

ISSN 1505-9782

MONITOR UBEZPIECZENIOWY

nr 6

grudzień 1999

PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

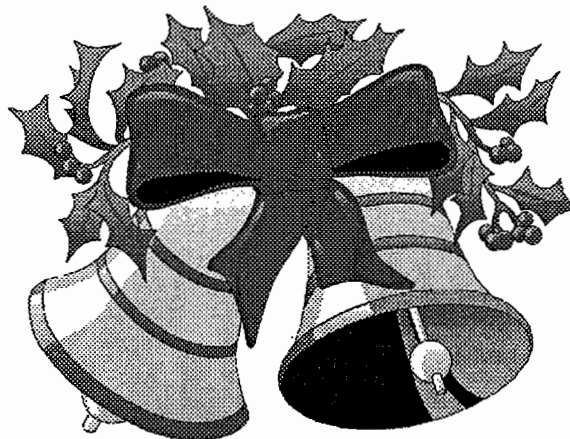
AKTUALNOŚCI

□ W dniu 16 września odbyło się kolejne posiedzenie Rady Ubezpieczonych przy Rzeczniku Ubezpieczonych. Tematem posiedzenia była sytuacja konsumentów na polskim rynku ubezpieczeń. Jednym z zaproszonych gości była Pani Małgorzata Niepokulczycka, Prezes Rady Krajowej Federacji Konsumentów. Prezes Niepokulczycka przedstawiła uwagi i spostrzeżenia dotyczące praw i obowiązków konsumenta jako podmiotu stosunku zobowiązaniowego. Poruszyła także problem naruszania praw konsumenta, źródeł tego zjawiska oraz prac związanych z silniejszą ochroną praw konsumenta.

□ W dniu 9 września Rzecznik Ubezpieczonych gościł Patricka Painon, dyrektora Centrum Dokumentacji i Informacji Ubezpieczeniowej z siedzibą w Paryżu. Instytucja ta działa przy Francuskiej Federacji Towarzystw Ubezpieczeniowych. Zadaniem Centrum Dokumentacji i Informacji jest prowadzenie w odpowiednio zróżnicowanych formach działań edukacyjnych i informacyjnych. Centrum prowadzi także działania interwencyjne, będące wynikiem skarg ubezpieczonych.

□ W dniu 10 listopada 1999 r. Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski rozpoczął II kadencję swej działalności. Minister Finansów powołał dr. Stanisława Rogowskiego na stanowisko Rzecznika, wręczając mu w dniu 18 października 99 r. akt powołania. Kan-

*Wesołych Świąt Bożego Narodzenia
i Szczęśliwego Nowego Roku 2000
życzy redakcja*



SPIS TREŚCI

■ Aktualności	2, 4, 6
■ Konsument musi się bronić z Ryszardem Zelwiańskim – dyrektorem Zespołu Prawa Gospodarczego, Danin Publicznych i Ochrony Praw Konsumenta w Biurze Rzecznika – rozmawia Anna Arwaniti	3
■ Zamiast podsumowania	4
■ Z prac Rzecznika Ubezpieczonych	6
■ Warto przeczytać <i>Studia ubezpieczeniowe</i>	8
■ Jeden zawód, a dwa odmienne rozwiązania	9
■ Kryteria wyboru firmy ubezpieczeniowej	10
■ Przypominamy	11
■ Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń	12



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

Rada redakcyjna – dr Stanisław Rogowski, Anna Arwaniti, Krystyna Krawczyk,
Ewa Kiziewicz

Redaktor odpowiedzialny – A. A. Sierańska

Wydawca – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, 00-031 Warszawa, ul. Szpitalna 6
lok. 23, tel. 827-62-44

Projekt graficzny, skład i łamanie – Usługi Dziennikarskie Wojciech Roslan,
02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 147B/4 tel. 0 501-070-697

Druk – HARO

KONSUMENT MUSI SIĘ BRONIĆ

Z dr. Ryszardem Zelwiańskim – dyrektorem Zespołu Prawa Gospodarczego, Danin Publicznych i Ochrony Praw Konsumenta w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich – rozmawia Anna Arwaniti

Anna Arwaniti: *Szkodowość w komunikacji jest bardzo wysoka, zakłady ubezpieczeniowe ciągle podwyższają składki OC, a składka ta jest obowiązkowa.*

Ryszard Zelwiański: Uważam, że każdorazowo powinno badać się, czy jest to zasadna podwyżka. Jeśli państwo nakłada na obywatela obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia – to państwo powinno kontrolować, jak ta umowa jest realizowana przez obie strony. Dlatego Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeniowego oraz Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów powinny badać zasadność podwyżek. Nie narusza to w niczym zasady wolności gospodarczej. Oczywiście, nikt nie zamierza narzucać wielkości składek, ale jeżeli ubezpieczyciel taki jak PZU, na którego wysokości składek wzorują się inni, zamierza podnieść składkę, to każdorazowo powinien złożyć swój projekt z uzasadnieniem w PUNU wykazując, dlaczego i o ile chce podnieść składkę. Powinni także swój zamiar uzasadnić publicznie i nie ogólnikowo.

A. A. Czy uważa Pan, że na polskim rynku ubezpieczeniowym prawidłowo przestrzegane są prawa ubezpieczonych?

R. Z. Stale mówimy o kondycji zakładów ubezpieczeń, jak im się powodzi, jakie mają zyski, straty i jak je niekiedy okradają. Mało kiedy mówi się o zabezpieczeniu interesu ubezpieczonych.

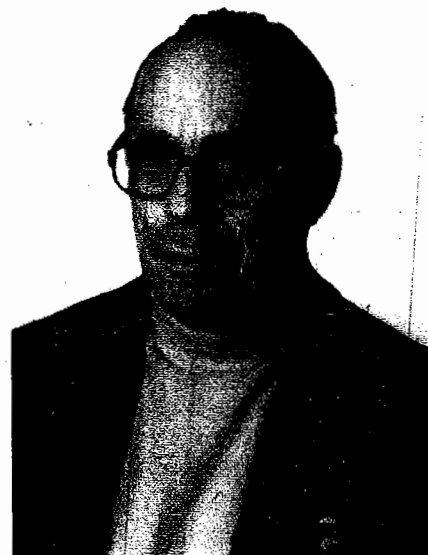
Po pierwsze – jest rzeczą bardzo złą, że doszło do upadłości kolejnych dwóch zakładów ubezpieczeń.

Jak doliczymy poprzednie upadłości, to zaczniemy bić rekordy europejskie.

