

ISSN 1505-9782

MONITOR UBEZPIECZENIOWY

nr 8

styczeń 2001

PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

AKTUALNOŚCI

□ 12 grudnia 2000 r. w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych odbyła się Rada Ubezpieczonych. Gościem specjalnym była Elżbieta Turkowska-Tyrluk, prezes Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, która przedstawiła wybrane zagadnienia związane z działalnością UFG.

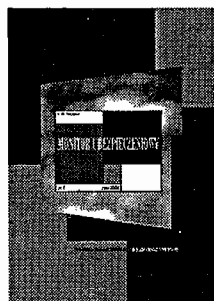
□ 19 grudnia 2000 r. w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych odbyła się konferencja prasowa na temat „Rok 2000 w ubezpieczeniach; podsumowanie”. Rzecznik Ubezpieczonych podsumował działalność zakładów na podstawie skarg wpływających do Urzędu. Przedstawił także bieżące działania Biura Rzecznika Ubezpieczonych oraz plany na następny rok.

□ 24 września 2000 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawa z dnia 21 lipca 2000 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 70 poz. 819) wprowadziła między innymi definicję działalności ubezpieczeniowej oraz katalog czynności ubezpieczeniowych. Przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych, w zakresie określonych w ustawie grup. Wśród czynności ubezpieczeniowych, obok zawierania umów ubezpieczenia, wypłacania odszkodowań i świadczeń, znalazły

Pomyślności i dobrego Roku 2001 życzy redakcja Monitora

SPIS TREŚCI

■ Aktualności	2, 4, 6, 8
■ Z prof. Mirosławem Zdanowskim, rektorem Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości rozmawia Anna Arwaniti	3
■ Z prac Rzecznika Ubezpieczonych	5
■ Z orzecznictwa Sądu Najwyższego	7
■ Wgląd w akta szkodowe	9
■ Konferencje i spotkania z udziałem Rzecznika Ubezpieczonych i przedstawicieli Biura	9
■ Warto przeczytać <i>Umowa ubezpieczenia na życie</i>	10
■ Ubezpieczenia zdrowotne – szanse i zagrożenia	11
■ Zagrożenia dla ochrony danych osobowych w ubezpieczeniach zdrowia i życia	13
■ Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń	15



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

Rada redakcyjna – dr Stanisław Rogowski, Anna Arwaniti, Krystyna Krawczyk.

Redaktor odpowiedzialny – A.A. Sierańska

Wydawca – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, 02-002 Warszawa, ul. Nowogrodzka 62b lok. 22, telefon: 622-52-60, 622-48-56

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

Druk – HARO

Stan i perspektywy polskiego rynku ubezpieczeniowego

Z profesorem **Mirosławem Zdanowskim**, rektorem Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości rozmawia **Anna Arwaniti**

Anna Arwaniti: *Panie profesoro, jest pan rektorem Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości. Jaki był dla ubezpieczeń miniony rok. Na koniec 1999 roku zezwolenia Ministra Finansów na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej posiadało już ponad 60 zakładów ubezpieczeniowych.*

Mirosław Zdanowski: Na początku nowej epoki, w początkach lat 90., gdy w Polsce tworzyły się rynki finansowe, powstał rynek ubezpieczeniowy. Tworzyła się sieć banków komercyjnych, powstawał krwiociąg nowej silnej gospodarki rynkowej, który miał dostarczyć środków finansowych na inwestycje, na rozwój, na szybki wzrost gospodarczy Polski.

Obserwatorzy rynku ubezpieczeniowego uznali za objaw pozytywny, że w roku 2000 nie wszczęto postępowań upadłościowych.

Dużym zainteresowaniem, szczególnie inwestorów zagranicznych, cieszyły się zakłady prowadzące ubezpieczenia na życie, których specyfika pozwala na szybkie gromadzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i możliwości ich lokowania.

Dominującą rolę odgrywa tutaj kapitał niemiecki, brytyjski a na-



stępnie francuski i szwajcarski. Uczestniczą też kapitały innych państw, ale w mniejszym procencie.

