samodzielną odpowiedzialność. Z tego też powodu ustawodawca nałożył na brokera obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Usługi brokera kosztują, więc w praktyce korzystanie z nich może być opłacalne przy nabywaniu ubezpieczeń o znacznym koszcie.

| AGENT UBEZPIECZENIOWY | BROKER UBEZPIECZENIOWY |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ reprezentuje ubezpieczyciela,➤ wpisany do rejestru agentów prowadzonego przez KNF,➤ najczęściej sprzedaje standardowe produkty ubezpieczyciela, z którym współpracuje,➤ nie ma możliwości negocjacji umów ani wysokości składki,➤ obowiązki ciążące na agencji kończą się wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia,➤ w przypadku powstania szkód spowodowanych działaniem lub zaniechaniem agenta można wystąpić z bezpośrednim roszczeniem do ubezpieczyciela (ponadto tzw. multiagenci zobowiązani są do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej). | <ul style="list-style-type: none">➤ reprezentuje klienta,➤ posiada zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej wydane przez KNF,➤ wyszukuje optymalne produkty dla klienta z ofert wszystkich ubezpieczycieli,➤ ma możliwość negocjacji umów oraz wysokości składki,➤ po zawarciu umowy ubezpieczenia obowiązkiem brokera <u>może być</u> administrowanie umową ubezpieczenia, jak i aktywny udział w procesie likwidacji szkód,➤ za szkody spowodowane działaniem lub zaniechaniem brokera odpowiada sam broker, który zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. |

Należy pamiętać, że umowę ubezpieczenia można zawrzeć bez udziału pośrednika ubezpieczeniowego, kontaktując się bezpośrednio z pracownikiem zakładu ubezpieczeń lub komunikując się z ubezpieczycielem na odległość – przez Internet lub telefon.

JAK DOBRZE SIĘ UBEZPIECZYĆ?

Życie niesie ze sobą wiele nieprzewidzianych zdarzeń.

Niektóre z tych zdarzeń mają niekorzystny wpływ na naszą sytuację materialną (np. kradzież mienia z mieszkania, udział w wypadku komunikacyjnym, pożar domu, ciężka choroba czy śmierć bliskiej osoby). Ubezpieczenie nie zapobiegnie wystąpieniu tych zdarzeń, ale może ochronić przed negatywnymi skutkami finansowymi ich wystąpienia, a w konsekwencji – może zapewnić poczucie bezpieczeństwa. W tym celu powinniśmy wcześniej dokonać wyboru odpowiedniego ubezpieczenia. Obecnie na rynku dostępna jest olbrzymia różnorodność produktów ubezpieczeniowych, które oferują ochronę ubezpieczeniową praktycznie wszystkich sfer życia. Przy tak szerokim asortymencie produktów ubezpieczeniowych, wybór odpowiedniego ubezpieczenia nie jest zadaniem łatwym. Dla przystępnego przedstawienia działań, jakie musimy podjąć, aby się dobrze ubezpieczyć, podzielimy ten proces na kilka kroków.

KROK 1. OKREŚL SWOJE POTRZEBY ORAZ MOŻLIWOŚCI I DOBIERZ DO NICH UBEZPIECZENIE

Pierwszym krokiem, jaki musimy uczynić, aby dokonać prawidłowego wyboru ubezpieczenia, jest analiza własnych oczekiwań i możliwości. Musimy precyzyjnie określić własne potrzeby ubezpieczeniowe (zarówno te najbliższe, związane np. z wyjazdem na urlop, jak również te, które mogą pojawić się dopiero za kilkadziesiąt lat, gdy przejdziemy już na emeryturę). W tym celu musimy odpowiedzieć sobie, w szczególności, na następujące pytania:

- ➔ co chcemy ubezpieczyć, czyli co ma być przedmiotem ubezpieczenia;
- ➔ na wypadek zaistnienia jakich zdarzeń (wypadków ubezpieczeniowych) chcemy uzyskać ochronę ubezpieczeniową;
- ➔ na jaki okres potrzebujemy ochrony ubezpieczeniowej;
- ➔ jaki ma być cel zawarcia umowy.

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być w szczególności składniki mienia (np. sprzęt AGD, biżuteria, dzieła sztuki, samochód, mieszkanie czy dom), odpowiedzialność cywilna, a także zdrowie i życie nasze oraz naszych bliskich. Warto przypomnieć, iż ubezpieczyć możemy również majątek lub życie innej osoby (np. krewnego lub małżonka). Jest to tzw. umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek. Musimy jednakże pamiętać, iż do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda osoby ubezpieczonej. Zgoda ta powinna obejmować również wysokość sumy ubezpieczenia.

Jeśli już wiemy, co chcemy ubezpieczyć, warto odpowiedzieć sobie na pytanie na wypadek jakich zdarzeń zamierzamy się ubezpieczyć (np. pożaru domu, kradzieży samochodu, wyrządzenia szkody innej osobie, śmierci). Wbrew powszechnej opinii, zdarzenia – na wypadek zaistnienia których możemy uzyskać ochronę ubezpieczeniową – nie zawsze muszą oznaczać wystąpienia niepożądanego okoliczności, tj. uszczerbku w majątku, zdrowiu, czy życiu. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, którego zaistnienie pociąga ze sobą obowiązek wypłaty przez zakład ubezpieczeń

odpowiedniego świadczenia, może być np. dożycie określonego wieku lub urodzenie dziecka. Zdarzenia te mogą być jak najbardziej pożądane i oczekiwane przez osobę poszukującą ochrony ubezpieczeniowej. Powodem zawarcia umowy ubezpieczenia obejmującej ochronę w przypadku wystąpienia tego typu zdarzenia może być w szczególności zwiększony poziom wydatków związany z jego wystąpieniem lub chęć podniesienia w przyszłości komfortu życia.

Kolejną kwestią, o której warto pomyśleć, jest okres ubezpieczenia. W zasadzie, jeżeli określimy już na wypadek jakich zdarzeń się ubezpieczamy, to powinniśmy również wiedzieć na jak długo potrzebujemy ochrony (czy na okres kilkudniowego wyjazdu wakacyjnego, czy też do końca życia). Teoretycznie mamy możliwość dopasowania czasu trwania ubezpieczenia do własnych preferencji, w praktyce jednak nie zawsze jest to możliwe. Ubezpieczyciele wolą zawierać umowy standardowe np. z tygodniowym, miesięcznym czy rocznym czasem ochrony, a w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych przepisy prawa mogą nakazywać zawieranie umów ubezpieczenia na ściśle określony okres.

Warto również zadać sobie pytanie, co chcemy osiągnąć kupując ubezpieczenie. Czy naszym celem jest:

- ➔ uzyskanie ochrony (np. zabezpieczenie się przed konsekwencjami finansowymi pożaru mieszkania czy zapewnienie środków finansowych dla rodziny w przypadku naszej śmierci);
- ➔ uzyskanie ochrony i środków finansowych na przyszłość (np. zapewnienie sobie odpowiedniego poziomu życia po przejściu na emeryturę);
- ➔ wypełnienie nałożonego prawem obowiązku posiadania określonego ubezpieczenia (np. w przypadku posiadaczy pojazdów mechanicznych, osób wykonujących pewne zawody czy przedsiębiorców prowadzących określoną działalność gospodarczą).

W zależności od ustalonego celu poszukiwać będziemy różnych produktów ubezpieczeniowych, a podczas analizy ich atrakcyjności będziemy zwracać szczególną uwagę na odmienne aspekty ubezpieczenia.

Sytuacją optymalną jest objęcie ochroną ubezpieczeniową wszelkich dóbr, które chcielibyśmy chronić. Niestety, w praktyce potrzeby i oczekiwania muszą być zestawione z możliwościami finansowymi pokrycia kosztów składki ubezpieczeniowej. Im szerszą ochroną ubezpieczeniową chcemy sobie zapewnić, z tym wyższym poziomem składki ubezpieczeniowej musimy się liczyć.

Dla zobrazowania jak istotne jest precyzyjne określenie własnych potrzeb ubezpieczeniowych posłużmy się kilkoma prostymi przykładami. Osoba posiadająca przeznaczony do rozbiórki zdewastowany budynek, zlokalizowany w bezpośrednim sąsiedztwie uczęszczanego chodnika, bardziej od ubezpieczenia nieruchomości od ognia wydaje się potrzebować ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które pokryje ewentualne szkody wyrządzone przechodniom przez fragmenty tynku czy elementy konstrukcyjne budynku, które mogą spaść na chodnik. Osoba wyjeżdżająca za granicę w celu uprawiania sportów ekstremalnych bardziej od ubezpieczenia bagażu może potrzebować ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą oraz kosztów transportu do kraju. Natomiast osoba posiadająca dom na stromym zboczu bardziej od ochrony na wypadek powodzi potrzebować może ubezpieczenia na wypadek uszkodzenia domu na skutek osunięcia się ziemi.

„Optymalne ubezpieczenie, w maksymalnym stopniu dopasowane do indywidualnych potrzeb, musi uwzględniać również możliwości finansowe.”

Optymalne ubezpieczenie, w maksymalnym stopniu dopasowane do indywidualnych potrzeb, musi uwzględniać również możliwości finansowe.

Wyobraźmy sobie, że mamy zamiar wykupić ubezpieczenie na dożycie, które po upływie umówionego okresu, np. 10 lat, zapewni pokaźną wypłatę. Jednocześnie jednak przez cały okres trwania umowy musimy co miesiąc wpłacać po kilkaset złotych składki. Co więcej ubezpieczyciel może mieć pra-

wo podwyższać („indeksować”) wysokość składki i obieganego świadczenia, tak aby zachować realną wartość tego drugiego (inflacja sprawia, że rzeczywista wartość pieniądza stale spada – za 10 lat przy średniej inflacji na poziomie 4% kwota 100 zł będzie warta tyle co 67 zł obecnie). Może się więc zdarzyć, że za każdy kolejny rok ubezpieczenia będziemy musieli płacić coraz więcej, chociaż w tym samym czasie dochody wcale nie muszą rosnąć. W pewnym momencie koszt ubezpieczenia może stać się na tyle duży, że nie będziemy go chcieli ponosić i zrezygnujemy z takiego ubezpieczenia przed końcem umówionego okresu.

KROK 2. POSZUKAJ NA RYNKU UBEZPIECZENIA NAJBARDZIEJ DOPASOWANEGO DO SWOICH POTRZEB

Jeżeli już określiliśmy swoje potrzeby ubezpieczeniowe i możliwości finansowe, to następnie powinniśmy poszukać produktu ubezpieczeniowego najlepiej dopasowanego do oczekiwań. W celu pozyskania informacji o dostępnej na rynku ofercie ubezpieczeniowej możemy wykorzystać różne możliwości:

- 1. Pozyskanie informacji od rodziny, znajomych, itp.** Warto wykorzystać ten sposób zbierania informacji o aktualnej ofercie rynkowej, ale raczej nie powinniśmy podejmować ostatecznej decyzji o wyborze ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie w oparciu o informacje pozyskane tą metodą. Po pierwsze, nie mamy pewności, czy osoby te dokonały pełnego przeglądu ofert występujących na rynku. Po drugie, nie zawsze osoby te mają identyczne jak my oczekiwania co do wymogów jakie, powinno spełniać ubezpieczenie. Po trzecie, nie zawsze ich wiedza o ubezpieczeniach jest kompletna.
- 2. Aktywne poszukiwanie produktów ubezpieczeniowych i porównywanie ich atrakcyjności we własnym zakresie.** Do tego celu możemy posłużyć się możliwościami jakie dają nowoczesne technologie, a w szczególności Internet. Na stronach internetowych zakładów ubezpieczeń możemy zapoznać się z ofertą ubezpieczeniową, zapoznać się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, a często nawet wyczytać wysokość składki dla wybranego produktu. W Internecie są również dostępne serwisy umożliwiające porównywanie ofert wielu ubezpieczycieli.
- 3. Wizyta w placówce zakładu ubezpieczeń.** Od pracownika zakładu ubezpieczeń możemy pozyskać informację o ofercie tylko danego ubezpieczyciela. Ponadto musimy pamiętać, iż celem tego pracownika jest nakłonienie jak największej liczby klientów do wyboru produktów oferowanych przez jego zakład ubezpieczeń. Z tego powodu pracownik ten będzie zwracał uwagę na zalety oferty ubezpieczeniowej swego pracodawcy, natomiast nie jest jego zadaniem przedstawienie przewagi produktów konkurencyjnych ubezpieczycieli.
- 4. Kontakt z agentem ubezpieczeniowym.** U agenta ubezpieczeniowego na wyłączność (współpracującego tylko z jednym ubezpieczycielem) możemy pozyskać informacje dotyczące oferty zakładu ubezpieczeń, z którym ten agent współpracuje. Natomiast u tzw. multiagenta (współpracującego

z większą liczbą ubezpieczycieli) możemy dowiedzieć się o ofercie kilku zakładów ubezpieczeń reprezentowanych przez tego agenta. Pamiętajmy jednak, iż w każdym przypadku agent ubezpieczeniowy jest przedstawicielem zakładu ubezpieczeń (powiązany z zakładem ubezpieczeń umową agencyjną) i jest wynagradzany przez ubezpieczyciela za sprzedaż jego produktów. Agent ubezpieczeniowy (tak jak pracownik ubezpieczyciela) nie jest naszym doradcą. Jego celem jest nakłonienie jak największej liczby klientów do zawarcia umowy ubezpieczenia z reprezentowanym przez niego zakładem ubezpieczeń.

5. Kontakt z brokerem ubezpieczeniowym. Broker ubezpieczeniowy działa w naszym imieniu i na naszą rzecz, w związku z czym nie może być związany z żadnym ubezpieczycielem. Jego zadaniem jest poznanie naszych potrzeb i znalezienie ofert spośród działających na rynku ubezpieczycieli, w liczbie wystarczającej do opracowania rekomendacji najwłaściwszej umowy ubezpieczenia. Broker powinien rzetelnie porównać przedstawiane oferty i rekomendować najkorzystniejszy wariant dostosowany do określonych potrzeb. Niestety powinniśmy mieć na uwadze, że brokerzy mogą niechętnie przyjmować zlecenia wyszukania najbardziej korzystnej oferty ubezpieczeniowej w przypadku powszechnych i zarazem relatywnie drobnych ubezpieczeń o niewielkich sumach ubezpieczenia ze względu na niewielką prowizję za taką usługę.