Powoduje to, że zaufanie do instytucji ubezpieczeniowych, które są instytucjami szczególnego zaufania, spada. Ubezpieczonego nie interesuje cały szereg przyczyn prowadzących od upadłości zakładów ubezpieczeń. Jego dotyka niewypłacalność firmy. I ma pretensje do – jego zdaniem – zbyt słabego nadzoru państwa na tych zakładach. Fundusz Gwarancyjny pokryje bowiem tylko roszczenia z tytułu niektórych ryzyk. Ponadto tracą na tym nie tylko ci, którym ubezpieczeni w tych upadających zakładach wyrządzili szkody. Będą teraz dochodzili swoich roszczeń od likwidatora upadłego zakładu, od funduszu lub bezpośrednio od sprawcy szkody z lepszym lub gorszym skutkiem, w przeciągającym się czasie. Polisy ubezpieczeniowe tracą na ważności, gdy zakład upadł.

Druga sprawa – to poziom obsługi ubezpieczeniowej. Nie chodzi tu o żądania obsługi klienta w warunkach komfortowych. Chodzi o profesjonalizm tej obsługi. Ideałem byłoby, gdyby dwóch dżentelmenów, którzy spowodują kolizję, wymieniło swoje wizytówki i odesłało roszczenia do załatwienia przez swoje zakłady ubezpieczenia. U nas natrafiamy na straszliwą biurokrację, gdzie likwidator likwiduje szkodę z za biurka.

Ja jestem także byłym likwidatorem szkód. Szkody komunikacyjne likwidowałem w czasie, gdy byłem na „indeksie władz”. Likwidowałem je w zakładach naprawczych,



na ulicy, tam gdzie stał samochód, u klienta. Sam chodziłem do sprawcy szkody. Od początku do końca, nie przez telefon i nie w fotelu. Nie nękałem swojego klienta, żeby dostarczał mi coraz to nowych dokumentów, błagał sprawcę szkody, żeby dał mu kolejne oświadczenie. Sam badałem, czy przypadkiem nie doszło do przestępstwa asekuracyjnego.

Szkody komunikacyjne są masowe, dlatego poziom ich likwidacji jest wizytówką zakładu ubezpieczeń.

A. A. Czy nie wynika z tego, że wzrasta przestępczość komunikacyjna?

R. Z. Prawdą jest, że mała jest ilość przestępstw asekuracyjnych. Ale dlatego zakłady ubezpieczeń powinny mieć swoje wyspecjalizowane służby, które będą badać podejrzane szkody.

Doświadczony rzeczoznawca, na podstawie oględzin pojazdu, po zapoznaniu się z aktami policyjnymi, ekspertami, a także po różnych wywiadach powinien zorientować się, czy ma do czynienia ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, czy z fikcyjną szkodą.

AKTUALNOŚCI

dydataura została jednogłośnie przyjęta i przedstawiona Ministrowi Finansów przez Komisję do spraw wyboru Rzecznika Ubezpieczonych, w skład której weszli przedstawiciele Federacji Konsumentów, Konsumentckiego Instytutu Jakości, Stowarzyszenia Konsumentów Polskich, Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń, Rzecznika Praw Obywatelskich, Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Rady Ubezpieczonych przy Rzeczniku Ubezpieczonych.

□ W dniu 22 września b.r. Rzecznik odbył spotkanie z prof. dr. Mirosławem Zdanowskim, rektorem Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości w Warszawie. Celem spotkania było omówienie warunków szerokiej współpracy w zakresie edukacji i informacji ubezpieczeniowej. Nakreślono program współdziałania, także na płaszczyźnie nowo powstałej Fundacji.

□ Nadal trwają działania zmierzające do utworzenia sądu polubownego przy urzędzie Rzecznika Ubezpieczonych. Do czasu sfinalizowania tego przedsięwzięcia Rzecznik czyni starania w kierunku innych rozwiązań. I tak, w dniu 14.09.99 r. Rzecznik odbył spotkanie z prof. dr. hab. Józefem Okolskim, prezesem Sądu Arbitrażowego przy Krajowej Izbie Gospodarczej. Celem spotkania było nawiązanie współpracy, w tym także orzekanie Sądu Arbitrażowego w sprawach ubezpieczeniowych. Pewnym ograniczeniem wynikającym z systemu kosztów sądowych byłoby orzekanie jedynie w sprawach o odszkodowania sięgające znaczniejszych kwot. Dlatego też Rzecznik, niezależnie od tego, nadal będzie prowadził działania zmierzające do utworzenia sądu polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych.

A. A. Czego dotyczą najczęściej skargi kierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich na ten temat?

R. Z. Najczęściej chodzi o waloryzację ubezpieczeń rentowych, posagowych, a także o grupę rent uzupełniających – powypadkowych, które powinny być w ramach spadku wartości pieniądza waloryzowane. To żenijące, że ludzie dostają kilka złotych renty uzupełniającej w związku z wypadkiem.

Z zazdrością można przeczytać, że np. w krajach unijnych wprowadza się „likwidację szkód przez telefon”. My coraz częściej czytamy artykuły: „Słaba kondycja firmy, ciągłe straty...”

A. A. Jaka jest rola Rzecznika Ubezpieczonych na rynku ubezpieczeń?

R. Z. Rzecznik ubezpieczonych – zależnie od swojego usytuowania i podległości Ministrowi Finansów – działając „z charakterem” może wiele wywalczyć, szczególnie gdy chodzi o poziom obsługi ubezpieczeniowej.

Zadanie rzecznika to także uświadamianie i edukacja klientów. Nadszedł czas twardego nadzoru, przy nienaruszalności wolności gospodarczej. Konsumentów trzeba bronić. Konsument musi także bronić się sam, walczyć o swoje prawa. To na pewno trudna walka, ale nie ma innej drogi. Myślę, że wszyscy razem sprostają nowym wyzwaniom. ■

ZAMIAST

PODSUMOWANIA

Stanisław Rogowski

W listopadzie zakończył się I etap działalności Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych, wyznaczony upływem 4-letniej kadencji, w czasie której pełniłem ten urząd. Pewna znajomość rzeczy, jaką uzyskałem w trakcie tej kadencji, ale i niedosyt spowodowany niezrealizowaniem niektórych pomysłów i planów, spowodowały, iż zdecydowałem się ubiegać o kolejną kadencję, co zakończyło się otrzymaniem nominacji Ministra Finansów. Tak więc w latach 1999 – 2003 będę raz jeszcze pełnił urząd Rzecznika Ubezpieczonych.

Trudno jest z pozycji pełniącego urząd w pełni obiektywnie ocenić jego funkcjonowanie, z drugiej strony znajomość problematyki ułatwia to zadanie.

Tych kilka słów, które kieruję do Państwa, nie jest pełną próbą podsumowania, lecz zbiorem kilku refleksji stanowiących coś w rodzaju bilansu zamknięcia i otwarcia.