A.A.: *Jakie działania negatywne można zaobserwować na polskim rynku.*

M.Z. Do zjawisk negatywnych na pierwszym miejscu zaliczyłbym to, że sprzedaliśmy już prawie wszystkie towarzystwa ubezpieczeniowe i banki inwestorom zagranicznym, dopuszczając do

nasycenia polskiego rynku finansowego zagranicznym kapitałem. Myślę, że odczuwa się też brak jednolitej oceny stanu rynku i perspektyw rozwojowych. Kapitał zarówno obcy jak i polski nadal nie garnie się w istotniejszych rozmiarach do ubezpieczeń, a właściciele wciąż oczekują szybkich i łatwych zysków.

Pomimo 10-letniego okresu rozwoju rynku ubezpieczeń mamy niekorzystnie ukształtowaną strukturę portfeli. Około 70%

Rozwój rynku ubezpieczeń w Polsce, jak wynika z prowadzonych obserwacji i analiz, stymulują inwestorzy zagraniczni, głównie giganci ubezpieczeniowi krajów rozwiniętych.

AKTUALNOŚCI

się: przejmowanie i zbywanie przedmiotów nabytych przez zakład ubezpieczeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia (co oznacza między innymi, że zakłady ubezpieczeń mogą przejmować od poszkodowanych rozbite samochody i zbywać je), ustanawianie w drodze czynności cywilnoprawnych zabezpieczeń rzeczowych lub osobistych, jeśli są one bezpośrednio związane z zawieraniem umów ubezpieczenia. Czynnościami ubezpieczeniowymi są także: ocena ryzyka w ubezpieczeniach, ustalanie wartości przedmiotu ubezpieczenia, ustalanie składek i prowizji ubezpieczeniowych oraz ich egzekwowanie, kontrola przestrzegania przez ubezpieczających zastrzeżonych w umowie bądź ogólnych warunkach ubezpieczenia obowiązków i zasad bezpieczeństwa odnoszących się do przedmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową, ustalanie przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych, ustalanie wysokości szkód, odszkodowań oraz wysokości innych świadczeń, prowadzenie postępowań regresowych, lokowanie środków zakładów ubezpieczeń, marketing i reklama w zakresie świadczonych usług ubezpieczeniowych oraz inne czynności wynikające z innych ustaw.

W ustawie zostało również wyraźnie zapisane, iż zakaz udzielania przez zakłady ubezpieczeń informacji dotyczących poszczególnych umów ubezpieczenia nie dotyczy informacji związanych z umową ubezpieczenia, przekazywanych uposażonym i uprawnionym do świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia oraz osobom trzecim, na rzecz których zawarta jest umowa ubezpieczenia. Krąg uprawnionych do uzyskania powyższych informacji został po-

portfela to ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami i innych zdarzeń losowych, majątkowych stanowią ok. 15%. Ta struktura nie jest pomyślna dla rozwoju towarzystw ubezpieczeniowych.

Osiągnięcia w dziedzinie ubezpieczeń gospodarczych nie mogą też w pełni zadowolić. Niskie dochody większości społeczeństwa nie sprzyjają płaceniu składek. W dalszym ciągu jesteśmy, niestety, daleko za krajami Wspólnoty Europejskiej i innymi bardziej rozwiniętymi gospodarczo krajami.

A.A.: Zagrożeń na rynku ubezpieczeniowym jest sporo, ale zanotowaliśmy też pozytywne zjawiska, np. wniesienie do Sejmu projektów trzech ustaw regulujących w sposób pełniejszy i nowocześniejszy polskie prawo ubez-

Koniec roku 2000 przyniósł pewną poprawę sytuacji na rynku ubezpieczeniowym, co daje nadzieję, że tendencje stabilizacyjne ulegną wzmocnieniu.

pieczeniowe.

M.Z.: To prawda, należy mieć nadzieję, że zostaną wreszcie uchwalone. Pozytywne może wydawać się też to, że mimo licznych zagrożeń żaden z zakładów ubezpieczeń nie stracił prawa wykonywania działalności. Korzystniej kształtuje się też struktura ubezpieczeń na życie. Rynek ubezpieczeniowy odgrywa coraz większą rolę w sektorze finansowym kraju.