Oczywiście to od nas zależy wybór sposobu pozyskania informacji o dostępnej na rynku ofercie ubezpieczeniowej. Pamiętajmy jednak, iż nie jest najlepszym rozwiązaniem podejmowanie decyzji o wyborze konkretnego produktu ubezpieczeniowego (w szczególności ubezpieczenia dużych ryzyk, mającego obejmować wysoką sumą ubezpieczenia) wyłącznie w oparciu o sugestie znajomych osób, które zawarły analogiczną umowę ubezpieczenia albo na podstawie informacji przekazanych nam przez pracownika zakładu ubezpieczeń lub agenta ubezpieczeniowego, reprezentującego jednego ubezpieczyciela. W naszym interesie leży, aby – przed podjęciem decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia – przeanalizować oferty co najmniej kilku ubezpieczycieli.

Dokonując wyboru produktu ubezpieczeniowego musimy również poznać zasady jego funkcjonowania. Dla zobrazowania praktycznego znaczenia przeprowadzenia analizy funkcjonowania produktu w celu prawidłowego doboru ochrony ubezpieczeniowej, posłużymy się przykładem ubezpieczenia kosztów leczenia w innych krajach Unii Europejskiej oraz przykładem tzw. ubezpieczeń inwestycyjnych.

Przykład 2. Ubezpieczenia kosztów leczenia w państwach członkowskich Unii Europejskiej

Po wejściu Polski do Unii Europejskiej zmianie uległy zasady korzystania przez Polaków z pomocy medycznej w krajach należących do Unii. Polacy mogą korzystać z bezpłatnej opieki medycznej w każdym innym kraju członkowskim UE w takim samym zakresie i na takich samych zasadach jak obywatele tego kraju. Szczegółowe zasady i zakres bezpłatnej opieki medycznej reguluje prawo kraju członkowskiego UE, w którym prowadzone będzie leczenie. Zasady te są bardzo zróżnicowane i chory często musi współfinansować koszty leczenia w określonym zakresie. Przed wyjazdem warto zatem zapoznać się z zasadami udzielania świadczeń medycznych

w tym kraju. Należy mieć również na uwadze, iż w niektórych krajach występują w praktyce pewne problemy z natychmiastową dostępnością niektórych usług medycznych lub konieczność oczekiwania na specjalistyczne badania⁶. Przed wyjazdem do innego kraju UE powinniśmy ponadto zaopatrzyć się w wydawaną przez NFZ Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Jako jej posiadacze będziemy mogli korzystać z publicznej opieki medycznej podobnie jak obywatele państwa Unii Europejskiej, do którego się wybieramy. Pomimo znacznego rozszerzenia zakresu terytorialnego ubezpieczenia zdrowotnego po uzyskaniu przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej, udając się w podróż do innego państwa członkowskiego UE warto rozważyć możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą. Katalog świadczeń w ramach bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej w danym państwie członkowskim UE może nie obejmować akurat tego świadczenia, które w konkretnym przypadku byłoby najbardziej potrzebne. Umowa ubezpieczenia kosztów leczenia zawarta z ubezpieczycielem może wypełnić tę lukę.

Przykład 3. Ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym

Popularne są tzw. ubezpieczenia inwestycyjne, do których zalicza się m.in. ubezpieczenia na życie powiązane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz tzw. polisolokaty. Podejmując decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia tego typu powinniśmy znać przynajmniej jego podstawowe cechy. Ubezpieczenie na życie powiązane z **ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym** ma charakter ochronno-inwestycyjny, co oznacza, iż pewna część płaconej składki ubezpieczeniowej przeznaczona jest na pokrycie przewidzianej umową ochrony, zaś pozostała – na zakup jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (UFK), który inwestuje środki w różnego rodzaju instrumenty finansowe (np. akcje, obligacje, instrumenty pochodne). Dość często w produktach tego typu ochrona jest minimalna, zaś prawie cała składka inwestowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Powszechną praktyką jest z kolei inwestowanie wszystkich środków UFK w jednostki uczestnictwa konkretnego, z góry ustalonego funduszu inwestycyjnego. W takim przypadku powinniśmy porównać poziom opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń w związku z inwestowaniem naszych środków w UFK z opłatami, jakie płacilibyśmy inwestując bezpośrednio w jednostki danego funduszu inwestycyjnego. Charakterystyczną cechą tego rodzaju produktów, o której zawsze musimy pamiętać, jest ryzyko inwestycyjne, które obciąża klienta inwestującego swe środki w ramach UFK. Klient, podobnie jak osoba kupująca jednostki funduszu inwestycyjnego, musi liczyć się z możliwością utraty przynajmniej części zainwestowanych środków, np. w razie bessy na giełdzie papierów wartościowych.

⁶ Szereg informacji dotyczących zasad korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej w innych państwach Unii Europejskiej dostępnych jest na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz.gov.pl) w zakładce „Nasze zdrowie w UE”.

Niektóre ubezpieczenia na życie powiązane z UFK oferują gwarancję zwrotu zainwestowanych środków. Przed podjęciem decyzji o zainwestowaniu środków w taki produkt powinniśmy bardzo wnikliwie przeanalizować kto, w jakim zakresie i na jakich zasadach gwarantuje zwrot z naszej inwestycji. Może się bowiem okazać, iż gwarancja obejmuje jedynie część zainwestowanych środków lub też można z niej skorzystać w ściśle określonych terminach (np. w dziesiątym roku od zawarcia umowy). Podejmując ewentualną decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia na życie związanego z UFK powinniśmy szczególną uwagę zwrócić na regulamin lokowania środków UFK, który określa m.in. charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i ograniczenia inwestycyjne. Ponadto wybierając ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powinniśmy mieć na uwadze akceptowalny poziom ryzyka. Pamiętając jednocześnie o podstawowej zasadzie obowiązującej przy każdej inwestycji: im większego zysku oczekujemy, tym z większym ryzykiem powinniśmy się liczyć.

Polisolokata (zwana również polisą oszczędnościową) to produkt prezentowany często klientom jako swoiste połączenie lokaty bankowej z ubezpieczeniem na życie. W praktyce jest to jednak grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie. Produkt ten często oferowany jest klientom we współpracy z bankiem, który zawiera umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, do którego to ubezpieczenia przystępują następnie klienci banku. Konstrukcja tego produktu przewiduje, iż w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną (tj. zwykle dożycia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową końca trwania umowy ubezpieczenia albo śmierci tej osoby przed upływem okresu, na który zawarto tę umowę, np. 12 miesięcy) zakład ubezpieczeń wypłaca klientowi świadczenie w wysokości równej wpłaconej przez klienta składce ubezpieczeniowej (zwykle wpłaconej jednorazowo), powiększonej o tzw. wskaźnik ubezpieczeniowy, tj. wyrażoną w procentach wielkość, odpowiadającą zwykle przeciętnemu oprocentowaniu standardowych lokat bankowych.

Podmioty oferujące polisolokaty jako korzyść z takiego sposobu oszczędzania w porównaniu z typowymi lokatami bankowymi wskazują na zwolnienie zysków osiągniętych w ramach ubezpieczenia na życie z podatku dochodowego od zysków kapitałowych (tzw. podatku Belki). Podejmując jednak ewentualną decyzję o zainwestowaniu środków w tzw. polisolokaty musimy pamiętać, iż konsekwencją tego jest również podleganie środków pod inny system gwarantowania. W przypadku środków pieniężnych zdeponowanych na typowych lokatach bankowych pieniądze są w pełni gwarantowane w razie niewypłacalności banku przez Bankowy Fundusz Gwarancyjny do równowartości 100 tys. euro. Jeżeli natomiast zainwestujemy środki w polisolokatę (tj. swoistą umowę ubezpieczenia na życie), wypłatę środków w razie niewypłacalności zakładu ubezpieczeń gwarantuje Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Gwarancja ta jest jednak ograniczona do 50% wierzitelności, jednak nie więcej niż do równowartości 30 tys. euro. Oznacza to, że gwarantowana jest mniejsza część środków niż w przypadku lokat bankowych. Jakkolwiek potrzeba korzystania z systemu gwarantowania środków występuje na szczęście rzadko, to jednak podejmując decyzję o wyborze lokaty bankowej lub polisolokaty warto mieć świadomość istnienia odmiennego systemu gwarantowania środków.

„Jakość systemu likwidacji szkód to bardzo subiektywne, ale zarazem ważne kryterium wyboru ubezpieczenia.”

Wybierając ubezpieczenie warto również zwrócić uwagę na element, który nie jest uregulowany w umowie, czyli system likwidacji szkód. Jakość systemu likwidacji szkód to bardzo subiektywne, ale zarazem ważne kryterium wyboru ubezpieczenia. Jeżeli dochodzą do nas sygnały, iż dany zakład ubezpieczeń często przedłuża proces likwidacji szkód (tj. proces ustalania przez ubezpieczyciela swej odpowiedzialności i wysokości należnego odszkodowania), wymaga dostarczania coraz to nowych dokumentów, nie odpowiada na korespondencję w rozsądnym terminie, utrudnia zapoznanie się z aktami prowadzonego postępowania likwidacyjnego, wypłaca odszkodowania z dużym opóźnieniem, zaniża wysokość należnego odszkodowania, nie przychodzi na polubowne metody rozwiązania ewentualnych sporów (np. przeprowadzenie mediacji), to warto wziąć ten czynnik pod uwagę podejmując decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia.

Pojedyncze negatywne opinie o danym ubezpieczycielu nie powinny przesądzać o złej jakości systemu likwidacji szkód – zawsze bowiem może mieć miejsce wyjątkowa sytuacja, która zostanie bardzo negatywnie odebrana przez klienta. Jeżeli jednak duża część dotychczasowych klientów danego ubezpieczyciela podziela negatywną opinię o funkcjonującym w tym zakładzie ubezpieczeń procesie likwidacji szkód, to możemy mieć uzasadnione obawy, iż również nas w przyszłości mogą spotkać takie problemy.

Wysoka jakość systemu likwidacji szkód u ubezpieczyciela pozwala oczekiwać, iż w sytuacji zaistnienia w przyszłości zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, otrzymamy w krótkim terminie należne środki pieniężne bez zbędnych formalności i bez konieczności składania skarg czy wdawania się w czasochłonny i kosztowny spór przed sądem. Proces likwidacji szkód powinien być wizytówką ubezpieczyciela, gdyż jest to jeden z najważniejszych elementów usługi, za którą płacimy składkę ubezpieczeniową.

KROK 3. PRZECZYTAJ OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Z zasady typowe, powszechnie zawierane przez konsumentów umowy ubezpieczenia kształtowane są wzorcami umów ustalonymi jednostronnie przez zakłady ubezpieczeń. Wzorce te nazywa się zwykle ogólnymi warunkami ubezpieczeń (OWU). Postanowienia OWU wraz z zapisami umowy ubezpieczenia są źródłem kształtującym prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia. Zapisy OWU mają charakter postanowień standardowych stosowanych dla wszystkich umów ubezpieczenia danego rodzaju, oferowanych przez zakład ubezpieczeń. Określają one wszystkie najważniejsze cechy produktu, tj. w szczególności:

- ➔ przedmiot i zakres ubezpieczenia;
- ➔ tryb zawierania umowy ubezpieczenia,
- ➔ zakres i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- ➔ prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia;
- ➔ sposób ustalania wysokości szkód;
- ➔ zasady wypłaty odszkodowań lub świadczeń.

Natomiast regulacje zawarte w umowie uzupełniają lub zmieniają standardowe postanowienia wprowadzone przez OWU. W praktyce, prawie wszystkie produkty ubezpieczeniowe dostępne dla konsumentów zawierane zostają przy użyciu OWU. Masowe posługiwanie się w takich sytuacjach wzorcami umowy o tej samej treści przyspiesza i ułatwia zawieranie umów oraz czyni te ubezpieczenia tańszymi dla klientów.

Czytając OWU zauważymy, że ubezpieczenia tego samego rodzaju, ale oferowane przez różnych ubezpieczycieli, mogą się znacznie różnić od siebie, co do zakresu udzielanej ochrony, katalogu wyłączeń odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń, a w konsekwencji – także wysokości składki ubezpieczeniowej. Niektóre ubezpieczenia ograniczają się do udzielania ochrony na wypadek wystąpienia jedynie podstawowych zdarzeń, inne zaś obejmują szeroki zakres odpowiedzialności lub umożliwiają wybór spośród wielu dodatkowych wariantów ochrony ubezpieczeniowej.

Analizując oferowane przez zakłady ubezpieczeń produkty ubezpieczeniowe powinniśmy zapoznawać się z zasadami funkcjonowania tego produktu, w szczególności warunkami uruchomienia ochrony ubezpieczeniowej, wysokością limitów odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (tj. sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej) oraz zakresem wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, który w wielu przypadkach może być szeroki.

Pamiętajmy, iż zgodnie z przepisami prawa postanowienia wzorca umowy obowiązują klienta, jeżeli zostały mu doręczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jednocześnie przepisy prawa nie uzależniają związania klienta treścią OWU od zapoznania się z ich treścią.

Chociaż nie mamy obowiązku zapoznawania się z treścią OWU, to wnikliwa analiza wzorca umowy leży w naszym interesie. OWU określają w praktyce wszystkie szczegółowe kwestie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, m.in. w jakich sytuacjach i w jakiej wysokości zakład ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie albo świadczenie. Szczególnie uważnie powinniśmy przeczytać wszystkie treści, które są napisane przystawowym „drobnym drukiem”.

Bardzo ważnym elementem OWU są zawarte w nich definicje pojęć. Pojęcia te określają w szczególności zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, tj. wskazują w jakich sytuacjach należy się odszkodowanie lub świadczenie. Należy pamiętać, iż w OWU moż-

„Wnikliwa analiza wzorca umowy leży w naszym interesie.”

na zdefiniować na potrzeby danej umowy ubezpieczenia niektóre zagadnienia odmiennie niż przyjęto się to powszechnie rozumieć (np. definiując w OWU pojęcie szpitala można zastrzec, iż szpitalem nie jest szpital sanatoryjny). Dlatego też tak bardzo ważna jest wnikliwa analiza definicji pojęć używanych we wzorcu umowy.