W bilansie tym do wartości dodatnich należy zaliczyć niewątpliwie fakt, iż Urząd Rzecznika Ubezpieczonych, który w momencie jego powołania w 1995 r. stanowią pewien eksperyment, został przez różne środowiska zaakceptowany, mimo rozmaitych zastrzeżeń co do zakresu kompetencji, sposobu działania, dla jednych zbyt aktywnego, dla drugich pasywnego.

Kierowałem się w swej działalności pewną zasadniczą przesłanką, w myśl której należy szukać w funkcjonowaniu rynku ubezpieczeniowego jak najwięcej płaszczyzn, w których interesy dwóch głównych segmentów tego rynku, czyli ubezpieczycieli i ubezpieczonych, pokrywają się. Nie oznacza to, by sprzeczności między nimi nie istniały i aby dało się wyeliminować je do końca. Jednakże zrozumienie tej prostej prawdy, że w każdym dobrze działającym systemie gospodarczym, w tym i ubezpieczeniowym, o właściwe, zgodne z prawem i zasadniczo, a nie tylko doraźnie rozumianym interesem, daje efekty dla wszystkich pozytywne. Natomiast wszelkie próby ze strony silniejszego partnera rynku, czyli zakładu ubezpieczeń, uzyskania jak największych zysków za wszelką cenę – per fas et nefas powoduje nie tylko łamanie praw konsumenckich, ale i na dłuższą metę niepowodzenia dla tych, którzy tę metodę stosują. Wydaje się, że pogląd ten został przynajmniej w części zaakceptowany, co nie oznacza, że zawsze i przez wszystkich stosowany jest w praktyce. Stąd przestrzeganie praw konsumenckich w zakresie ubezpieczeń pozostawia jeszcze wiele do życzenia, zarówno w zakresie przepisów jak i praktyki. Zbyt wolno toruje sobie drogę, zwłaszcza na niższych szczeblach zakładów ubezpieczeń pogląd, iż ich własne powodzenie zależy w decydującej mierze od usług, jakie świadczą. Tzw. „mentalność urzędnicza”, w najgorszym tego

słowa znaczeniu, ma tu duży wpływ. Przeszkadzają też „nieżyczliwe” często dla ubezpieczonych procedury, także na styku funkcjonowania zakładów i organów państwa.

Ten ostatni aspekt wpływa na zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej. Uderza ostatecznie w klientów zmuszonych do pośredniego pokrywania swą składką strat zakładów w związku z tym powstających. Notabene brak jeszcze wciąż pełnej świadomości, iż każde drobne nawet oszustwo uderza w uczciwego klienta. Brak społecznego potępienia takich praktyk. Wynika to także z wciąż stosunkowo niskiej świadomości ubezpieczeniowej u większości Polaków. W tym właśnie zakresie Biuro Rzecznika Ubezpieczonych starało się uczestniczyć we współdziałaniu z organizacjami konsumenckimi, którą to współpracę wysoko sobie cenię i poprawić ten stan rzeczy. Nie wszystkie plany, także z powodu braku środków materialnych, udało się zrealizować. Mam nadzieję, iż powołana niedawno przez Rzecznika Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej wspomogła te działania i uczyni je bardziej efektywnymi. Gorąco zapraszam do współpracy z Fundacją i zasilań jej nie tylko środkami, ale i pomysłami.

W rozpoczynającej się kadencji nie przewiduję „rewolucyjnych zmian” w funkcjonowaniu urzędu. Chcielibyśmy wraz z innymi współpracownikami, którym tą drogą również składam podziękowanie za dotychczasowy wkład, kontynuować wszystkie rozpoczęte kierunki działań, rozszerzając je i wzbogacając. Mam nadzieję, że przygotowywane nowe ustawodawstwo ubezpieczeniowe stworzy lepsze i zgodne z poziomem ochrony ubezpieczeniowej w państwach UE możliwości ochrony interesów ubezpieczonych. Wierzę, że uda się, mimo niezrozumiałych oporów ze strony niektórych czynników,

stworzyć ubezpieczeniowe sądownictwo polubowne, które pomogłoby w dochodzeniu praw konsumenckich, przyspieszyłoby postępowanie obecnie znacznie wydłużone.

Nie da się w tym krótkim tekście zaprezentować wszelkich planów, nie taki zresztą był mój zamiar. Zresztą wszelkie plany weryfikują się dopiero w konkretnym działaniu.

Na koniec chciałbym raz jeszcze podziękować wszystkim instytucjom i osobom za współpracę, za życzliwość i współdziałanie. Mam nadzieję, że będzie ona kontynuowana. Dziękuję również przedstawicielom środków masowego przekazu, w których problematyka ubezpieczeniowa jest coraz lepiej prezentowana. Słowa podziękowania należą się również drugiej stronie stosunków ubezpieczenia czyli zakładom ubezpieczeń, które mimo występujących i naturalnych po części różnic w poglądach współpracowały z Rzecznikiem Ubezpieczonych; mam nadzieję, że w kolejnych latach będzie coraz mniej przyczyn zmuszających Rzecznika Ubezpieczonych do interwencji, aczkolwiek wiem, że nie znikną one całkowicie. Takie są bowiem reguły rynku. Dziękuję wreszcie wszystkim tym, którzy zwracali się do urzędu Rzecznika Ubezpieczonych także przy okazji kierowanych skarg z uwagami i propozycjami. Tą drogą Rzecznik Ubezpieczonych uzyskiwał najwięcej informacji o rynku. Chciałbym, aby nasze Biuro było nadal życzliwym adresatem pytań, skarg i propozycji.

Jako że początek kadencji zbiega się ze zbliżającymi się świętami i nowym rozpoczynającym następne tysiąclecie rokiem, składam tą drogą, wraz ze swymi współpracownikami, najserdeczniejsze życzenia pomyślności w życiu zawodowym i osobistym wszystkim naszym czytelnikom, przyjaciółom i respondentom. ■

AKTUALNOŚCI

□ Rozpoczyna działalność powołana przez Rzecznika Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej. Wytłoniony został skład Zarządu i Rady Nadzorczej; powstała również Rada Naukowa. Statutowym zadaniem fundacji jest organizowanie i wspieranie działań w zakresie edukacji ubezpieczeniowej oraz ochrony praw ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia. Świadomość ubezpieczeniowa jest jednym z ważniejszych elementów tworzących stabilny rynek ubezpieczeniowy. Aby osiągnąć zadowalający jej poziom, Fundacja organizować będzie szkolenia i sympozja oraz konsultacje w dziedzinie prawa ubezpieczeniowego i ubezpieczeń. Upowszechnianiu prawa ubezpieczeniowego służyć będzie także opracowywanie materiałów edukacyjnych i współpraca z mediami. Cele te realizowane będą ze środków pochodzących z darowizn, dotacji osób prawnych, dochodów ze zbiórek i imprez publicznych, a także uzyskanych z działalności gospodarczej, prowadzonej przez Fundację.