A.A.: Wróćmy jeszcze do zagrożeń rozwoju rynku ubezpieczeń, nie możemy też pominąć szerzącej się przestępczości ubezpieczeniowej, niskiej świadomości ubezpieczeniowej konsumentów.

M.Z.: Na pewno jest to bardzo trafne spostrzeżenie. Tzw. policja ubezpieczeniowa działa nie we wszystkich towarzystwach i nie zawsze skutecznie. Pozorne wypadki i kradzieże, zawyżone wysokości szkód są najczęstszymi sposobami wyłudzeń ubezpieczeniowych, a co za tym idzie prowadzi do podwyżek składek przez towarzystwa, które uważają, i słusznie, że ubezpieczenia komunikacyjne nie są rentowne.

Wydaje mi się, że świadomość polskich konsumentów wzrasta. Jest na rynku dużo pism, nie tylko fachowych, z których możemy dowiedzieć się o usługach, kondycji finansowej, wachlarzu produktów, które oferują towarzystwa.

Uważam jednak, że konieczna jest poprawa usług i różnorodności produktów, które nie zawsze idą w parze z ceną. Nie będę tu komentował ostatnich wydarzeń w PZU, które na pewno nie wpływają korzystnie na obraz rynku ubezpieczeniowego.

A.A.: Czego zatem należy oczekiwać w Nowym Roku 2001.

M.Z.: Potrzebna jest dobra strategia rozwoju gospodarczego, konsekwentnie realizowana polityka gospodarcza, wiadomo, że prawa rynku są najsurowszym sędzią.

Obserwujemy wzrost kapitałów własnych zakładów ubezpieczeń, angażują się inwestorzy zagraniczni, ale w dalszym ciągu towarzystwa działające na naszym rynku cierpią na niedokapitalizowanie.

Jest wiele sygnałów skłaniających do refleksji nad dalszym rozwojem rynku ubezpieczeń. Jestem umiarkowanym optymistą, ale życzylbym Państwu i sobie, żeby zwyciężyła konsekwencja i rzetelność w podejmowaniu decyzji w tym nowym tysiącleciu.

A.A.: Dziękuję za rozmowę.

Anna Arwaniti

Z prac Rzecznika Ubezpieczonych

„Przezorny zawsze ubezpieczony” – to było kiedyś sztandarowe hasło PZU. Tak więc, kiedy firma ta w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych rozpoczęła szeroką kampanię reklamową swojego wówczas nowego produktu, jakim były tzw. polisy posagowe, reklama ta znalazła szeroki oddźwięk społeczny. W końcu każdy rodzic pragnął zabezpieczyć swoje dziecko w momencie osiągnięcia przez nie samodzielności.

Jak wynika z analizy listów rodziców, dołączanych do polis, które trafiają do Federacji Konsumentów, miały one stanowić przede wszystkim kapitał wyjściowy na:

■ wkład do spółdzielni mieszkaniowej,

■ pomoc w pokryciu kosztów nauki na studiach wyższych,

■ zakup wyposażenia do samodzielnego mieszkania uposażonego dziecka.

Czy te plany rodziców były w jakiegokolwiek mierze uzasadnione? Wydaje się, że tak, skoro przede wszystkim wkład na tzw. M-3 w spółdzielniach mieszkaniowych w połowie lat osiemdziesiątych wynosił około 34 000 zł.

Jeżeli natomiast przeanalizować średnie płace, to np.:

■ w roku 1965 polisa o wartości 20 000 zł stanowiła 10,7-krotność średniego uposażenia.

Od 1970 roku obserwuje się powolny spadek wartości pieniądza, co oczywiście miało wpływ na wartość zawieranych polis.

I tak:

■ w roku 1970 polisa wartości 20 000 zł stanowiła 9,48-krotność średniego wynagrodzenia.

■ ta sama suma ubezpieczenia w roku 1980 stanowiła już tylko 3,31-krotność średniego wynagrodzenia.