Analiza postanowień OWU zwykle nie jest zadaniem prostym. Jakkolwiek przepisy prawa wymagają, aby postanowienia wzorców umowy były zrozumiałe i jednoznaczne, to jednak często pozostają one rozbudowanymi dokumentami, zawierającymi wiele odesłań, pisanymi specjalistycznym językiem. Pomimo tych utrudnień warto czytać OWU przed zawarciem umowy, bo zawieranie umowy ubezpieczenia bez uprzedniego przystudiowania treści OWU jest jak przystawowe „kupowanie kota w worku.” Czy zdecydowalibyśmy się na zakup używanego samochodu bez dokładnego zbadania jego stanu technicznego? Raczej nie. Tym bardziej nie powinniśmy zawierać umowy ubezpieczenia (z sumą ubezpieczenia często wielokrotnie przekraczającą wartość używanego samochodu) bez poświęcenia czasu na wnikliwe zapoznanie się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia. Ponadto wszelkie wątpliwości dotyczące rozumienia poszczególnych postanowień OWU powinniśmy – dla własnego dobra – wyjaśnić przed zawarciem umowy.

Analiza treści wzorca umowy przed zawarciem umowy pozwoli na podjęcie świadomej decyzji dotyczącej zawarcia umowy. Skutkiem tej analizy może być ustalenie, iż oferowany przez dany zakład ubezpieczeń produkt ubezpieczeniowy nie jest dostosowany do naszych potrzeb. Może się np. okazać, że dane ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z uprawianiem sportu nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły na skutek uprawiania sportu wyczynowo lub ekstremalnie (co we wzorcu umowy mogło zostać zdefiniowane jako uprawianie sportu poza wyznaczonymi i odpowiednio przygotowanymi miejscami), a my poszukujemy ochrony ubezpieczeniowej właśnie w związku z wyjazdem na narty, podczas którego chcemy jeździć wyłącznie poza wyznaczonymi trasami narciarskimi.

W przypadku masowo zawieranych umów ubezpieczenia przy użyciu OWU, klient może w praktyce zaakceptować i przystąpić do umowy na zaproponowanych przez ubezpieczyciela warunkach lub zrezygnować z jej zawarcia i poszukać innego, bardziej dostosowanego do jego potrzeb produktu ubezpieczeniowego.

Oczywiście, możliwe jest negocjowanie warunków umowy ubezpieczenia i odejście od typowych warunków określonych we wzorcu umowy. Należy jednakże zauważyć, iż ubezpieczyciele zdecydowanie chętniej godzą się na zmodyfikowanie niektórych postanowień OWU, a tym bardziej stworzenie produktu „szytego na miarę”, w przypadku ubezpieczeń o znacznej wartości, gdzie składka może wynosić kilkaset tysięcy złotych. Indywidualnie negocjowane warunki, oznaczają bowiem wyższe koszty zawarcia takiej umowy (w szczególności związane z koniecznością opracowania indywidualnych warunków czy oszacowania obejmowanego ochroną ryzyka). W przypadku chęci zawarcia umowy ubezpieczenia przy użyciu zaproponowanego przez zakład ubezpieczeń wzorca umowy, połączonego z wolą zmodyfikowania niektórych postanowień OWU, musimy zadbać, aby w treści zawieranej umowy ubezpieczenia znalazły się postanowienia regulujące daną kwestię odmiennie niż ma to miejsce we wzorcu. Wówczas treść umowy będzie miała pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.

KROK 4. ZAWIERAMY UMOWĘ

Gdy określiliśmy już potrzeby ubezpieczeniowe, przeanalizowaliśmy oferty dostępne na rynku ubezpieczeniowym i dokonaliśmy wyboru najodpowiedniejszego ubezpieczenia, przyszedł wreszcie czas na zawarcie umowy ubezpieczenia.

Wniosek ubezpieczeniowy

Z reguły chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia musimy złożyć zakładowo ubezpieczeń ofertę w postaci wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Opracowany przez zakład ubezpieczeń wniosek wymaga podania szeregu informacji lub odpowiedzi na pytania, które ubezpieczyciel uznał za istotne dla właściwej oceny poziomu ryzyka i wysokości składki ubezpieczeniowej. Mamy ustawowy obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o wszystkich znanych sobie okolicznościach, o które zakład ubezpieczeń pytał w formularzu oferty albo przed zawar-

ciem umowy w innych pismach. W przypadku, gdy zakład ubezpieczeń zawrze umowę ubezpieczenia pomimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Ponadto zakład ubezpieczeń może zobowiązać nas w umowie ubezpieczenia do zgłaszania w czasie trwania umowy zmiany okoliczności, o które pytał przed zawarciem umowy (nie dotyczy to jednak ubezpieczeń na życie). W przypadku podania informacji niezgodnie z prawdą lub niepoinformowania ubezpieczyciela o zmianie tych okoliczności w trakcie trwania umowy (jeżeli zobowiązał nas do tego ubezpieczyciel), narażamy się na negatywne konsekwencje naszego działania lub zaniechania. Mianowicie, ubezpieczyciel nie ponosi wówczas odpowiedzialności za skutki okoliczności, których nie podaliśmy lub podaliśmy niezgodnie z prawdą. Może to stanowić przyczynę odmowy wypłacenia odszkodowania.

Po złożeniu do zakładu ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, otrzymujemy na ogół propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia na standardowych zasadach, które określone zostały w OWU. Mamy wówczas do wyboru: zaakceptować propozycję i zawrzeć umowę na warunkach określonych w doręczonym nam przed zawarciem umowy wzorcu umowy, lub podjąć – z zasady trudne – negocjacje w celu uzyskania lepszych warunków albo przygotowanie przez ubezpieczyciela produktu bardziej pasującego do naszych potrzeb.

Zgodnie z przepisami prawa możemy złożyć zakładowi ubezpieczeń ofertę ubezpieczenia na wskazanych przez nas warunkach, określając w ofercie szczegółowo wszystkie oczekiwania. W praktyce powinniśmy jednak liczyć się z sytuacją, iż ubezpieczyciel doręczy nam w odpowiedzi dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które będą odbiegać na niekorzyść od treści złożonej przez nas oferty (w szczególności ubezpieczyciel może zamieścić w nim postanowienia stosowanych przez niego standardowo ogólnych warunków ubezpieczenia). W takiej sytuacji ubezpieczyciel zobowiązany jest jednocześnie zwrócić nam na piśmie uwagę na różnice pomiędzy naszą ofertą a przesłanym dokumentem ubezpieczenia, wyznaczając jednocześnie co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania przez ubezpieczyciela tego obowiązku, zmiany dokonane na naszą niekorzyść nie są skuteczne, a umowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami naszej oferty. Jeżeli jednak ubezpieczyciel przesyłając dokument ubezpieczenia zwróci nam uwagę na dokonane zmiany w stosunku do naszej oferty, a my w wyznaczonym terminie nie złożymy sprzeciwu, to z mocy prawa umowa dochodzi do skutku (tj. zostaje uznana za zawartą), zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia przekazanego nam przez zakład ubezpieczeń – następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązany jest potwierdzić ten fakt dokumentem ubezpieczenia, zwanym zwykle polisą. Dokument ten stanowi dowód zawarcia umowy ubezpieczenia. Ponadto, jeżeli z treści umowy nie wynika data jej zawarcia, to przyjmuje się, iż umowa ubezpieczenia została zawartą z chwilą doręczenia nam dokumentu ubezpieczenia.

„Zgodnie z przepisami prawa możemy złożyć zakładowi ubezpieczeń ofertę ubezpieczenia na wskazanych przez nas warunkach, określając w ofercie szczegółowo wszystkie oczekiwania.”

„W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązany jest potwierdzić ten fakt dokumentem ubezpieczenia, zwanym zwykle polisą.”

Suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna

Suma ubezpieczenia oraz suma gwarancyjna (w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej) określają maksymalną wysokość świadczenia, które może zostać wypłacone przez ubezpieczyciela w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

ubebezpieczenia na kwotę wyższą. Natomiast w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych – co do zasady – to my sami decydujemy o wysokości sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej. W praktyce często możemy dokonać wyboru jednego z kilku wariantów wysokości sumy ubezpieczenia określonej przez zakład ubezpieczeń. Oczywiście im wyższa jest suma ubezpieczenia, tym z wyższą wysokością składki ubezpieczeniowej musimy się liczyć. W ubezpieczeniach dobrowolnych, w przypadku których mamy całkowitą dowolność zarówno co do samego zawarcia umowy ubezpieczenia, jak również określenia zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, pojawić się zatem może chęć do minimalizowania przez osobę poszukującą ochrony ubezpieczeniowej kosztów składki ubezpieczeniowej.

„Musimy pamiętać, iż suma ubezpieczenia ustalona na zbyt niskim poziomie może spowodować nie tylko ewentualne niezadowolenie z wysokości wypłaconego odszkodowania czy świadczenia, ale może wręcz prowadzić do pozorności posiadanej ochrony ubezpieczeniowej.”

tj. uszczerbku na zdrowiu. Wypłacona w takim przypadku przez zakład ubezpieczeń kwota będzie pochodną ustalonej przez nas niskiej sumy ubezpieczenia i zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

W ubezpieczeniach osobowych mamy stosunkowo dużą swobodę ustalania wysokości sumy ubezpieczenia. Natomiast w przypadku ubezpieczeń dóbr majątkowych, z kwestią ustalania wysokości sumy ubezpieczenia związane są pojęcia niedoubezpieczenia oraz nadubebezpieczenia. Z **niedoubezpieczeniem** mamy do czynienia wówczas, gdy suma ubezpieczenia jest niższa niż wartość ubezpieczonego dobra. W takiej sytuacji, możemy spotkać się z dwoma metodami ustalania wysokości odszkodowania. W pierwszej metodzie wysokość wypłaconego odszkodowania zmniejsza się w takim stosunku, w jakim zadeklarowana suma ubezpieczenia pozostaje do wartości faktycznej mienia (tzw. zasada proporcji). W drugiej metodzie wysokość odszkodowania odpowiada wysokości szkody, ale w granicach sumy ubezpieczenia (tzw. zasada pierwszego ryzyka). Działanie tych dwóch metod ustalania wysokości odszkodowania wyjaśnia Przykład 4.

W ubezpieczeniach obowiązkowych przepisy prawa określają z zasady minimalną wysokość sumy gwarancyjnej bądź sumy ubezpieczenia. Oznacza to, iż nie możemy zawrzeć umowy, w której określimy wysokość sumy ubezpieczenia (lub sumy gwarancyjnej) na poziomie niższym niż wymagany przepisami prawa. Nie ma oczywiście przeszkód, abyśmy zawarli umowę

Musimy pamiętać, iż suma ubezpieczenia ustalona na zbyt niskim poziomie może spowodować nie tylko ewentualne niezadowolenie z wysokości wypłaconego odszkodowania czy świadczenia, ale może wręcz prowadzić do pozorności posiadanej ochrony ubezpieczeniowej. Dla przykładu, w przypadku ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z sumą ubezpieczenia 5 tys. zł, ustalony uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10% wiązać się będzie z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości zaledwie 500 zł. Wobec doznania bolesnego i relatywnie ciężkiego uszkodzenia ciała, kwota ta zapewne zostanie uznana za nieadekwatną do zaistniałej szkody,

Przykład 4. Ustalanie wysokości odszkodowania w przypadku niedoubezpieczenia

Ubezpieczamy dom od ognia i innych zdarzeń losowych. Wartość rynkowa domu to 400 tys. zł. Ubezpieczając dom określamy sumę ubezpieczenia na 200 tys. zł. W przypadku zaistnienia szkody objętej ubezpieczeniem w wysokości 200 tys. zł, ustalając wysokość odszkodowania w oparciu o zasadę proporcji zakład ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie w wysokości 100 tys. zł, zaś kierując się zasadą pierwszego ryzyka wypłaci kwotę 200 tys. zł. Oczywiście przyjęta w umowie ubezpieczenia metoda ustalania wysokości odszkodowania wpływa na wysokość składki ubezpieczeniowej.

Z **nadubezpieczeniem** mamy do czynienia wtedy, gdy ubezpieczymy mienie na sumę przekraczającą jego faktyczną wartość. Z zasady, w takiej sytuacji umowa ubezpieczenia przewiduje wypłatę ubezpieczenia tylko w granicach rzeczywistej wartości tego mienia. Analogiczna sytuacja występuje w sytuacji ubezpieczenia tego samego mienia w kilku zakładach ubezpieczeń na sumę przekraczającą jego rzeczywistą wartość (tzw. podwójne ubezpieczenie). Wówczas każdy z zakładów wypłaci część odszkodowania w takim stosunku, w jakim poszczególne sumy ubezpieczenia pozostawały do wartości wynikającej z dodania wszystkich sum ubezpieczenia, na które dany składnik majątkowy był równolegle ubezpieczony.

Przykład 5. Ustalanie wysokości odszkodowania w przypadku nadubezpieczenia

Jeżeli dom o wartości rynkowej 400 tys. zł ubezpieczymy w dwóch zakładach ubezpieczeń i w obu tych umowach określimy sumy ubezpieczenia na 450 tys. zł, to w przypadku zaistnienia szkody całkowitej (tj. całkowitego zniszczenia naszego domu) każdy z tych zakładów ubezpieczeń wypłaci nam jedynie po 200 tys. zł (co łącznie daje 400 tys. zł odszkodowania, czyli wartość zaistniałej szkody). W takich sytuacjach od ubezpieczycieli można oczekiwać rekalkulacji składki i zwrotu jej nadpłaconej części. Jednakże dopóki szkoda nie wystąpi, to możemy nawet nie być świadomi, iż doprowadziliśmy do nadubezpieczenia, a w konsekwencji tego – nie będziemy świadomi przysługującego nam prawa do zwrotu części składki.