□ W dniu 9 grudnia 1999 r. odbył się II Zjazd Polskiego Towarzystwa Ubezpieczeniowego, stowarzyszenia zrzeszającego przedstawicieli nauki oraz inne osoby zajmujące się problematyką szeroko pojętych ubezpieczeń. Obrady otworzył prezes PTU, prof. dr Mirosław Zdankowski. Rzecznik Ubezpieczonych w swym wystąpieniu rozpoczynającym naukową część zjazdu dokonał oceny rynku ubezpieczeń, a także perspektyw rozwoju ze szczególnym uwzględnieniem ochrony interesów ubezpieczonych.

□ W dniu 23 listopada 1999 r. odbyła się kolejna konferencja prasowa Rzecznika Ubezpieczonych. Tematem konferencji było podsumowanie I kadencji Rzecznika oraz plany działalności na kadencję następną.

Z prac Rzecznika Ubezpieczonych

U podłoża wielu skarg kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych przez posiadaczy polis ubezpieczeniowych leży nieznanostwo unormowań prawnych, dotyczących skutków:

- 1) utraty przez zakład ubezpieczeń zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej,**
- 2) ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń.**

Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej określa dokładnie, jakie konsekwencje niesie dla właścicieli umów ubezpieczeń wystąpienie dwóch wyżej wymienionych sytuacji. Omówię je zatem kolejno.

ad 1) Minister Finansów, na wniosek organu nadzoru, może cofnąć zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie jednej lub kilku grup ubezpieczeń albo jednego lub kilku rodzajów ubezpieczeń (art. 35 ww. ustawy).

Jeśli zatem zakładowi ubezpieczeń, w którym jesteśmy ubezpieczeni, cofnięte zostanie zezwolenie na prowadzenie działalności w tej grupie czy rodzaju ryzyk – do których zalicza się nasze ubezpieczenie – posiadana przez nas umowa ubezpieczenia nadal jest ważna. Jednak jeśli upłynie termin ochrony ubezpieczeniowej, oznaczony w posiadanej umowie i będziemy zainteresowani zawarciem następnej umowy (tzn. odnowieniem umowy), wówczas zakład ubezpieczeń, któremu cofnięto zezwolenie, nie może już zawrzeć z nami tej umowy. Jest tak dlatego, gdyż cofnięcie zezwolenia na prowadzenie działalności powoduje niemożność zawierania nowych umów

ubezpieczeń oraz przedłużania już zawartych, jak też nie może być zmieniana suma ubezpieczenia wymieniona w umowie (art. 36 ust. 1 ww. ustawy).

Odmienne przedstawia się sytuacja, gdy cofnięcie zezwolenia w zakresie całej działalności dotyczy towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Oznacza to tym samym likwidację towarzystwa.

W przypadku gdy ma miejsce cofnięcie zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej posiadacze umów ubezpieczeń zawartych w takim właśnie zakładzie ubezpieczeń powinni uważnie śledzić dalsze jego losy.

Z dotychczasowej praktyki wynika bowiem, że w niedługim czasie można spodziewać się ogłoszenia upadłości tego zakładu ubezpieczeń.

Nie mniej ważny jest fakt, że mimo ważności umów ubezpieczeń dyskusyjna staje się faktyczna ochrona ubezpieczeniowa, gdyż

w momencie wystąpienia szkody uzyskanie odszkodowania jest wątpliwe.

ad 2) O ogłoszeniu upadłości orzeka sąd wojewódzki, właściwy dla siedziby zakładu ubezpieczeń (art. 77 ust. 1 ww. ustawy).

Do reprezentowania w postępowaniu upadłościowym interesów ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, sąd po zasięgnięciu opinii organu nadzoru wyznacza kuratora, który ma prawo wnoszenia środków zaskarżenia na rzecz tych podmiotów (art. 79 ust. 1 ww. ustawy).

Kurator jest uprawniony do zawarcia z innym zakładem ubezpieczeń umowy o przeniesienie portfela... (art. 79 ust. 2 ww. ustawy).

W przypadku niezawarcia przez kuratora umowy o przeniesienie portfela w terminie:

■ 3 miesiące od dnia ogłoszenia upadłości – w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych i ubezpieczeń na życie,

■ 1 miesiąca od dnia ogłoszenia upadłości – w odniesieniu do pozostałych ubezpieczeń, umowy ubezpieczenia zawarte z zakładem ubezpieczeń, którego upadłość została ogłoszona, wygasają.

Nie trzeba nikogo przekonywać, że upadłość zakładu ubezpieczeń niesie za sobą szereg negatywnych skutków dla całego środowiska ubezpieczeniowego, w tym szczególnie dla osób, których interes ucierpiał, bądź to przez utratę przed czasem ochrony ubezpieczeniowej lub też, co gorsze, poprzez niezaspokojenie zgłoszonych roszczeń odszkodowawczych.

Pamiętamy wszyscy letnią powódź z 1997 roku, gdy majątek wielu osób oraz podmiotów gospodarczych ucierpiał na skutek powodzi. Szczególną grupę poszkodowanych powodzią, szukających pomocy Rzecznika Ubezpieczonych, stanowili klienci upadłego 24 marca 1997 r. Towarzystwa Ubezpieczeniowego FENIX SA. Posiadali oni umowy ubezpieczenia mienia, obejmujące ochroną skutki

powodzi, a umowy te – mimo znaczonego w polisie 12-miesięcznego terminu ważności – niestety wygasły 24 kwietnia 1997 r. Powszechną argumentacją poszkodowanych było to, iż nie wiedzieli o ogłoszeniu upadłości ich Zakładu Ubezpieczeń.

Także w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego dochodzi do szeregu nieporozumień, które narażają niezorientowanych klientów upadłego zakładu ubezpieczeń na poważne kłopoty.