Fakt ten został zauważony przez ubezpieczających się, bowiem pojawiają się coraz częściej polisy o wartości sumy ubezpieczenia 30 000 zł, 40 000 zł, 50 000 zł, a nawet 80 000 zł i 100 000 zł. Te ostatnie jednak niezbyt często. Dla orientacji, polisa o wartości 50 000 zł w roku 1980 to 8,28-krotność średniego uposażenia.

Cały czas mówimy o sumach ubezpieczenia, a nie ustosunkowujemy się w żadnej mierze do zawartych w polisie wielkości dotyczących wypłaty po upływie okresu ubezpieczenia.

Wypłaty miały być średnio wyższe o 60% od kwot sumy ubezpieczenia.

JAKA JEST

RZECZYWISTOŚĆ?

Otóż dla polisy zawartej w roku 1979 na sumę ubezpieczenia w wysokości 30 000 zł, z okresem ubezpieczenia 20 lat, PZU zobowiązało się do wypłaty 48 000 zł. W 1999 r. zawiadomiono uposażonego, że ma do odebrania 927 zł. Uposażony pieniędzy nie odebrał i odwołał się od

decyzji PZU. W rezultacie odwołania zaproponowano kwotę 1200 zł, ale na określonych warunkach, to jest podpisania umowy, której treść wyłączała ewentualne dalsze dochodzenie roszczenia o zwiększenie świadczenia, bowiem wedle stanowiska PZU podpisanie umowy załatwiałoby spór w sposób ostateczny. Niepodpisanie umowy i dochodzenie przez uposażonego swojego roszczenia przez sąd doprowadziło do kolejnej propozycji wypłaty.

Kontynuując powyższy przykład:

■ średnia płaca dla roku 1979 wynosiła 5327 zł, a więc suma ubezpieczenia 30 000 zł stanowiła 5,63-krotność średniej płacy,

■ w roku 1999 średnia płaca wynosiła 1667,31 zł i po uwzględnieniu kosztów ZUS, podatku, kwot wolnych od podatku uzyskujemy kwotę netto, która stanowi podstawę dla dokonania przeliczenia, aby wreszcie uzyskać kwoty należne z tytułu dokonanego ubezpieczenia. Od w ten sposób ustalonej kwoty, zgodnie z wykładnią Sądu Najwyższego, ciężary inflacji należy rozłożyć na obie strony umowy. Z rozłożeniem kosztów inflacji w praktyce sądowej bywa różnie, a mianowicie pomiędzy 25% a 40% po stronie nieprofesjonalisty.

W omawianym przeze mnie przykładzie nie zapadł jeszcze prawomocny wyrok sądowy. W pozwie przyjęliśmy 33% inflacji po stronie ubezpieczonego i zupełnie teoretycznie może on oczekiwać, iż sąd utrzyma wniosek pozwu o kwotę około 4000 zł.

JAKĄ LINIĘ OBRONY PRZYJMUJE PZU?

Praktycznie każdy wydany wyrok jest przedmiotem apelacji wnoszonej przez PZU. Apelacje są uzasadniane na ogół w ten sposób:

■ PZU nie może dokonać wyższej waloryzacji aniżeli proponowana, gdyż nie posiada na ten cel odpowiednich środków finansowych,

■ wyższa waloryzacja byłaby nieuzasadniona!

Kontynuując powyższą myśl, PZU wyjaśnia, że powód nie uwzględni

cd na str. 6

AKTUALNOŚCI

szerzony także o Rzecznika Ubezpieczonych, Rzecznika Praw Obywatelskich, prezesa Głównego Urzędu Ceł, Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych, reasekuratorów, inne zakłady ubezpieczeń oraz inne podmioty przetwarzające na zlecenie zakładu ubezpieczeń dane dotyczące ubezpieczonych, ubezpieczających i uprawnionych. Jest to bardzo istotna zmiana, szczególnie z uwagi na fakt, iż ubezpieczeni i uprawnieni z umów ubezpieczenia oraz zakłady ubezpieczeń wcześniej spotykali się z trudnościami w uzyskaniu powyższych informacji.