Określając sumę ubezpieczenia warto poświęcić czas na przeanalizowanie czynników ryzyka i możliwych szkód. Rozważmy wariant pesymistyczny, który oznacza powstanie dotkliwej szkody. Pamiętajmy, iż ubezpieczenie powinno nas chronić przede wszystkim przed powstaniem poważnych szkód. Z zasady koszty finansowe drobnych szkód jesteśmy w stanie ponieść bez większych wyrzeczeń samodzielnie. Ponadto, wobec relatywnie wysokich kosztów administracyjnych (np. koszty korespondencji, oględzin rzeczoznawcy, wynagrodzenie pracowników zajmujących się likwidacją szkody) ponoszonych przy likwidacji drobnych szkód, często nie jest ekonomicznie uzasadnione obejmowanie ochroną ubezpieczeniową niewielkich szkód (koszty te mogą przekraczać wysokość samej szkody).

Na rynku oferowanych jest wiele produktów ubezpieczeniowych, w przypadku których zakłady ubezpieczeń umownie ograniczają swoją odpowiedzialność w sytuacji wystąpienia relatywnie niewielkich szkód. Służy temu konstrukcja tzw. **franszyzy integralnej**, która polega na tym, iż w sytuacji zaistnienia szkody, której wysokość nie przekracza określonej kwoty granicznej (np. 500 zł) zakład ubezpieczeń nie wypłaci nic, natomiast gdy szkoda przekroczy kwotę graniczną (i wyniesie np. 550 zł) wówczas wypłaci odszkodowanie w wysokości odpowiadającej pełnej kwocie szkody (tj. w naszym przykładzie 550 zł).

Nieco inne zadanie spełniają konstrukcje **franszyzy redukcyjnej** oraz **udziału własnego**. Stanowią one mają głównie czynnik motywujący do podwyższonej staranności i dbałości o przedmiot ubezpieczenia. Nie wdając się w szczegóły pewnych odmienności pomiędzy franszyzą redukcyjną i udziałem własnym, należy wskazać, iż niosą one podobny skutek ponieważ w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zakład ubezpieczeń nie będzie rekompensował powstałej szkody w całości, a pomniejszy odszkodowanie o określoną w umowie ubezpieczenia wartość wyrażoną procentowo (np. o 10%) lub kwotowo (np. o 500 zł). Skutkiem zastosowania tych konstrukcji jest obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej płaconej przez ubezpieczającego. Należy jednak pamiętać, iż ubezpieczyciele często umożliwiają klientom zrezygnowanie ze stosowania tych konstrukcji i rozciągnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń na całą szkodę, co wiąże się jednak z koniecznością zapłacenia wyższej składki.

Składka ubezpieczeniowa

Z zawarciem umowy ubezpieczenia nierozdzielnie wiąże się konieczność zapłacenia składki ubezpieczeniowej. Składka stanowi cenę za oferowaną przez ubezpieczyciela usługę polegającą na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej.

Zgodnie z ogólną zasadą, składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa (np. w sytuacji wypowiedzenia umowy), przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa ubezpieczenia powinna określać termin płatności składki. Jeżeli jednak termin ten nie jest wskazany w umowie, to składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy. W przypadku gdy umowa

doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia, to składka powinna zostać zapłacona w ciągu czternastu dni od doręczenia tego dokumentu.

Jeżeli w umowie zawartej z ubezpieczycielem ustaliliśmy, iż ponosi on odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a nie zapłaciliśmy w terminie składki lub jej pierwszej raty, to zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć nam umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. Jeżeli jednak zakład ubezpieczeń, pomimo niezapłacenia przez nas składki w terminie, nie wypowiedział umowy, to musimy pamiętać, iż umowa ta mocy prawa wygasa z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub OWU, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał nas do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Przykład 6. Czy najtańsze ubezpieczenie to najlepszy wybór?

Odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista. Cena ubezpieczenia (czyli wysokość składki ubezpieczeniowej) ma decydujące znaczenie jedynie w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, których zakres ochrony jest ustalony przepisami prawa (np. ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych). W przypadku pozostałych produktów ubezpieczeniowych wysokość składki ubezpieczeniowej, jakkolwiek jest istotnym elementem decydującym o zawarciu umowy, nie powinna być jedynym kryterium wyboru.

W ubezpieczeniach dobrowolnych to od stron umowy ubezpieczenia (zakładu ubezpieczeń i klienta) zależy ukształtowanie zakresu ochrony ubezpieczeniowej. W praktyce, w przypadku większości relatywnie drobnych i powszechnych umów ubezpieczenia zawieranych przez klientów, to zakład ubezpieczeń kształtuje zakres ochrony w postaci ustalonych jednostronnie ogólnych warunków ubezpieczenia, na których treść klient nie ma z zasady realnego wpływu. W takiej sytuacji nominalnie najtańsze ubezpieczenie może jednocześnie okazać się ubezpieczeniem relatywnie drogim.

Wyobraźmy sobie następującą sytuację. Chcemy zawrzeć umowę ubezpieczenia autocasco. Zakład ubezpieczeń A oferuje ubezpieczenie autocasco dla naszego pojazdu ze składką w wysokości 400 zł, zaś zakład ubezpieczeń B – ze składką 500 zł. W obu przypadkach suma ubezpieczenia (określająca górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) jest taka sama i wynosi 10 tys. zł. Wydaje się zatem oczywiste, że korzystniejsze cenowo dla klienta jest ubezpieczenie w zakładzie ubezpieczeń A. To tańsze ubezpieczenie autocasco obejmuje jednak jedynie szkody powstałe w wyniku pożaru pojazdu, natomiast niewiele droższe konkurencyjne ubezpieczenie przewiduje wypłatę odszkodowania również w przypadku kradzieży pojazdu. W tej sytuacji tańsze ubezpieczenie okazuje się zatem ubezpieczeniem relatywnie drogim w stosunku do zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Pamiętajmy zatem, że w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych, których zakres nie został ujednolicony przez przepisy prawa, wysokość składki to tylko jeden z wielu elementów (i wbrew pozorom – niekoniecznie najważniejszy), który powinien decydować o wyborze ubezpieczenia.

Początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Zawierając umowę ubezpieczenia możemy co do zasady dowolnie ustalić z zakładem ubezpieczeń termin, w którym rozpocznie się jego odpowiedzialność.

Początek odpowiedzialności ubezpieczyciela nie musi pokrywać się z datą zawarcia umowy. Możemy ustalić, iż odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpocznie się w terminie późniejszym (np. miesiąc po zawarciu umowy). Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie doprecyzowano terminu rozpoczęcia świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, przyjmuje się, iż odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po

zawarciu umowy (nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty). W specyficznych przypadkach możliwe jest również objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy. Zgodnie z prawem objęcie ubezpieczeniem takiego okresu jest bezskuteczne (tj. nie może skutkować wypłatą odszkodowania), jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe lub wykluczona została możliwość jego zajścia w tym okresie. Oznacza to, iż umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe. W przypadku nieważności umowy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany zwrócić klientowi zapłaconą składkę ubezpieczeniową.

WYJŚCIE AWARYJNE: ODSTĄPIENIE OD UMOWY

Jeśli dojdziemy do przekonania, że zawarta umowa ubezpieczenia nie spełnia oczekiwań, możemy od niej odstąpić w ciągu 30 dni od daty zawarcia.

Takie prawo przysługuje nam jeżeli umowę zawarliśmy na dłużej niż 6 miesięcy lub też zawarliśmy ją „na odległość” (np. przez Internet lub telefon). Warto z tego uprawnienia skorzystać, jeśli podjęliśmy nieprzemysłaną decyzję albo zawarliśmy umowę pod wpływem emocji. Oczywiście w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo dochodzić zapłaty składki za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ

ZGŁOSZENIE SZKODY⁷

Termin zgłoszenia szkody

Ogólne warunki ubezpieczenia najczęściej przewidują obowiązek zgłoszenia szkody przez ubezpieczającego (tj. poinformowania zakładu ubezpieczeń, że wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce) w określonym terminie od jej wystąpienia.

Termin ten różni się w zależności od rodzaju umowy ubezpieczenia (może wynosić np. 4 dni od zajścia wypadku ubezpieczeniowego). Zwykle obowiązek taki spoczywa na ubezpieczającym, ale w umowach zawartych na cudzy rachunek może on być także nałożony na ubezpieczonego.

W praktyce ważne jest, aby zakład ubezpieczeń był poinformowany o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, dzięki czemu będzie mógł podjąć działania zmierzające do ustalenia okoliczności i skutków wypadku. Dlatego też – niezależnie od tego, że w danej umowie ubezpieczenia OWU

mogą nakładać obowiązek poinformowania zakładu ubezpieczeń o zajściu wypadku ubezpieczeniowego przez ubezpieczającego – wystarczające i w pełni skuteczne jest poinformowanie ubezpieczyciela o zdarzeniu przez jakąkolwiek osobę. Na przykład jeżeli ubezpieczony leży w szpitalu w śpiączce, to skutecznego zgłoszenia szkody może dokonać inna osoba.

Skutki niezgłoszenia szkody

Jeśli obowiązek poinformowania nie zostanie zrealizowany w terminie z winy ubezpieczającego (ubezpieczonego), to zakład ubezpieczeń może zmniejszyć należne świadczenie, o ile wykaże, że brak informacji o wypadku w określonym terminie przyczynił się do zwiększenia szkody lub uniemożliwił ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

Zgłoszenie szkody w właściwym terminie leży zatem w interesie tego, kto potencjalnie otrzyma świadczenie. Co ważne, od dnia zgłoszenia szkody liczy się także termin, w którym ubezpieczyciel obowiązany jest wywiązać się z umowy. Im szybciej nastąpi zgłoszenie szkody, tym szybciej powinna nastąpić wypłata należnego świadczenia ubezpieczeniowego.

Forma zgłoszenia szkody

OWU mogą określać formę zgłoszenia szkody, np. wyłącznie na piśmie, przez telefon, e-mail itd. Niemniej – ze względu na możliwość zmniejszenia świadczenia przez ubezpieczyciela w przypadku braku informacji o szkodzie – ważne jest, aby w przypadku ewentualnego sporu możliwe było bezsporne udowodnienie, że zgłoszenie nastąpiło we właściwym czasie, np. możemy nagrać rozmowę, w trakcie której następuje zgłoszenie szkody przez telefon na infolinię zakładu ubezpieczeń.

⁷ „Zgłoszenie szkody” jest popularnym określeniem czynności polegającej na zgłoszeniu zajścia zdarzenia, z którym wiąże się odpowiedzialność gwarancyjna ubezpieczyciela. Ten skrót myślowy wynika z tego, że z reguły z chwilą zajścia ubezpieczonego zdarzenia (np. wypadku samochodowego) powstaje szkoda w majątku ubezpieczonego (np. zmniejszenie się wartości uszkodzonego pojazdu). Tak więc nie będzie błędem posługiwanie się tym terminem, o ile wiemy co się pod nim w rzeczywistości kryje.

Pamiętaj:

- ➔ zgłoszenie szkody w terminie leży w interesie tego, kto może otrzymać świadczenie z danej umowy ubezpieczenia,
- ➔ każdy, nie tylko ubezpieczony, może skutecznie zgłosić szkodę z danej umowy,
- ➔ im szybciej nastąpi zgłoszenie szkody, tym szybciej powinna nastąpić wypłata należnego świadczenia ubezpieczeniowego,
- ➔ ważne jest zachowanie dowodu tego, że szkodę zgłoszono w terminie (np. potwierdzenie nadania listu).

LIKWIDACJA SZKODY

Uwagi ogólne

Ubezpieczyciel po otrzymaniu informacji o zajściu wypadku ubezpieczeniowego powinien przystąpić do likwidacji szkody, tj. do podjęcia działań mających na celu określenie okoliczności powstania szkody (umożliwiających rozstrzygnięcie czy ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za dane zdarzenie) i jej rozmiarów (pozwalających na określenie wysokości świadczenia). Ubezpieczający i ubezpieczeni są obowiązani do współdziałania z ubezpieczycielem w celu przeprowadzenia po-

„Ubezpieczający i ubezpieczeni są obowiązani do współdziałania z ubezpieczycielem w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego.”

stępowania likwidacyjnego. Ubezpieczyciel może np. zażądać udostępnienia ubezpieczonego lokalu lub samochodu celem dokonania oględzin, zażądać przekazania określonych dokumentów itd. Należy jednak pamiętać, że zasadą jest, że to ubezpieczyciel prowadzi likwidację szkody – jego więc powinny obciążać koszty likwidacji.

Przykład 7. Wezwanie poszkodowanego do stawienia się przed komisją lekarską

Pieszony został potrącony przez samochód przechodząc przez przejście na zielonym świetle. Pojazd był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej. W wyniku wypadku pieszy doznał uszczerbku na zdrowiu, w związku z czym zażądał od ubezpieczyciela sprawcy wypłaty odszkodowania. Ubezpieczyciel wezwał poszkodowanego, aby stawił się w wyznaczonym terminie przed komisją lekarską, która oceni zakres uszczerbku, a także by uiścił opłatę 300 zł w celu pokrycia kosztów badania. Poszkodowany może:

- 1) stawić się we wskazanym terminie,
- 2) poprosić o zmianę terminu na inny (gdyż ten nie jest dogodny),
- 3) stawić się we wspomnianym terminie oraz zażądać zwrotu kosztów dojazdu (taksówką, pociągiem, własnym samochodem itp.).

Poszkodowany dochodzi świadczenia pieniężnego od ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia OC sprawcy szkody – odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest w tej sytuacji najszersza, gdyż wynika z treści obowiązujących przepisów prawa (poszkodowanego nie łączy z zakładem ubezpieczenia umowa ubezpieczenia, która mogłaby ograniczać odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń). Najczęściej nie zdajemy sobie sprawy z możliwości opisanych w punkcie trzecim, tj. żądania zwrotu kosztów dojazdu. Oczywiście fakt poniesienia tych kosztów powinien być udokumentowany przez poszkodowanego (tj. należy zachować rachunek za taksówkę, itd.).