Dotyczy to dwóch grup osób:

a) posiadaczy polis ubezpieczenia OC komunikacyjnego,

b) poszkodowanych w związku z ruchem pojazdów, których sprawcami są osoby mające umowy obowiązkowego ubezpieczenia komunikacyjnego, zawarte z upadłym aktualnie zakładem ubezpieczeń.

ad a) Osoby, które legitymują się umową OC komunikacyjnego, zawartą z upadłym zakładem ubezpieczeń, powinny nie później niż w terminie 3 miesięcy od ogłoszenia upadłości zawrzeć rzeczoną umowę ubezpieczenia z funkcjonującym zakładem ubezpieczeń, tak by spełniać wymogi obowiązku zawarcia umowy tego ubezpieczenia. Jeśli tego nie uczynią, mogą zostać obłożeni przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny opłatą tytułem niezawarcia umowy tego ubezpieczenia, a jeśli nadto w czasie gdy w związku z wygaśnięciem ważności tej umowy faktycznie nie mieli płynącej zeń ochrony – wówczas Fundusz będzie dochodził od nich zwrotu także wypłaconego (przez UFG) odszkodowania osobom przez nie poszkodowanym.

ad b) Niestety, nie zawsze poszkodowany w wypadku komunikacyjnym ma szansę na szybkie uzyskanie odszkodowania z zakładu ubezpieczeń sprawcy szkody. Są sytuacje, gdy poszkodowani, mimo zasadności swych roszczeń odszkodowawczych, mają trudności z uzyskaniem odszkodowań w oznaczonym terminie. Zdarza się to nie tylko, w przypadku gdy zakład ubezpieczeń sprawcy traci płynność fi-

nansową, albo gdy już trwa postępowanie w sprawie o ogłoszenie jego upadłości.

W praktyce może zatem dojść do takiej sytuacji, gdy poszkodowany może wybrać jako obiekt dochodzenia odszkodowania sprawcę szkody, który mimo ważności swej polisy OC może samodzielnie odpowiadać przed sądem za skutki wyrządzonej szkody komunikacyjnej.

Istnieje bowiem uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1996 r. sygn. akt III CZP 184/95, w której Sąd Najwyższy stwierdził, iż po wejściu w życie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, w procesie o naprawienie szkody powstałej w wyniku wypadku komunikacyjnego nie występuje współuczestnictwo konieczne między zakładem ubezpieczeń, a kierującym lub posiadaczem pojazdu.

Zauważmy, iż ww. ustawa o działalności ubezpieczeniowej w art. 8 ust. 4 stanowi, że uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Zapis ten nie skutkuje obowiązkiem zapoznania ubezpieczyciela przez sąd, jeżeli uprawniony do odszkodowania wniósł powództwo tylko przeciwko posiadaczowi lub kierującemu pojazdem. Wynika stąd, że uprawniony do odszkodowania zawsze może wnieść omawiane powództwo tylko przeciwko posiadaczowi lub kierowcy.

Natomiast rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 grudnia 1992 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, w § 29 ust. 2 przewiduje, że jeżeli uprawniony do odszkodowania wystąpi z roszczeniem do posiadacza lub kierującego pojazdem, którego ruchem szkoda została spowodowana, posiadacz lub kierujący powiadamiają o tym ubez-

pieczyciela. Z powyższego wynika, że konieczne jest tutaj przypozwanie ubezpieczyciela, to znaczy zawiadomienie go o toczącym się postępowaniu. Przypozwanie i zapozwanie są instytucjami różnymi.

Przypozwanie oznacza, iż ubezpieczyciel może wstąpić do procesu w charakterze interwenienta ubocznego, co jednak nie jest tożsame z faktem stania się uczestnikiem (stroną) postępowania.

Ubezpieczyciel może wejść w miejsce pozwanego tylko za zgodą obu stron procesowych (pozwanego i powoda).

Natomiast z zapozwaniem mamy do czynienia wówczas, gdy ustawodawca przewiduje istnienie współuczestnictwa koniecznego, to znaczy jeżeli przeciwko kilku osobom sprawa może toczyć się tylko łącznie tj. w przypadku szkód komunikacyjnych postępowanie musiałoby

się toczyć i przeciwko sprawcy szkody i zakładowi ubezpieczeń.

Intencją tej uchwały jest ułatwienie dochodzenia roszczeń przez poszkodowanego, choćby poprzez danie mu wyboru dochodzenia odszkodowania – czy od sprawcy szkody, czy też od jego ubezpieczyciela.

W praktyce roszczenia poszkodowanych kierowane są do zakładów ubezpieczeń sprawców szkód, które zobligowane są do zaspokojenia tych roszczeń w dość krótkich terminach. Jednakże są i takie sytuacje, gdy proces odszkodowawczy w zakładzie ubezpieczeń przeciąga się. Może tak dziać się z wielu przyczyn, między innymi z powodu trudności finansowych zakładu ubezpieczeń, a wówczas poszkodowany może o odszkodowanie wystąpić na drogę sądową przeciwko sprawcy szkody.

Obstawanie przy konieczności pozwania jednocześnie sprawcy i jego zakładu ubezpieczeń Sąd Najwyższy uznał za działanie na niekorzyść poszkodowanego, gdyż mogłoby to doprowadzić do wydłużania procesu odszkodowawczego, prawdopodobnego szczególnie w okresie toczącego się postępowania upadłościowego wobec zakładu ubezpieczeń.

Analizując powyższe rozważania, należy mieć na uwadze to, że nadrzędną racją leżącą u podstaw ustanowienia instytucji obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – jest ochrona interesów osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, a nie sprawców tych szkód. ■

Krystyna Krawczyk

Warto przeczytać



Ukazał się nowy podręcznik „Prawo ubezpieczeń gospodarczych” autorstwa Barbary Kęszyckiej, prezentujący najważniejsze zagadnienia prawne z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, adresowany do wszystkich zdobywających wiedzę w tej dziedzinie. Jak sama autorka twierdzi, opracowanie to ma podwójny charakter; jest pomocą dydaktyczną do zajęć z prawa ubezpieczeń gospodarczych, a także zostało przygotowane z myślą o rozrastającym się polskim rynku ubezpieczeń i dostosowywaniu polskiego prawa ubezpieczeniowego do ustawodawstwa Unii Europejskiej.

Podręcznik składa się z dziewięciu rozdziałów, a także z aneksu zawierającego wybrane przepisy prawne.

Pierwszy rozdział stanowi omówienie źródeł prawa ubezpieczeń gospodarczych. Przedstawione zostało pojęcie prawa ubezpieczeń gospodarczych, a także jego miejsce w systemie prawnym. Kolejny rozdział przybliżył nam instytucje ochrony rynku ubezpieczeniowego, takie jak Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Rzecznik Ubezpieczonych oraz ubez-

pieczeniowy samorząd gospodarczy, którego organizacją jest Polska Izba Ubezpieczeń.

Sporo miejsca poświęciła autorka instytucji pośrednictwa ubezpieczeniowego, prezentując genezę tej instytucji, podstawy prawne jej funkcjonowania, a także działalność agencyjną i brokerską.

Tematyka pozostałych rozdziałów jest związana z umową ubezpieczenia. Poza charakterystyką samej umowy, sposobów i form jej zawierania, powstaniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wygaśnięciem stosunku prawnego ubezpieczenia, z uwzględnieniem podziału na ubezpieczenia majątkowe i osobowe, przedstawiono instytucje regresu ubezpieczeniowego i przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

Opracowanie uwzględnia wszystkie najistotniejsze aspekty prawa ubezpieczeń gospodarczych. Można w nim znaleźć odpowiedzi na liczne podstawowe pytania dotyczące ubezpieczeń gospodarczych. Książka napisana jest zrozumiałym językiem. Jej przystępny charakter sprawia, iż jest pożyteczną pozycją nie tylko dla studentów zajmujących się prawem ubezpieczeniowym, ale także dla zwykłych konsumentów usług ubezpieczeniowych. ■

Anna Dąbrowska

Jeden zawód, a dwa odmienne rozwiązania

W świetle obowiązującej regulacji do zawarcia umów OC zobowiązani są lekarze wykonujący swój zawód w ramach prywatnej praktyki, osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń w określonej dziedzinie medycyny oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w przypadku gdy wykonują zamówienie na świadczenie usług zdrowotnych.

Do czasu wprowadzenia w życie reformy służby zdrowia zawieranie umów ubezpieczenia OC przez lekarzy było dobrowolne. Aktualnie ci lekarze, którzy wykonują swój zawód w ramach prywatnej praktyki, a nie zawarli umów o świadczenie usług z kasami chorych, nie są objęci ubezpieczeniem obowiązkowym.

W myśl zasad prawa cywilnego osoby, które wyrządziły szkodę, zobowiązane są do jej naprawienia. Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje solidarną odpowiedzialność udzielającego zamówienie i przyjmującego zamówienie za szkodę wyrządzoną przy udzieleniu świadczeń objętych umową i nakazuje ubezpieczyć odpowiedzialność cywilną podmiotu wykonującego usługi. Ubezpieczenie to ma charakter obowiązkowy (przymus zawarcia umowy ubezpieczenia OC został nałożony ustawą, a ogólne warunki ubezpieczenia wydane zostały 17 listopada 1998 r. w formie rozporządzenia przez Ministra Finansów). Umowa ubezpieczenia powinna być zawarta na czas trwania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z wybranym zakładem lub

lekarzem. Minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do tych podmiotów wynosi 200.000 zł w odniesieniu do jednego wypadku, którego skutki są objęte umową. Uprawniony do odszkodowania może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń lub od sprawcy szkody. Zakład ubezpieczeń ma prawo do regresu wypłaconego odszkodowania, w przypadku gdy ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie lub z rażącego niedbalstwa, szkoda była wyrządzona przez osobę znajdującą się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, a także, w sytuacji kiedy sprawca używał aparatury i sprzętu medycznego niezgodnie z przeznaczeniem lub gdy sprzęt był zainstalowany niezgodnie z przepisami. Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody, które nie przekraczają dwukrotności najniższego wynagrodzenia za pracę pracowników, ogłaszanego przez Ministra Pracy i Opieki Socjalnej (aktualnie jest to 1.300 zł) oraz polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu mienia. W rozporządzeniu nie został określony system taryf oraz wysokość składki.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są obarczone obowiązkiem ubezpieczenia, gdyż odpowiedzialność odszkodowawczą ponosi za nie Skarb Państwa lub gmina, które są zawsze wypłacalne. Obowiązek zawarcia umowy nie ciąży, jak wspomniano, na tych lekarzach, którzy wykonują swój zawód w ramach prywatnej praktyki. Taka regulacja wpłynie na zróżnicowanie sytuacji prawnej pacjentów, w przypadku gdy powstanie szkoda. Ci, którzy korzystali z usług lekarzy ubezpieczonych, będą mogli egzekwować roszczenia odszkodowawcze bezpośrednio od ubezpieczyciela na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia, podczas gdy pozostali będą mieli jedynie możliwość żądania odszkodowania od bezpośredniego sprawcy szkody (lub zatrudniającego go publicznego zakładu opieki zdrowotnej). Do tej pory został wprowadzony korporacyjny przymus zawierania umów ubezpieczenia OC profesjonalnej (tak jak w przypadku adwokatów lub radców prawnych), choć coraz częściej izby lekarskie zawierają umowy grupowe, obejmujące wszystkich lekarzy przynależnych do danej izby.

Taki dualizm w podejściu do tej samej grupy zawodowej budzić musi zastrzeżenia z uwagi na wysokie ryzyko wyrządzenia szkody i to z reguły szkody znacznych rozmiarów. W przypadku innych wolnych zawodów wprowadzając obowiązek zawarcia umów ubezpieczenia traktowano wszystkie osoby reprezentujące daną grupę zawodową w sposób jednolity. ■

AGNIESZKA SOBIECH

Asystentka w Katedrze Prawa
Gospodarczego Akademii
Ekonomicznej w Poznaniu

Kryteria wyboru firmy ubezpieczeniowej

W poprzednim numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” został omówiony „Raport o jakości usług ubezpieczeniowych” oraz jeden z załączników do raportu dotyczący skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych. Obecnie przedstawione zostaną kryteria wyboru firmy ubezpieczeniowej, stanowiące kolejny załącznik do raportu.

Można znaleźć w nim odpowiedź na pytanie, jak ocenić ofertę i wybrać zakład ubezpieczeń. Po pierwsze wybór zakładu ubezpieczeń powinien być poprzedzony określeniem zakresu ubezpieczenia niezbędnego do osiągnięcia zamierzonych celów, tzn. sprecyzowaniem zdarzeń, które mają podlegać ochronie. Znając własne potrzeby ubezpieczeniowe można przystąpić do selekcji zakładów ubezpieczeń. Selekcja ta powinna mieć na celu przede wszystkim odrzucenie towarzystw, które nie dają gwarancji wypłaty odszkodowania w ogóle lub w określonym umową lub przepisami terminie. Należy tu brać pod uwagę przede wszystkim to, czy dany zakład ubezpieczeń spełnia wymagania prawne związane z ubezpieczeniami, ponadto poziom wskaźników technicznych i program reasekuracyjny, pozycję rynkową zakładu ubezpieczeń, udziałowców i wreszcie dotychczasowe doświadczenia przy likwidacji szkód lub potwierdzone opinie innych ubezpieczonych.

W polskich warunkach podstawowy wymóg, dotyczący spełnienia przez zakład ubezpieczeń współczynników regulowanych przez prawo, musi być traktowany bardzo delikatnie. Jego twarde stosowanie oznaczałoby bowiem skreślenie z listy towarzystw posiadają-

cych spory procent rynku. Podobnie ostrożnie musimy podchodzić do analizy wskaźników technicznych. Po pierwsze brak jest jednolitych metod liczenia rozmaitych wielkości i często dane publikowane przez zakłady ubezpieczeń są nieporównywalne. Po drugie, niektóre firmy, które upadły, fałszowały przynajmniej w pewnym okresie swoje wyniki finansowe. Po trzecie wreszcie regulacje dotyczące wyliczania niektórych wartości nie przystają do rzeczywistości i obliczone na ich podstawie wskaźniki fałszywie oddają obraz ubezpieczyciela.