W szczególnych wypadkach poszkodowany mógłby poprosić także o wizytę lekarza zakładu ubezpieczeń w domu. Wydaje się, że takie żądanie byłoby uprawnione, gdyby lekarz poszkodowanego pisemnie wskazał, że odbywanie podróży przez chorego nie jest wskazane, zaś do przeprowadzenia badania nie byłby potrzebny specjalistyczny sprzęt. Każdy taki przypadek należy rozważać w konkretnych okolicznościach, pamiętając o obowiązku współdziałania ubezpieczonego lub poszkodowanego z ubezpieczycielem w procesie likwidacji szkody.

Odnosząc się do żądania zapłaty przez poszkodowanego kwoty 300 zł celem pokrycia kosztów badania lekarskiego (wynagrodzenie lekarzy itp.) wskazać należy, że zakład ubezpieczeń w ramach realizacji roszczeń z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody nie ma prawa żądać, aby poszkodowany pokrył koszt badania.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, również w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych – koszty badań niezbędnych do ustalenia wysokości świadczenia pokrywa zakład ubezpieczeń, a nie ubezpieczony.

Zdarza się, że ubezpieczyciel żąda od ubezpieczonego działania, które nie jest uzasadnione, np. dostarczenia dokumentów, których uzyskanie jest niemożliwe dla ubezpieczonego, a które mogą zostać łatwo pozyskane przez ubezpieczyciela. Należy pamiętać, że choć na ubezpieczonym ciąży obowiązek współdziałania z ubezpieczycielem w procesie likwidacji szkody, to ubezpieczyciel nie może wykorzystywać tej sytuacji. To na ubezpieczycielu spoczywa obowiązek wykazania, że dane żądanie jest niezbędne do przeprowadzenia likwidacji szkody. Żądania ubezpieczyciela nie powinny narażać ubezpieczonego na ponoszenie dodatkowych kosztów.

Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od daty otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego – jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę (np. mailowo, telefonicznie), jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia – jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

Już na etapie zawierania umowy ubezpieczenia powinniśmy sprawdzić w treści umowy lub najczęściej OWU, czy informacja o niezbędnych do likwidacji szkody dokumentach może nam być

przekazana w formie pisemnej, czy innej (np. telefonicznie). Najlepszym dla ubezpieczonego rozwiązaniem jest, gdy zakład ubezpieczeń przesyła takie informacje na piśmie. W takiej sytuacji w zasadzie nie powstają problemy o charakterze dowodowym:

- ➔ zakład ubezpieczeń musi przekazać nam listę dokumentów, które musimy dostarczyć w celu likwidacji szkody,
- ➔ na ubezpieczycielu ciąży obowiązek udowodnienia, że rzeczywiście taką informację nam przekazał (musi więc nadać list polecony),
- ➔ nie powstają wątpliwości co do tego, które dokumenty mają być przekazane.

Pamiętajmy, że dokumenty powinniśmy przekazać bez zbędnej zwłoki. Im szybciej to uczynimy, tym szybciej zakład ubezpieczeń ustali swoją odpowiedzialność i wypłaci należne odszkodowanie.

Przykład 8. Dokumenty wymagane do likwidacji szkody – obowiązki ubezpieczonego

Ubezpieczony otrzymał pismo, w którym ubezpieczyciel prosi go o dostarczenie określonych dokumentów na potrzeby likwidacji szkody. Niestety, z powodu roztargnienia nie dostarczył jednego z dokumentów od razu, tylko dopiero po ponownej prośbie zakładu ubezpieczeń. Cały proces likwidacji szkody uległ przedłużeniu o dodatkowe 10 dni. Okoliczność ta nie obciąża zakładu ubezpieczeń, który prawidłowo poinformował ubezpieczonego o dokumentach potrzebnych do likwidacji szkody.

Opóźnienie wypłaty świadczenia nie jest jedyną możliwą konsekwencją zwłoki w przekazywaniu wszystkich wymaganych dokumentów. Możliwa jest nawet odmowa wypłaty odszkodowania, gdy zakład ubezpieczeń nie otrzyma wskazanego dokumentu. Wówczas ubezpieczony musiałby wnieść odwołanie⁸, co jeszcze bardziej przedłużyłoby procedurę wypłaty świadczenia i wiązałoby się z dodatkowymi utrudnieniami. Tego typu kłopotów najłatwiej uniknąć, gdy ubezpieczony otrzyma list od zakładu ubezpieczeń, wskazujący konkretne dokumenty niezbędne do dostarczenia ubezpieczycielowi. Pamiętajmy zatem, aby upewnić się jakie dokumenty mamy dostarczyć, zwłaszcza wtedy, gdy informacja ta jest przekazywana przez telefon lub ustnie w oddziale zakładu ubezpieczeń.

Przykład 9. Dokumenty wymagane do likwidacji szkody – obowiązki zakładu ubezpieczeń

Zakład ubezpieczeń po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego przesyła pisemnie ubezpieczonemu listę trzech dokumentów, które muszą być dostarczone w celu likwidacji szkody. Następnie, po upływie kolejnych czterech tygodni, ponownie zwraca się z prośbą o dostarczenie kolejnego dokumentu, nie wymienionego pierwotnie. Co do zasady zakład ubezpieczeń ma

⁸ Znaczenie tzw. decyzji odmownych zakładu ubezpieczeń zostanie omówione w dalszej części niniejszej publikacji.

prawo żądać wspomnianego dokumentu, ale jeśli okaże się, że mógł zażądać jego przekazania w pierwszym liście, a nie uczynił tego np. przez zaniedbanie swojego pracownika, to zakład ubezpieczeń nie będzie mógł na tej podstawie usprawiedliwić swojego opóźnienia w likwidacji szkody. Oznacza to, że ubezpieczony będzie mógł oprócz odszkodowania żądać zapłaty odsetek za ewentualne opóźnienie w spełnieniu świadczenia, które powstało w związku z pomyłką pracownika zakładu ubezpieczeń.

Najbezpieczniejszym sposobem przekazania dokumentów jest wysłanie ich listem poleconym za potwierdzeniem odbioru. Najczęściej nie musimy przekazywać oryginałów dokumentów. Jeżeli jednak takie było wyraźne żądanie ubezpieczyciela, należy je przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, koniecznie zachowując ich kopię. Przestrzeganie powyższych zasad znacznie umocni naszą pozycję w przypadku ewentualnego sporu.

„Najbezpieczniejszym sposobem przekazania dokumentów jest wysłanie ich listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.”

Przykład 10. Dokumenty wymagane do likwidacji szkody – dowód dostarczenia

Zakład ubezpieczeń twierdzi, że nie otrzymał od ubezpieczonego dokumentów niezbędnych do likwidacji szkody, w związku z tym nie może wypłacić należnego odszkodowania. Ciężar dowodu, że dokumenty zostały wysłane ciężko na ubezpieczonym – w razie sporu to on musi udowodnić, iż dokumenty wysłał. Jeżeli ubezpieczony wysłał dokumenty listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, udowodnienie tego faktu nie nastręczy żadnych trudności, a zakład ubezpieczeń będzie musiał zapłacić odsetki, jeżeli opóźnił się ze spełnieniem świadczenia.

Często powstają wątpliwości, na jaki adres przekazać dokumenty czy zgłosić szkodę. Wymagane dokumenty można dostarczyć osobiście do siedziby zakładu ubezpieczeń. Warto także pamiętać, że złożenie dokumentów u agenta ubezpieczeniowego danego ubezpieczyciela jest tożsame ze złożeniem tych dokumentów u ubezpieczyciela⁹. Wystarczy zatem, że udamy się z dokumentami do agenta, który współpracuje z danym ubezpieczycielem.

W obu przypadkach powinniśmy poprosić o potwierdzenie przyjęcia dokumentów. Takie potwierdzenie powinno zawierać datę przekazania oraz czytelny podpis osoby przyjmującej (a nie „parafkę” jak zwykle się praktykuje).

W przypadku wątpliwości co do adresu siedziby zakładu ubezpieczeń (tzw. Centrali¹⁰) możemy skorzystać z danych prezentowanych na stronach internetowych Komisji Nadzoru Finansowego¹¹.

⁹ 10 lutego 2012 r. weszła w życie zmiana ustawy o działalności ubezpieczeniowej, wprowadzająca do ustawy art. 16a, zgodnie z którym zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu, uznaje się za złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa.

¹⁰ W praktyce przyjęło się używać zwrotu „centrala”, który określa jednostkę organizacyjną w ramach wewnętrznej struktury danego zakładu ubezpieczeń i nie musi być jednoznaczny z „adresem siedziby” zakładu ubezpieczeń, na który to adres sugerujemy przekazywanie wszelkich oświadczeń.

¹¹ [http://www.knf.gov.pl/zakladka „Dla_rynku”/„Podmioty”/„Podmioty_rynku_ubezpieczeniowego”](http://www.knf.gov.pl/zakladka_„Dla_rynku”/„Podmioty”/„Podmioty_rynku_ubezpieczeniowego”).

Jeżeli zaś zawarlibyśmy umowę ubezpieczenia z zagranicznym zakładem ubezpieczeń, możemy skorzystać z zestawienia, które znajduje się na stronach europejskiego organu nadzoru – EIOPA.

Przykład 11. Dokumenty wymagane do likwidacji szkody – miejsce dostarczenia

Ubezpieczony otrzymał od zakładu ubezpieczeń informację, że ma dostarczyć wyliczone dokumenty celem likwidacji szkody. List od zakładu ubezpieczeń otrzymał z Centrum Likwidacji Szkód Zakładu Ubezpieczeń w Łodzi¹². Na umowie ubezpieczenia wskazany jest adres siedziby (tzw. centrali) zakładu ubezpieczeń w Warszawie. Natomiast ubezpieczony mieszka w Puławach, gdzie znajduje się również oddział tego zakładu ubezpieczeń. Na który adres ubezpieczony powinien przekazać dokumenty?

Ubezpieczony powinien sprawdzić treść umowy, w szczególności – ogólnych warunków ubezpieczenia oraz treść otrzymanego pisma. Jeżeli nic innego nie wynika z analizy tych dokumentów, ubezpieczony co do zasady mógłby przekazać dokumenty do każdej z wyżej wymienionych miejscowości, a także do swojego agenta ubezpieczeniowego. Być może likwidacja szkody najszybciej nastąpiłaby, gdyby ubezpieczony przekazał dokumenty do Centrum Likwidacji Szkód w Łodzi.

Warto wspomnieć, że w przypadku wizyty przedstawiciela zakładu ubezpieczeń w celu dokonania oględzin (np. przy szkodzie polegającej na zalaniu mieszkania) mamy oczywiście prawo sprawdzenia, czy dana osoba rzeczywiście została upoważniona przez ubezpieczyciela.

Uprawnienia ubezpieczonego w trakcie procesu likwidacji szkody

Przez cały czas trwania postępowania likwidacyjnego, a także po jego zakończeniu, możemy zapoznawać się z materiałami zgromadzonymi przez ubezpieczyciela. Jest to bardzo ważne, gdy zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania lub gdy mamy wątpliwości co do jego wysokości.

Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Możemy żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także mamy prawo do sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń. Mamy prawo zażądać również przekazania interesujących nas dokumentów w formie elektronicznej. Sposób

udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych informacji, a także – sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania

¹² Centrum Likwidacji Szkód to najczęściej jednostka organizacyjna danego zakładu ubezpieczeń.

ich zgodności z oryginałem, nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami, zaś koszty sporządzenia kserokopii nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Przykład 12. Prawo do kopii akt szkodowych

Zakład ubezpieczeń zażądał od ubezpieczonego opłaty w wysokości 2 zł za stronę kopii akt szkodowych. Cena taka kilkukrotnie przewyższa przyjęte w obrocie koszty wykonywania tego rodzaju usług. Ubezpieczony może zażądać od ubezpieczyciela obniżenia ceny lub/i zwrócić się o pomoc do Komisji Nadzoru Finansowego¹³.

W procesie likwidacji szkody często pojawiają się dwie szczególne sytuacje: konieczność pozyskania informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego (np. wyników badań lekarskich) oraz konieczność uzyskania informacji o stanie sprawy od sądu, prokuratury, Policji lub innych organów i instytucji (np. dotyczących wyniku postępowania prowadzonego przez Policję w związku z wypadkiem drogowym). Zdarza się, że zakład ubezpieczeń żąda od ubezpieczonych dostarczenia wspomnianych dokumentów, a ich uzyskanie wiąże się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów, lub nie są one powszechnie dostępne (np. w przypadku dokumentów policyjnych). Przepisy prawa umożliwiają zakładowi ubezpieczeń samodzielne ich uzyskanie (w przypadku dokumentów dotyczących stanu zdrowia – potrzebna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego). W sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń zażąda tych dokumentów, możemy zwrócić się z prośbą o ich samodzielne zdobycie przez ubezpieczyciela.

Przykład 13. Dokumenty wymagane do likwidacji szkody – obowiązki zakładu ubezpieczeń

Ubezpieczony leży w szpitalu w wyniku obrażeń, których doznał podczas napadu rabunkowego. Ubezpieczyciel likwidując szkodę zażądał na piśmie dostarczenia przez ubezpieczonego dokumentów dotyczących stanu sprawy prowadzonej przez Policję przeciwko przestępcom oraz dokumentów wystawionych przez szpital, w którym leczy się ubezpieczony, dotyczących jego stanu zdrowia. Ubezpieczony może zażądać od zakładu ubezpieczeń, aby samodzielnie i na swój koszt pozyskał wyżej wymienione dokumenty. Opóźnienie wynika z wymiany korespondencji pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem, będzie obciążało ubezpieczyciela, gdyż to on jest odpowiedzialny za terminową likwidację szkody.

¹³ Więcej informacji na ten temat można znaleźć w rozdziale poświęconym instytucjom chroniącym interesy konsumentów.

Termin likwidacji szkody

Zakład ubezpieczeń powinien spełnić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zgłoszeniu szkody. Za każdy dzień zwłoki ubezpieczyciela ubezpieczonemu (uprawnionemu) należą się odsetki za opóźnienie równe – o ile nic innego nie wynika z umowy – odsetkom ustawowym. Stawkę tych odsetek określa Rada Ministrów w drodze rozporządzenia. W przypadku wysokiej sumy świadczenia odsetki ustawowe mogą stanowić pokaźną kwotę.