Istotny jest zestaw udziałowców. Z jednej strony należy wystrzegać się inwestorów, którzy wcześniej bezpośrednio lub pośrednio uczestniczyli w upadłych już firmach ubezpieczeniowych, z drugiej zaś bardzo pozytywnym inwestorem jest duży asekurator zagraniczny, dający swojej polskiej firmie nie tylko logo, ale przede wszystkim odpowiedni pakiet know-how oraz łatwy dostęp do światowego rynku reasekuracyjnego.

Musimy wziąć pod uwagę nasze dotychczasowe doświadczenia z danym ubezpieczycielem, a w szczególności doświadczenia związane z likwidacją szkód. Można przy tym wziąć pod uwagę opinie innych ubezpieczonych. Celem selekcji powinno być odrzucenie towarzystw,

które nie gwarantują bezpieczeństwa.

Kolejnym etapem jest ocena proponowanych przez zakłady ubezpieczeń ofert. Warto tu dokonać porównania zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, systemów ubezpieczania (sumy stałe, pierwsze ryzyko), fransyz (udziałów własnych), cen ubezpieczenia w różnych wariantach, w tym: przy różnym zakresie ochrony, przy kasowaniu pewnych wyłączeń.

Innymi czynnikami, które trzeba uwzględnić przy ubezpieczeniu są m.in. ilość i jakość danych potrzebnych do zawarcia ubezpieczenia, tryb dokonywania doubezpieczeń, tryb likwidacji szkód, szybkość reakcji na szkodę, dokumentacja konieczna do likwidacji szkody, dodatkowe elementy oferty poszczególnych zakładów ubezpieczeń.

Przy wyborze konkretnego wariantu ubezpieczenia, poza porównaniem ofert, należy też odrębnie dokonać analizy wariantów ubezpieczenia (niezależnie od ubezpieczycieli, którzy je oferują), zwracając szczególną uwagę na różnice w zakresie pokrycia i oceny ochrony. W ten sposób możemy dopiero uzyskać optymalny dla firmy zakres ubezpieczenia będący zwykle kompromisem pomiędzy zakresem ochrony a płaconą składką.

Jednym z głównych kryteriów wyboru zakładu ubezpieczeń jest gwarancja jego wypłacalności i stabilności działania. Jest to zadanie bardzo trudne i mówiąc o świadomości ubezpieczeniowej warto podkreślić korzyści wynikające z korzystania z usług fachowców w tej dziedzinie.

Na ocenę standingu finansowego zakładu ubezpieczeń mają wpływ wyniki szczegółowych analiz jakościowych i ilościowych w różnych obszarach jego finansowania. Analiza jakościowa opiera się zazwyczaj na ocenie takich elementów jak: ocena rozłożenia ryzyka, ocena struktury kapitału, ocena trafności obliczenia rezerw techniczno-ubez-

pieczeniowych, ocena jakości aktywów, ocena programu reasekuracyjnego. Analiza ilościowa opiera się natomiast głównie na ocenie raportów finansowych badanego zakładu ubezpieczeń z ostatnich kilku lat działalności (minimum 5 lat). W przypadku krótszej działalności na rynku bierze się pod uwagę okres funkcjonowania.

Najprostszym sposobem oceny jest analiza wskaźnikowa oparta na danych finansowych ze sprawozdań finansowych. Zazwyczaj obliczanych jest dziesięć wskaźników ekonomiczno-finansowych odzwierciedlających sytuację finansową zakładu ubezpieczeń. Informacje takie możemy znaleźć w raportach rocznych, sporządzanych przez zakłady ubezpieczeń, a także w Biuletynie Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń.

W związku z odrębnością systemu finansowego zakładów ubezpieczeń w stosunku do systemów finansowych innych podmiotów gospodarczych oraz ze specjalnymi funkcjami, jakie pełnią ubezpieczenia gospodarcze, wymagania w zakresie bezpieczeństwa finansowego zakładu ubezpieczeń zostały określone ustawowo. Dlatego też można podzielić wskaźniki obliczane dla zakładów ubezpieczeń na wskaźniki ustawowe i rynkowe.

Do ustawowych należą wszystkie te wskaźniki, które narzucane są zakładowi ubezpieczeń przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej i do przestrzegania których zakład ubezpieczeń zobligowany jest pod rygorem interwencji organu nadzoru. Należą do nich: środki własne zakładu ubezpieczeń, kapitał gwarancyjny, margines wypłacalności, wymóg pełnego pokrycia funduszu ubezpieczeniowego (rozumianego jako rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym) w lokatach. Wskaźnikami rynkowymi są: wskaźniki wypłacalności, wskaźniki zyskowności, wskaźniki sprawności działania, wskaźnik szkodowości. ■

Anna Dąbrowska

PRZYPOMNIAMY

30 października 1999 r. dla administratorów danych minął termin złożenia wniosków o zarejestrowanie zbiorów danych osobowych.

Przepis art. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883) określa krąg podmiotów podlegających jej przepisom. Zgodnie z obowiązującym zapisem ustawa reguluje przetwarzanie danych osobowych przez następujące podmioty:

1. organy państwowe – chodzi tutaj o wszelkie organy państwowe,

2. inne państwowe jednostki organizacyjne, które mają osobowość prawną (np. przedsiębiorstwa i banki państwowe) jak i te, które nie posiadają osobowości prawnej (np. państwowe zakłady budżetowe),

3. organy samorządu terytorialnego, obecnie również organy powiatów i województw samorządowych,

4. komunalne jednostki organizacyjne tj. jednostki organizacyjne powiatów i województw samorządowych, jak również jednostki organizacyjne związków, stowarzyszeń komunalnych i porozumień,

5. podmioty niepaństwowe realizujące zadania publiczne, np. stowarzyszenia realizujące zadania zlecone z zakresu administracji publicznej,

6. osoby fizyczne i prywatne jednostki organizacyjne (również niemające osobowości prawnej), które przetwarzają dane w związku z działalnością zarobkową lub zawodową (np. lekarze, właściciele prywatnych przedsiębiorstw itp.) lub dla realizacji celów statutowych (np. prywatne fundacje).