Przykład 14. Odsetki za zwłokę w wypłacie świadczenia

Ubezpieczonemu skradziono samochód osobowy. Ubezpieczony niezwłocznie zgłosił szkodę i jednocześnie dostarczył wszystkie niezbędne dokumenty celem likwidacji szkody. Ubezpieczyciel uznał swoją odpowiedzialność i 52. dnia od dnia zgłoszenia szkody wypłacił należne odszkodowanie w wysokości 50 tys. zł. Z okoliczności sprawy wynikało jednak, że nie było przeszkód by dokonać wypłaty w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia. Zakład ubezpieczeń opóźnił się w zakresie wypłaty odszkodowania o 20 dni. Przyjmując, że odsetki ustawowe wynoszą 13% (stan na styczeń 2012 roku), ubezpieczony może żądać zapłaty 17 zł odsetek za każdy dzień zwłoki. Za 20 dni opóźnienia ubezpieczony może żądać dodatkowo 356 zł.

Jeżeli jednak wyjaśnienie w terminie 30-dniowym 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. W takiej sytuacji odsetki za opóźnienie za okres po upływie 30 dni nie należą się, gdyż nie dochodzi do opóźnienia. Zakład ubezpieczeń dopuścił się opóźnienia, jeżeli nie spełnił świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnił wszelkie okoliczności. Przez „niemożliwość” wyjaśnienia okoliczności należy rozumieć okoliczności o charakterze obiektywnym, tj. niezależne od ubezpieczyciela, np. wywołane niedostarczeniem żądanych (i niezbędnych) do likwidacji szkody dokumentów przez ubezpiezonego (patrz Przykład 8). Nie będzie nią np. konieczność wymiany korespondencji pomiędzy oddziałami zakładu ubezpieczeń, która była przyczyną opóźnienia wypłaty odszkodowania. Ponadto bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30-dniowym.

Przykład 15. Termin wypłaty bezspornej części świadczenia

Zakład ubezpieczeń ustalił już, że będzie odpowiadał za zdarzenie, a wysokość wypłacanego świadczenia wyniesie od 5 tys. zł do 7 tys. zł. W celu ustalenia właściwej wysokości odszkodowania zakład ubezpieczeń potrzebuje dodatkowych dokumentów, na które jeszcze oczekuje. Mimo to w terminie 30 dni musi wypłacić świadczenie w wysokości 5 tys. zł, a w pozostałym zakresie zakład ubezpieczeń powinien zawiadomić pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części. Gdyby zakład ubezpieczeń ustalił, że właściwa wysokość świadczenia wynosi 7 tys. zł, to w terminie 14 dni od ustalenia tej okoliczności powinien wypłacić brakującą 2 tys. zł.

Forma wypłaty świadczenia

Obecnie przyjętą formą wypłaty świadczenia jest przelew kwoty na wskazany przez ubezpieczonego rachunek bankowy. W przypadku umów ubezpieczenia dobrowolnego kwestie te mogą regulować OWU (zwykle dopuszczają możliwość przelewu na rachunek bankowy). Natomiast w przypadku dochodzenia roszczeń z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody, takie ograniczenie nie jest możliwe: ubezpieczony zamiast przelewu odszkodowania na rachunek bankowy może żądać jego spełnienia w swoim miejscu zamieszkania na przykład w postaci przekazu pocztowego.

Pamiętajmy:

- ➔ *jesteśmy obowiązani współdziałać z ubezpieczycielem w procesie likwidacji szkody; jednocześnie przysługuje nam szereg uprawnień, z których możemy korzystać w trakcie tego procesu;*
- ➔ *co do zasady, zakład ubezpieczeń powinien spełnić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zgłoszeniu szkody, jeżeli dojdzie do opóźnienia, możemy żądać zapłaty odsetek za okres opóźnienia.*

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ

Odmowa wypłaty świadczenia lub wypłacenie zbyt niskiego świadczenia

Po przeprowadzeniu procesu likwidacji szkody zakład ubezpieczeń zobowiązany jest poinformować osobę, która zażądała wypłaty na piśmie o odmowie wypłaty świadczenia lub wypłacie świadczenia w kwocie niższej od wnioskowanej.

Ubezpieczyciel obowiązany jest wskazać okoliczności uzasadniające jego decyzję, oraz podstawę prawną takiego, a nie innego rozstrzygnięcia.

W praktyce tego typu rozstrzygnięcie ubezpieczyciela często nazywane jest „decyzją”. Nazywanie rozstrzygnięcia decyzją może wywierać dodatkowy efekt psychologiczny, sugerując ostateczność, powagę i prawidłowość „decyzji”. W rzeczywistości pismo takie nie jest dla nas wiążące – oznacza jedynie, że równoprawny nam podmiot prawa cywilnego, zakład ubezpieczeń, uważa, że nie należy się nam świadczenie albo należy nam się ono w takiej, a nie innej wysokości.

Jeżeli nie zgadzamy się ze stanowiskiem ubezpieczyciela powinniśmy podjąć następujące kroki:

1. W nawiązaniu do argumentacji zakładu ubezpieczeń należy ponownie szczegółowo przeanalizować całą sprawę oraz zapoznać się z aktami szkodowymi sprawy zgromadzonymi przez ubezpieczyciela w toku likwidacji szkody (np. z opiniami lekarskim przygotowanymi na zlecenie zakładu ubezpieczeń)¹⁴.
2. Jeżeli wciąż nie zgadzamy się ze stanowiskiem zakładu ubezpieczeń, możemy skierować odwołanie do ubezpieczyciela. Zwykle OWU wskazują, że mamy prawo złożyć takie odwołanie

¹⁴ Patrz podrozdział „Uprawnienia ubezpieczonego w trakcie procesu likwidacji szkody”.

(często zwane także „reklamacją”, „skargą”, „zażaleniem” czy „wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy”) oraz doprecyzowują w jakim terminie, w jakiej formie (listem, e-mailem itd.) i do jakiej jednostki możemy złożyć takie pismo. Jeżeli brak jest takich szczegółowych informacji, należy po prostu skierować pismo do centrali danego zakładu ubezpieczeń. Często odwołanie trafia do specjalnej jednostki zajmującej się weryfikowaniem decyzji i zdarza się, że po jego złożeniu, ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub zmienia jego wysokość.

Jeżeli jednak odwołanie nie przyniosło oczekiwanego rezultatu i w odpowiedzi zakład ubezpieczeń podtrzymał swoje stanowisko, można wykonać dwie czynności:

1. Skierować skargę do Rzecznika Ubezpieczonych¹⁵.
2. Złożyć wniosek do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego celem skierowania zapytania do zakładu ubezpieczeń, czy wyrazi zgodę na przeprowadzenie mediacji w danej sprawie. Mediacja jest dobrym rozwiązaniem, gdyż nie wiąże się z ryzykiem ani po stronie ubezpieczonego, ani po stronie zakładu ubezpieczeń. Mediacja to spotkanie z przedstawicielem zakładu ubezpieczeń przy udziale niezależnego, profesjonalnego mediatora, który nie rozstrzyga sporu, ale namawia strony do zawarcia ugody. Mechanizm ten pozwala na osiągnięcie kompromisowego rozwiązania przy niewielkim koszcie i w bardzo krótkim czasie, jest dobrowolny dla obu stron (obie strony muszą wyrazić zgodę na udział w mediacji). Dzięki osiągnięciu kompromisowego rozwiązania przy niewielkim koszcie i w bardzo krótkim czasie, jest dobrowolny dla obu stron (obie strony muszą wyrazić zgodę na udział w mediacji). Dzięki osiągnięciu kompromisowi mediacja pozwala uniknąć kłopotów związanych z kosztownym i długotrwałym postępowaniem sądowym¹⁶.
3. Jeżeli dochodzimy do przekonania, że zakład ubezpieczeń swoim działaniem narusza przepisy prawa, powinniśmy rozważyć możliwość złożenia skargi do Komisji Nadzoru Finansowego (która nadzoruje zakłady ubezpieczeń) lub Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (która przeciwdziała praktykom rynkowym naruszającym zbiorowe interesy konsumentów)¹⁷.

Uwaga: ani KNF, ani UOKiK nie mają uprawnień do rozstrzygania sporów pomiędzy ubezpieczonymi a zakładami ubezpieczeń.

4. Jeżeli:
 - Rzecznik Ubezpieczonych uważa, że nie mamy racji, ale nadal nie zgadzamy się z takim stanowiskiem, albo
 - Rzecznik Ubezpieczonych podzielił nasze stanowisko, ale zakład ubezpieczeń mimo tego nie wypłacił należnego nam odszkodowania, albo
 - zakład ubezpieczeń nie wyraził zgody na mediację przed Sądem Polubownym przy KNF, to pozostaje możliwość złożenia powództwa przeciwko zakładowi ubezpieczeń do sądu cywilnego. Sprawy o wartości przedmiotu sporu do 75 tys. zł rozpoznają sądy rejonowe, natomiast sprawy dla wartości przedmiotu spory powyżej 75 tys. zł rozpoznają sądy okręgowe¹⁸.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według siedziby zakładu ubezpieczeń albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

¹⁵ Więcej o działalności Rzecznika Ubezpieczonych w rozdziale „Instytucje chroniące interesy klientów zakładów ubezpieczeń”.

¹⁶ Więcej o mediacji przed Sądem Polubownym przy KNF w rozdziale „Instytucje chroniące interesy klientów zakładów ubezpieczeń”.

¹⁷ Szerzej o kompetencji tych instytucji w rozdziale „Instytucje chroniące interesy klientów zakładów ubezpieczeń”.

¹⁸ Inaczej jeżeli prowadzimy działalność gospodarczą i umowa ubezpieczenia pozostaje w związku z tą działalnością – zagadnienie to znajduje się jednak poza ramami niniejszej publikacji.

Przykład 16. Właściwość miejscowa sądu w przypadku postępowania przeciwko zakładowi ubezpieczeń

Zamieszkały w Krakowie ubezpieczony zamierza pozwać zakład ubezpieczeń z siedzibą w Sopocie. Według zwykłych zasad powództwo musiałby wytoczyć przed sądem rejonowym w Sopocie, jeżeli wartość sporu nie przekracza 75 tys. zł, lub przed sądem okręgowym Gdańsku, jeżeli wartość sporu przekracza 75 tys. zł. Jednakże, ze względu na uprawnienia przyznane mu przez przepisy prawa, powództwo może wytoczyć również przed sądem właściwym ze względu na swoje miejsce zamieszkania (Kraków), dzięki czemu uniknie trudności związanych z podróżowaniem do Sopotu.

Składając pozew do sądu możemy zwrócić się do sądu z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych oraz o wyznaczenie pełnomocnika z urzędu (w przypadku niskich dochodów). W wielu wypadkach osobom dochodzącym wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia udaje się wygrywać przed sądem z zakładami ubezpieczeń, jednak liczne są również przypadki spraw przegranych. Przegrana z reguły oznacza konieczność poniesienia przez przegrywającego kosztów postępowania.

Przedawnienie roszczeń

Czas, w którym możemy wytoczyć powództwo przeciwko zakładowi ubezpieczeń jest ograniczony.

Po upływie tego czasu dochodzi do przedawnienia naszego roszczenia – zakład ubezpieczeń, będzie mógł podnieść taki zarzut przed sądem i nie będzie zobowiązany do zapłaty należnego nam odszkodowania, nawet gdybyśmy mieli rację. Dlatego pozew do sądu powszechnego należy złożyć przed upływem okresu przedawnienia – samo złożenie pozwu do sądu przerywa bieg przedawnienia. Oznacza to, że od chwili złożenia pozwu do sądu nie musimy się już martwić o bieg przedawnienia – nie ma więc znaczenia czy sąd będzie rozpoznawać sprawę przez 6 miesięcy, czy przez 9 lat. Okres przedawnienia rozpoczyna swój bieg od chwili otrzymania przez nas ostatecznej decyzji zakładu ubezpieczeń co do roszczenia, którą to decyzję zakład ubezpieczeń skieruje do nas po zgłoszeniu szkody i przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego. Okres ten wynosi co do zasady 3 lata¹⁹.

Przykład 17. Termin na złożenie pozwu o wypłatę odszkodowania

W dniu 4 maja 2011 roku ubezpieczony zgłosił szkodę z ubezpieczenia autocasco swojego samochodu. W dniu 25 maja 2011 r. ubezpieczony otrzymał odpowiedź zakładu ubezpieczeń, który wskazał, że odszkodowanie nie zostało przyznane. Ubezpieczony ma 3 lata, licząc od dnia 25 maja 2011 r., na złożenie pozwu do sądu o zapłatę przez zakład ubezpieczeń odszkodowania.

¹⁹ Terminy przedawnienia mogą zasadniczo się różnić, zwłaszcza w zakresie odszkodowań za szkody wyrządzone czynami nie-dozwolonymi.

Pamiętajmy:

- ➔ ubezpieczyciel może żądać dostarczenia dokumentów bądź udostępnienia miejsca zdarzenia celem udokumentowania szkody, ale tylko w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne w toku likwidacji szkody;
- ➔ najbezpieczniejszym sposobem składania oświadczeń woli kierowanych do zakładu ubezpieczeń jest przesyłanie ich listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres siedziby ubezpieczyciela lub osobiste składanie w siedzibie ubezpieczyciela lub agenta (pamiętajmy o zatrzymaniu potwierdzenia złożenia dokumentu);
- ➔ mediacja przed Sądem Polubownym przy KNF jest dobrym sposobem na rozwiązanie ewentualnego sporu z zakładem ubezpieczeń.