Ustawę stosuje się do tych podmiotów, jeżeli mają siedzibę albo miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jak również w przypadku gdy nie mają siedziby albo miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale tylko wtedy, gdy przetwarzają dane przy wykorzystaniu środków technicznych znajdujących się na terytorium RP (art. 3 ust. 3 u.o.d.o.). Ustawy nie stosuje się

do osób fizycznych, które przetwarzają dane wyłącznie w celach osobistych lub domowych (art. 3 ust. 4 u.o.d.o.).

Określenie podmiotowego zakresu ustawy jest niezbędne w celu przypomnienia jednego z najważniejszych obowiązków nałożonych na administratorów danych. Obowiązkiem tym jest zgłoszenie zbioru danych do rejestracji (art. 40 u.o.d.o.). Od wypełnienia tego obowiązku uzależniona jest w zasadzie możliwość rozpoczęcia przetwarzania danych (art. 46 u.o.d.o.). Tak więc w myśl art. 61 ust. 1 u.o.d.o. podmioty określone w art. 3 u.o.d.o., prowadzące w dniu wejścia w życie ustawy zbiory danych osobowych w systemie informatycznym, mają obowiązek złożenia do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych wniosków o zarejestrowanie tych zbiorów w trybie określonym art. 41 u.o.d.o. Do realizacji tego obowiązku ustawodawca wyznaczył termin 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o ochronie danych osobowych. Termin do złożenia wniosków minął 29 października 1999 r. i wszystkie podmioty zobowiązane, w tym zakłady ubezpieczeń, winny o nim pamiętać.

Aktami wykonawczymi do ustawy w tym zakresie są: rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 3 czerwca 1998 r. w sprawie określenia wzorów wniosku o udostępnienie danych osobowych, zgłoszenie zbioru danych do rejestracji oraz imiennego upoważnienia i legitymacji służbowej inspektora Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (Dz. U. nr 80, poz. 522) oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 3 czerwca 1998 r. w sprawie określenia podstawowych warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenie i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. nr 80, poz. 521).

Z obowiązku rejestracji zbioru danych zwolnieni są jedynie administratorzy danych wymienieni w art. 43 u.o.d.o.

Małgorzata Piwińska
Radca prawny

Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń

DZIAŁ I - ubezpieczenia na życie

1. Daewoo Życie Towarzystwo Ubezpieczeniowe SA

ul. Jagiellońska 55, 03-301 Warszawa

Prezes: Anatol Adamski

tel. 811-85-84, fax 676-93-01

zakres: grupy 1-5

data wydania zezwolenia: 30.03.99 r.

2. Amplico Life

Prezes: Christopher Large

3. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ROYAL PBK

(d. Towarzystwo Ubezpieczeniowe PBK-Życie)

tel. 851-10-62 (69-73), fax 851-11-25

4. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF Polska SA

ul. Nowogrodzka 11, 00-511 Warszawa

tel. 529-01-23, fax 529-01-11

5. GARDA LIFE SA

Warszawa, tel. 541-81-00, 541-82-00, fax 541-81-01

6. AGF Ubezpieczenia Życie SA zostało przejęte przez

TU ALLIANZ Życie Polska. Z chwilą połączenia

wszelkie prawa i obowiązki AGF Ubezpieczenia

Życie SA, wynikające z umów, przeszły na TU

ALLIANZ Życie Polska SA.

ul. Foksal 11, 00-372 Warszawa

tel. 826-02-95 (do 97), fax 826-04-96

Prezes: Paweł Dangel

7. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie

ALTE LEIPZIGER HESTIA SA

ul. M. Reja 13/15, 81-874 Sopot

tel. (0-58) 550-70-08

8. TU COMPENSA Życie SA

ul. Łucka 7/9, 00-842 Warszawa

tel. 658-61-89, 658-69-07, fax 658-64-10

Prezes: Sławomir Waleryś

9. GENERALI Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA

Al. Jerozolimskie 81, 02-001 Warszawa

tel. 695-04-45, fax 695-04-55

Prezes: dr Harald Mayer-Rönne

zakres: grupy 1-5

data wydania zezwolenia: 5.07.99 r.

10. ZUIR POLONIA Życie SA

Prezes: Lech Michalik

11. PRUMERICA Towarzystwo Ubezpieczeń

na Życie SA (d. PRUDENTIAL)

ul. Emilii Plater 28, 00-688 Warszawa

tel. 630-34-44, 630-31-00, fax 630-34-30

Prezes: Zdzisław Montkiewicz

12. SKANDIA Życie SA

ul. Migdałowa 4, 02-796 Warszawa

tel. 645-13-42, fax 645-13-47

Prezes: Helmut Haegert

zakres: grupy 3, 5

13. GERLING Polska, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

Al. Jerozolimskie 181, 02-222 Warszawa

tel. 608-48-00, fax 608-48-01

14. NORWICH UNION Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie (w organizacji)

zakres: grupy 1-5

data wydania zezwolenia: 12.10.99 r.

DZIAŁ II - ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe

1. Towarzystwo Ubezpieczeniowe EUROPA SA

Prezes: Jarosław Dowbaj

2. Bankowe Towarzystwo i Reasekuracji HEROS SA

Prezes: Jerzy Mrozowicki

3. DAEWOO Towarzystwo Ubezpieczeń SA

Prezes: Tadeusz Soroka

4. Towarzystwo Ubezpieczeniowe

SAMOPOMOC SA

ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa

tel. 534-40-00, fax 534-40-01

prezes: Stanisław Godlewski

5. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji GWARANT SA

tel. (0-58) 344-61-00, fax (0-58) 557-02-43

Prezes: Jerzy Zemke

6. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji PARTNER SA

ul. Puławska 14, 02-515 Warszawa

tel. 541-82-00, 541-81-00, fax 541-82-01

7. AGF Ubezpieczenia SA zostało przejęte przez TU ALLIANZ SA.

Z chwilą połączenia wszelkie prawa i obowiązki

AGF Ubezpieczenia SA, wynikające z umów,

przeszły na TU ALLIANZ SA.

Siedziba: Al. Jana Pawła II 15, 00-828 Warszawa

tel. 697-69-00, fax 697-79-61

Prezes: Paweł Dangel

8. AIG Poland SA

Prezes: Barbara Zito

9. GENERALI Towarzystwo Ubezpieczeń SA

(w organizacji)

Al. Jerozolimskie 81, 02-001 Warszawa

tel. 695-04-45, fax 695-04-55

Prezes: Harald Mayer-Rönne

zakres: grupy 1-18

data wydania zezwolenia: 5.07.99 r.

10. SAMPO Towarzystwo Ubezpieczeń SA

(w organizacji)

zakres: grupy 1-18

data wydania zezwolenia 27.08.99 r.

Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych

1. Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

FLORIAN (w organizacji)

Prezes: Andrzej Bonikowski

zakres: grupy 1-3, 7-10, 13

data wydania zezwolenia: 14.05.99 r.