INSTYTUCJE CHRONIĄCE INTERESY KLIENTÓW ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

KOMISJA NADZORU FINANSOWEGO

Komisja Nadzoru Finansowego nadzoruje rynek finansowy, w tym również zakłady ubezpieczeń oraz agentów i brokerów ubezpieczeniowych. W strukturze Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (który zajmuje się obsługą KNF) funkcjonują departamenty dedykowane rynkowi ubezpieczeń, zajmujące się wydawaniem zezwoleń na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, kontrolowaniem składu akcjonariatu każdego ubezpieczyciela, wydawaniem zgód na powołanie dwóch członków zarządu, nadzorowaniem stanu finansów poszczególnych ubezpieczycieli oraz sprawozdaniem, czy zakłady ubezpieczeń prawidłowo zarządzają ryzykiem i czy postępują zgodnie z przepisami prawa. Uprawnienia Komisji pozwalają badać działalność nie tylko ubezpieczycieli, ale również tych firm, które wykonują określone czynności na zlecenie ubezpieczycieli (np. firm prowadzących likwidację szkód).

W KNF działa również departament ochrony klientów, zajmujący się badaniem i analizą sygnałów klientów, którzy czują się pokrzywdzeni postępowaniem ubezpieczyciela.

SĄD POLUBOWNY PRZY KNF

Sąd Polubowny przy KNF rozstrzyga spory pomiędzy wszystkimi uczestnikami rynku finansowego, w szczególności pomiędzy instytucjami finansowymi a odbiorcami świadczonych przez nie usług. Przed Sądem Polubownym rozpatrywane są sprawy, których wartość przedmiotu sporu, co do zasady, przekracza 500 zł oraz o prawa niemajątkowe.

Dla konsumentów ważne jest to, że w ramach działalności Sądu Polubownego istnieje możliwość skorzystania z postępowania mediacyjnego. Mediacja to wygodny dla stron sposób polubownego rozstrzygnięcia sporów, alternatywny do postępowania sądowego. Stwarza możliwość rewizji stanowisk stron i wspólnego wypracowania akceptowanego przez obie strony rozwiązania. Jej cechą jest dobrowolność, więc aby mediacja doszła do skutku obie strony sporu muszą wyrazić na to zgodę. W każdej chwili mogą też z mediacji zrezygnować.

Mediacja polega na wymianie argumentów pomiędzy stronami sporu. Kluczowa jest obecność mediatora, którego celem jest doprowadzenie do porozumienia pomiędzy stronami sporu. Osiągnięte porozumienie jest akceptowane przez obie strony sporu. Mediator jest bezstronną osobą wybieraną zgodnie przez strony, nie jest doradcą ani rzecznikiem żadnej ze stron, jego jedynym

zadaniem jest pomoc w osiągnięciu ugody. W przypadku braku konsensusu stron co do wyboru osoby mediatora, wskazuje go Prezes Sądu Polubownego.

Kontakt:

Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego
Plac Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel. 22 262 40 54, fax 22 262 40 74
www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.html

PREZES URZĘDU OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) zajmuje się m.in. prowadzeniem postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, w tym także na rynku ubezpieczeniowym. Prezes UOKiK prowadzi również kontrolę wzorców umownych, a więc również OWU. Jeżeli postanowienia zawarte w takim wzorcu zostaną uznane za niedozwolone postanowienia umowy przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Prezes UOKiK wpisuje to postanowienie do rejestru klauzul niedozwolonych. Wpis ma ten skutek, że dane postanowienie nie może być stosowane w umowach zawieranych z konsumentami nie tylko przez przedsiębiorcę, u którego stwierdzono taką klauzulę, ale również przez każdego innego przedsiębiorcę. Obsługą Prezesa UOKiK zajmuje się Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Kontakt:

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
Plac Powstańców Warszawy 1
00-950 Warszawa
tel. 22 556 08 00
www.uokik.gov.pl

RZECZNIK UBEZPIECZONYCH

Instytucja Rzecznika Ubezpieczonych została powołana do reprezentowania interesów klientów ubezpieczycieli. Rzecznik rozpatruje skargi klientów i podejmuje indywidualne interwencje. Rzecznik korzysta również z uprawnienia do składania wniosku o podjęcie przez Sąd Najwyższy uchwały w sprawach, w których sądy niższych instancji orzekają rozbieżnie.

Kontakt:

Rzecznik Ubezpieczonych
Al. Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa
tel. 22 333 73 26
www.rzu.gov.pl

MIEJSCY (POWIATOWI) RZECZNIICY KONSUMENTÓW

Rzecznicy konsumentów powoływani są w celu świadczenia darmowego poradnictwa konsumenckiego i działają w ramach struktur samorządu terytorialnego: w każdym powiecie i każdym mieście na prawach powiatu. Rzecznicy konsumentów mogą m.in. występować przed sądem w sprawach konsumentów.

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ GWARANCYJNY

Podstawowym zadaniem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG) jest gwarantowanie wypłaty świadczeń z ubezpieczeń na życie i niektórych ubezpieczeń obowiązkowych w razie niewypłacalności ubezpieczyciela. UFG odpowiada również za wypłatę świadczeń z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jeżeli nie ustalono sprawcy szkody bądź też sprawca nie posiadał ubezpieczenia OC. Ponadto w UFG można uzyskać informacje o historii naszego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (w tym liczbie spowodowanych szkód), jak również o ubezpieczycielu konkretnego pojazdu zarejestrowanego w Polsce.

Kontakt:
Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
ul. Płocka 9/11
01-231 Warszawa
tel. 22 53 96 100, fax 22 53 96 100
www.ufg.pl

POLSKIE BIURO UBEZPIECZYCIELI KOMUNIKACYJNYCH

W ramach systemu Zielonej Karty, Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK) wystawia dokumenty potwierdzające, że w odniesieniu do pojazdu wymienionego w Zielonej Karcie, zawarto w Polsce umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Posiadanie Zielonej Karty wymaga się m.in. od kierowców wjeżdżających pojazdami zarejestrowanymi w Polsce do Rosji, Ukrainy, Białorusi, Serbii czy Mołdawii. Biuro zajmuje się ponadto organizowaniem likwidacji szkód spowodowanych w Polsce wskutek ruchu pojazdów z państw obcych. W razie wypadku w innym państwie członkowskim UE, w PBUK uzyskamy informacje o danych ubezpieczyciela sprawcy wypadku.

Kontakt:
Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
ul. Świętokrzyska 14
00-050 Warszawa
tel. 22 551 51 00, fax 22 551 51 99
www.pbuk.pl

PODSTAWOWE PRAWA I OBOWIĄZKI KLIENTA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

| Jako ubezpieczającego (czyli tego, kto zawiera umowę ubezpieczenia) | | | |
|---|---|--|--|
| 1 | Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia | art. 812 par. 4 k.c. | Umowę, od której odstąpiono, uważa się za nigdy nie zawartą. Od tej reguły są wyjątki, np. gdy ochrona ubezpieczeniowa rozpoczęła się w dniu zawarcia umowy. Wówczas ubezpieczający musi zapłacić za czas, w którym ubezpieczyciel świadczył ochronę. W zależności od tego, kim jest ubezpieczający, może odstąpić od umowy w ciągu 7 (ubezpieczający będący przedsiębiorcą) lub 30 (ubezpieczający będący konsumentem) dni od daty zawarcia. W podanych terminach do ubezpieczyciela powinno trafić oświadczenie o odstąpieniu, a data stempla pocztowego nie ma tu żadnego znaczenia. Odstępując od umowy ubezpieczenia nie trzeba podawać powodów odstąpienia. |
| 2 | Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia zawartej na odległość | art. 16 ust. 3 ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów | Uprawnienie do odstąpienia ograniczone wyłącznie do umów zawartych na odległość (np. przez telefon lub Internet). Można z niego skorzystać w ciągu 30 dni od daty zawarcia. W odróżnieniu od odstąpienia na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego, ubezpieczający skutecznie odstąpi od umowy, jeżeli w ciągu 30 dni wyśle odpowiednie pismo zaadresowane na ubezpieczyciela. |
| 3 | Prawo do otrzymania tekstu OWU przed jej zawarciem | art. 384 par. 1 k.c. | Ubezpieczyciele, podobnie jak operatorzy telefoniczni, dostawcy prądu czy gazu, nie negocjują ze swoim klientem każdej umowy, lecz posługują się przygotowanymi przez siebie tzw. wzorcami umów. Wzorcami są zarówno OWU, jak i formularz wniosku o ubezpieczenie. Osoba, która chce coś ubezpieczyć powinna otrzymać od agenta zakładu ubezpieczeń komplet takich dokumentów. Tylko dokumenty dostarczone przed zawarciem umowy wpływają na jej treść. Jeżeli agent ubezpieczeniowy nie wręczy klientowi jakiegось dokumentu przed zawarciem umowy, to później ubezpieczyciel nie może np. odmówić odszkodowania, powołując się na dokument, którego ubezpieczający nie dostał od agenta ubezpieczeniowego. Od tej zasady są wyjątki w przypadku umów zawieranych na odległość (np. przez telefon). |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 4 | Prawo do pisemnej informacji o różnicach między treścią a umową | Art. 812 par. 8 k.c. | Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę w oparciu o OWU, ale różniącą się od tego wzoru w pewnych punktach, ubezpieczyciel powinien wymienić te różnice na piśmie. Jeżeli jednak nie wykona tego obowiązku, to później nie może powoływać się na niekorzystną dla ubezpieczającego różnicę między OWU a umową. |
| 5 | Prawo do otrzymania dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy | art. 809 par. 1 k.c. | Przepisy nie regulują generalnie, jakie informacje powinien zawierać taki dokument, zwany zwykle polisą. Niemniej w praktyce wskazuje on osobę, która zawarła umowę, a także przedmiot i okres ubezpieczenia. Polisę można otrzymać w momencie zawarcia umowy – jeżeli np. korzystamy z usług agenta ubezpieczeniowego, który może wystawić taki dokument. Polisa może też być doręczona pewien czas po zawarciu umowy np. gdy umowa została zawarta przez Internet. |
| 6 | Prawo do wypowiedzenia umowy | art. 830 par. 1 k.c. (w ubezpieczeniach osobowych) postanowienia umowy (w ubezpieczeniach majątkowych) | Zawsze i bez dodatkowych warunków można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia osobowego (a więc np. ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, czy ubezpieczenia na życie). Jeżeli umowa określała termin wypowiedzenia, ochrona wygasa z jego upływem. W przeciwnym wypadku wypowiedzenie ma skutek natychmiastowy. W ubezpieczeniach majątkowych (np. w autocasco, czy ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej) umowę można wypowiedzieć tylko wtedy, gdy to przewidziano w samej umowie. |
| 7 | Prawo dostępu do tzw. akt szkodowych | art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej | Akta szkodowe to dokumenty, które ubezpieczyciel gromadzi, żeby ustalić komu i w jakiej wysokości wypłacić odszkodowanie. Akta szkodowe możemy kopiować i żądać ich przekazania w formie elektronicznej. Cena kopii nie powinna przekraczać cen w punktach usług kserograficznych. |
| 8 | Prawo do informacji o sposobie rozpatrywania skarg | art. 13a pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej | Ubezpieczający przed zawarciem umowy powinien zostać poinformowany o sposobie rozpatrywania skarg, które może chcieć złożyć, jeżeli nie będzie zadowolony ze sposobu wykonania umowy (najczęściej dotyczy wysokości odszkodowania). |
| 9 | Obowiązek zapłaty składki | art. 805 par. 1 k.c., art. 814 k.c. | Podstawowy obowiązek ubezpieczającego. Ubezpieczyciel może zastrzec, że będzie świadczył ochronę dopiero wtedy, gdy ubezpieczający zapłaci składkę. Może również wypowiedzieć umowę, jeżeli składka nie będzie zapłacona w terminie, a ubezpieczający nie zareaguje na wezwanie do jej zapłaty. Wyjątkiem od tej reguły jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, w przypadku którego niezapłacenie składki nie uprawnia ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy. |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| 10 | Obowiązek podania wszystkich informacji, o które prosi ubezpieczyciel, o ile są niezbędne do oceny ryzyka | art. 815 par. 1 k.c. | Ubezpieczyciel potrzebuje informacji, które pozwolą mu ocenić, czy od danego klienta zażądać wyższej czy niższej składki. Klient, który nie poda wszystkich informacji wymaganych przez ubezpieczyciela, może liczyć się z odmową zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli jednak ubezpieczyciel mimo wszystko zawarze umowę, wtedy okoliczności, o które pytał i nie uzyskał odpowiedzi uważa się za nieistotne (np. ubezpieczyciel nie może się na nie powoływać odmawiając wypłaty odszkodowania). |
| 11 | Obowiązek ograniczania rozmiarów szkody (tylko ubezpieczenia majątkowe) | art. 826 par. 1 k.c. | Najogólniej mówiąc obowiązek ten polega na dokładaniu starań o to, by ubezpieczyciel miał do zapłaty jak najmniejsze odszkodowanie. W praktyce oznacza to, że np. w przypadku pożaru ubezpieczonego budynku ubezpieczający powinien starać się ratować te rzeczy, które można uratować z płomieni. Niewykonanie tego obowiązku może spowodować odmowę wypłaty odszkodowania, ale tylko wtedy, gdy ubezpieczyciel udowodni, że ubezpieczający celowo nie ratował ubezpieczonego majątku albo zachował się wyjątkowo lekkomyślnie. |
| 12 | Prawo dochodzenia zapłaty odszkodowania bezpośrednio od ubezpieczyciela | art. 808 par. 3 k.c. | Uprawnienie to umożliwia ubezpieczonemu, w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, skuteczne dochodzenie zapłaty odszkodowania od ubezpieczyciela. Ubezpieczony nie musi więc prosić ubezpieczającego o zgłoszenie szkody i dochodzenie wypłaty odszkodowania. |
| Jako ubezpieczonego (czyli tego, kogo ubezpieczenie dotyczy) | | | |
| 1 | Prawo dochodzenia zapłaty odszkodowania bezpośrednio od ubezpieczyciela | art. 808 par. 3 k.c. | Uprawnienie to umożliwia ubezpieczonemu, w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, skuteczne dochodzenie zapłaty odszkodowania od ubezpieczyciela. Ubezpieczony nie musi więc prosić ubezpieczającego o zgłoszenie szkody i dochodzenie wypłaty odszkodowania. |
| 2 | Prawo do decydowania o byciu ubezpieczonym | art. 829 par. 2 k.c. | Ubezpieczenie na życie na cudzy rachunek nie będzie działało, jeżeli osoba wskazana w umowie jako ubezpieczona, nie wyrazi na to zgody. |
| 3 | Prawo decydowania o osobie uprawnionej do uzyskania świadczenia, jeżeli przedmiotem ubezpieczenia jest śmierć ubezpieczonego | art. 831 par. 1 ¹ k.c. | W ubezpieczeniach osobowych na cudzy rachunek, ubezpieczający, który chciałby wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia musi najpierw uzyskać zgodę ubezpieczonego na wykonywanie tego uprawnienia. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4 | Prawo do uzyskania informacji o zamiarze zmiany umowy ubezpieczenia na życie i skutkach zmiany | art. 13 ust. 3b pkt 1 w zw. z art. 13 ust. 2 | Ubezpieczony powinien być informowany o zamiarze modyfikacji umowy ubezpieczenia. Informacja taka powinna być przekazana zanim ubezpieczający zgodzi się na taką zmianę. Jeżeli ubezpieczający nie wykona tego obowiązku, ponosi odpowiedzialność wobec ubezpieczonego za szkodę wyrządzoną tym zachowaniem. |
| 5 | Prawo dostępu do tzw. akt szkodowych | art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej | Akta szkodowe to dokumenty, które ubezpieczyciel gromadzi, żeby ustalić komu i w jakiej wysokości wypłacić odszkodowanie. Akta szkodowe możemy kopiować żądać ich przekazania w formie elektronicznej. Cena kopii nie powinna przekraczać cen w punktach usług kserograficznych. |
| Jako uprawnionego do uzyskania odszkodowania | | | |
| 1 | Prawo dochodzenia zapłaty odszkodowania bezpośrednio od ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody | art. 822 par. 4 k.c. | Uprawniony, podobnie jak ubezpieczony, nie jest stroną umowy, w ramach której będzie wypłacone odszkodowanie. Dzięki temu uprawnieniu może żądać odszkodowania nie tylko od samego sprawcy szkody, ale również od ubezpieczyciela, który ubezpieczył odpowiedzialność cywilną tego sprawcy. |
| 2 | Prawo dostępu do tzw. akt szkodowych | art. 16 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 14 ust. 5 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych | Akta szkodowe to dokumenty, które ubezpieczyciel gromadzi, żeby ustalić komu i w jakiej wysokości wypłacić odszkodowanie. Akta szkodowe można kopiować. Cena kopii nie powinna przekraczać cen w punktach usług kserograficznych. |

PODSUMOWANIE

Mamy nadzieję, iż po lekturze niniejszej publikacji będą Państwo pamiętać, aby przed zawarciem umowy ubezpieczenia wnikliwie przeanalizować treść OWU oraz wyjaśnić wszelkie wątpliwości dotyczące interpretacji poszczególnych postanowień. W razie potrzeby warto rozważyć pomoc ekspertów. Mamy również nadzieję, że informacje zawarte w tej publikacji pomogą Państwu dokonać wyboru takiego ubezpieczenia, które zapewni poczucie bezpieczeństwa, a w razie potrzeby wypłatę przez ubezpieczyciela należnego odszkodowania, zgodnego z Państwa oczekiwaniami. Życzymy dobrych i rozsądnych decyzji!

SŁOWNIK PRZYDATNYCH TERMINÓW UBEZPIECZENIOWYCH

- agent ubezpieczeniowy** przedsiębiorca, reprezentujący ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy. Agent ubezpieczeniowy, podobnie jak broker ubezpieczeniowy jest pośrednikiem ubezpieczeniowym, ale w odróżnieniu od brokera działa w imieniu jednego (agent na wyłączność) lub kilku ubezpieczycieli (multiagent). Za swoje usługi agent wynagradzany jest przez ubezpieczyciela. W zależności od rodzaju ubezpieczenia agent może otrzymać określoną kwotę jednorazowo (za zawarcie umowy ubezpieczenia), bądź też – jak to się często dzieje w przypadku ubezpieczeń na życie – otrzymywać systematycznie określone wynagrodzenie za to, że ubezpieczający nie zrezygnował z ubezpieczenia;
- broker ubezpieczeniowy** przedsiębiorca, pośrednik ubezpieczeniowy reprezentujący ubezpieczającego przy zawieraniu umowy. Broker na zlecenie ubezpieczającego przygotowuje ofertę ubezpieczenia, która w jego przekonaniu najlepiej odpowiada deklarowanym przez klienta potrzebom ubezpieczeniowym. Ubezpieczającemu korzystającemu z pomocy brokera łatwiej jest znaleźć odpowiednie ubezpieczenie. Należy jednak pamiętać, że brokerzy niechętnie podejmują się zleceń na ubezpieczenia o stosunkowo niewielkiej wartości, gdzie i ich wynagrodzenie byłoby niskie;
- pojazd mechaniczny** pojazd określony w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, którego posiadacz (najogólniej mówiąc osoba dysponująca tym pojazdem, najczęściej jako jego właściciel) powinien posiadać ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Pojazdem mechanicznym jest pojazd silnikowy (maszyna przystosowana konstrukcyjnie do poruszania się po drogach, wyposażona w silnik, niekoniecznie silnik spalinowy), ciągnik rolniczy oraz motorower. Pojazd szynowy (tramwaj, lokomotywa) nie jest pojazdem mechanicznym w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych;
- poszkodowany** osoba (nie tylko fizyczna), która doznała szkody w związku ze zdarzeniem, za które odpowiada sprawca szkody. Szkodą może być przykładowo uszkodzenie przedmiotu, śmierć zwierzęcia czy utrata zysku. Granice odpowiedzialności sprawcy wyznaczają przepisy kodeksu cywilnego. Sprawca może zapewnić sobie „pomoc” ubezpieczyciela w naprawieniu szkody, jeżeli zawrze umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W takim przypadku poszkodowany zamiast żądania naprawienia szkody przez sprawcę, może żądać tego samego od ubezpieczyciela (o ile oczywiście dana szkoda była objęta ubezpieczeniem);

| | |
|--------------------------------|---|
| regres ubezpieczeniowy | prawo ubezpieczyciela do żądania zapłaty kwoty odpowiadającej wysokości wypłaconemu odszkodowaniu od osoby odpowiedzialnej za powstanie szkody. Zobowiązanym do zapłaty może być osoba trzecia lub – w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – sam ubezpieczony (w tej kategorii ubezpieczeń ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w związku ze szkodą wyrządzoną przez ubezpieczonego). Przykładowo w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczonego zapłaty równej odszkodowaniu wypłaconemu poszkodowanemu, m.in. jeżeli ubezpieczony spowodował szkodę umyślnie, po spożyciu alkoholu, albo nie posiadał uprawnień do kierowania pojazdem; |
| suma gwarancyjna | górną granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczeń majątkowych, gdzie ubezpieczana jest odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną innej osobie (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej). Suma gwarancyjna powinna odpowiadać maksymalnej szkodzie jaką ubezpieczony mógłby wyrządzić; |
| suma ubezpieczenia | maksymalna kwota, którą ubezpieczyciel może zapłacić w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W ubezpieczeniach osobowych suma ubezpieczenia zależna jest tylko od woli stron. W ubezpieczeniach majątkowych powinna być równa wartości ubezpieczonego dobra majątkowego. Suma ubezpieczenia wyższa niż wartość ubezpieczonego przedmiotu oznacza dla ubezpieczającego zbędny wydatek na składkę, bo z reguły odszkodowanie nie może przekroczyć wartości ubezpieczonego przedmiotu. Jeżeli suma ubezpieczenia będzie niższa niż wartość przedmiotu ubezpieczenia, wtedy ubezpieczony może nie otrzymać odszkodowania kompensującego w całości szkodę; |
| ubezpieczający | strona umowy ubezpieczenia, która jest zobowiązana do zapłaty składki w zamian za przyjęcie do ubezpieczenia określonego dobra (np. samochodu, życia czy odpowiedzialności cywilnej); |
| ubezpieczenia autocasco | ubezpieczenie pojazdu od zdarzeń losowych (np. kradzieży lub uszkodzenia). W przeciwieństwie do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zakres tego ubezpieczenia nie jest sztywno uregulowany. Na rynku są więc ubezpieczenia autocasco z większym lub szerszym zakresem ubezpieczenia, co ma wpływ na wysokość składki. Wybór tańszego ubezpieczenia autocasco nie musi zatem być najlepszym wyborem; |
| ubezpieczenia majątkowe | rodzaj ubezpieczeń, w których odszkodowanie wypłacane przez ubezpieczyciela uzależnione jest od wysokości szkody doznanej przez ubezpieczonego. Szkoda może polegać na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie określonego dobra majątkowego (np. pożar mieszkania, kradzież samochodu). Szkodą może być również powstanie po stronie ubezpieczonego obowiązku wyrównania szkody w majątku innej osoby (np. obowiązek pokrycia kosztów remontu mieszkania sąsiada, zniszczonego przez wodę, która wylała się z wanny ubezpieczonego). Odszkodowanie wypłacane przez ubezpieczyciela, w zależności od tego co postanowiono w umowie ubezpieczenia, rekompensuje te szkody w całości lub w części. (Patrz również: suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna, udział własny); |

ubezpieczenie obowiązkowe

rodzaj ubezpieczenia – najczęściej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które powinna mieć osoba spełniająca określone warunki (np. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej architekta, radcy prawnego, księgowego, detektywa itp.);

ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

najpopularniejszy w Polsce rodzaj ubezpieczenia obowiązkowego. Każdy pojazd mechaniczny uczestniczący w ruchu na drogach publicznych powinien posiadać takie ubezpieczenie. Zakres ubezpieczenia (czyli przypadki, w których ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania) uregulowany jest w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych. Wysokość szkody powstałej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego może być tak duża, że sprawca nie byłby w stanie naprawić jej w całości z własnego majątku, nawet gdyby oddał wszystko, co posiada (dzieje się tak np. w przypadku poważnych wypadków drogowych, gdzie jest wielu rannych). Dlatego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w rzeczywistości nie tyle chroni potencjalnego sprawcę szkody, ale raczej zabezpiecza prawo potencjalnych poszkodowanych do pełnego naprawienia szkody, niezależnie od tego jak majątyny jest sprawca;

ubezpieczony

osoba, do której należy dobro będące przedmiotem ubezpieczenia. W większości przypadków będzie to ta sama osoba, co ubezpieczający. Klasycznym przypadkiem, w którym kto inny zawiera umowę ubezpieczenia, a kto inny jest ubezpieczony, będzie umowa grupowego ubezpieczenia. Jeżeli przedmiotem ubezpieczenia ma być życie ubezpieczonego, bez względu na datę, odpowiedzialność ubezpieczyciela zaczyna się dopiero w chwili, gdy ubezpieczony wyrazi zgodę na takie ubezpieczenie;

ubezpieczyciel

strona umowy ubezpieczenia, która za zapłatę odpowiedniej kwoty (składki) przyjmuje na siebie w umówionym zakresie ryzyko zajścia określonych zdarzeń losowych np. wypadku, pożaru czy śmierci. Ubezpieczycielem może być tylko przedsiębiorca, który uzyskał zezwolenie na prowadzenie takiej działalności;

udział własny

ustalony przy zawarciu umowy procent wartości szkody, który nie będzie kompensowany przez ubezpieczyciela. Wprowadzenie udziału własnego ma zachęcać ubezpieczonego do zachowania, które minimalizuje prawdopodobieństwo wystąpienia szkody, gdyż nie może on liczyć na pełne odszkodowanie;

umowa ubezpieczenia grupowego

umowa, na podstawie której ubezpieczyciel przyjmuje do ubezpieczenia określone dobra, z których każde należy do innej osoby (innego ubezpieczonego). W chwili zawierania umowy osoby te mogą być znane, lecz możliwe jest również zawarcie takiej umowy przez wskazanie cech osób, które będą mogły zostać przyjęte do ubezpieczenia (np. każda osoba, która nie ukończyła 50 roku życia i jest pracownikiem ubezpieczającego);

**umowa ubezpieczenia
na cudzy rachunek**

umowa, w której osoba ją zawierająca (ubezpieczający) nie jest równocześnie ubezpieczonym. Płaci składkę, ale jego dobra nie są przedmiotem ubezpieczenia. Ten rodzaj umowy ubezpieczenia, w formie ubezpieczenia grupowego, jest chętnie wykorzystywany przez banki jako zabezpieczenie kredytów, jeżeli oczywiście ubezpieczony (kredytobiorca) zobowiąże się zwrócić bankowi koszt składki;

uposażony

pojęcie związane z ubezpieczeniami osobowymi. W praktyce występuje w ubezpieczeniach na życie i w ubezpieczeniach następstw nieszczęśliwych wypadków. Uposażony to osoba (niekoniecznie osoba fizyczna) wskazana przez ubezpieczonego lub ubezpieczającego, która w razie śmierci ubezpieczonego otrzyma od ubezpieczyciela umówione świadczenie. Najczęściej uposażonym jest członek najbliższej rodziny ubezpieczonego, chociaż może nim być również bank, jeżeli np. dane ubezpieczenie zabezpiecza spłatę kredytu;

**wypadek
ubezpieczeniowy**

ściśle określone w przepisach prawa, OWU lub umowie ubezpieczenia zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń. Pojęcie to ma specyficzne znaczenie w ubezpieczeniach i nie należy go utożsamiać z potocznym znaczeniem słowa „wypadek”.

LISTA UŻYWANYCH SKRÓTÓW

- **k.c.** – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. nr 16, poz. 93, z późn. zm.)²⁰,
- **ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych** – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152, z późn. zm.),
- **ustawa o działalności ubezpieczeniowej** – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. nr 11, poz. 66, z późn. 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. nr 22, poz. 271, z późn. zm.).

²⁰ Teksty jednolite ustaw dostępne są pod adresem <http://isap.sejm.gov.pl>

Komisja Nadzoru Finansowego

Pl. Powstańców Warszawy 1

00-950 Warszawa

Tel. (48 22) 262 50 00

Fax (48 22) 262 51 11

knf@knf.gov.pl

www.knf.gov.pl



CEDUR

ISBN 978-83-930260-7-4