Ponadto ustawa zobowiązała zakłady ubezpieczeń do utrzymania aktywów umiejscowionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w wysokości nie niższej niż wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Obowiązek lokowania rezerw na terenie naszego kraju w wysokości 50% ww. rezerw ustawa nałożyła od 1 stycznia 2001 r., a od 2002 r. rezerwy będą lokowane w Polsce w 100%.

□ W Sejmie RP trwają prace Podkomisji Nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowych projektów ustaw: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, o pośrednictwie Ubezpieczeniowym. Obecnie Podkomisja jest w trakcie omawiania projektu pierwszej z ustaw. Projekt ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakłada: dostosowanie regulacji w zakresie działalności ubezpieczeniowej do wymogów Unii Europejskiej, zmiany w zakresie organizacji i funkcjonowania nadzoru ubezpieczeniowego, który miałby być sprawowany przez organ kolegialny w postaci

cd ze strony 5

deprecjacji składek, które to składki nie ulegały zmianie, tracąc na wartości i faktu tego nie można pomijać, dokonując waloryzacji świadczenia. Wystąpienie hiperinflacji na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych spowodowało, iż wpłacana do tej pory składka straciła na tyle swoją wartość, iż stała się po prostu tylko symboliczna.

PZU pisze w swoich odwołaniach do sądu, że, zachodzi ścisła współzależność między sumą ubezpieczenia a wysokością składek. Prawidłowa waloryzacja tej sumy wymaga z jednej strony zwiększenia kwoty ubezpieczenia współczynnikami wzrostu przeciętnych wynagrodzeń w poszczególnych okresach ubezpieczenia, a z drugiej strony zmniejszenia wskaźnika relatywnego spadku wartości składki w stosunku do tych wynagrodzeń". Ale wydaje się, że o wiele ważniejszym od powyższego jest fakt, iż PZU, aby zabezpieczyć aktualnie dokonywane wpłaty, wykorzystuje rezerwy techniczne, ułożone w NBP. Naszym obowiązkiem jest również zwrócenie uwagi, że nie bez znaczenia dla trudności PZU jest fakt, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami PZU mogło ongiś lokować w bankach, które de facto wykorzystywały w sposób arbitralny swoją pozycję na rynku, jak również nie można nie wspomnieć, iż lokaty PZU były traktowane jak lokaty jednostek uspołecznionych, a nie jak lokaty oszczędnościowe ludności, co oznacza, że po prostu były niżej oprocentowane.

PRAKTYKA SĄDOWA

O dopuszczalności waloryzacji umów ubezpieczenia przesądził Sąd Najwyższy w uchwale składu 7 sędziów (III CZP 126/91) z 10 kwietnia 1999 roku (OSNCP 1992 nr 7-8 poz. 121), przyjmując, iż wysokość nominalnej renty miesięcznej, określonej w umowie ubezpieczenia renty odroczonej oraz natychmiast płatnej, a także wysokość nominalnej sumy ubezpieczenia zaopatrze-

nia dzieci, mogą być zmienione na podstawie art. 3581 § 3 kc.

Ustawodawca, przewidując możliwość waloryzacji, nie wskazał jednocześnie mechanizmów waloryzacji, pozostawiając je do oceny przez Sąd.

Według naszych doświadczeń, praktyka sądowa kieruje się powyższymi wskazaniem w swoim orzecznictwie, ale uwzględnia i inne elementy, m. in.:

■ kosztami zmiany siły nabywczej pieniądza należy obciążyć obie strony,

■ powód znajduje się w słabszej sytuacji ekonomicznej od pozwanego, zaś, kondycja finansowa pozwanego jest bardzo dobra",

■ uznaje, iż PZU jest nadal potentatem na rynku ubezpieczeniowym, jak również przez długie lata był na nim monopolistą ustalającym warunki,

■ uznaje, iż pozwany znajduje się w silniejszej pozycji ekonomicznej, prowadząc działalność gospodarczą w oparciu o metody statystyczno-matematyczne, wykluczając losowość i w konsekwencji tego powinien być wyciągnąć wnioski z sytuacji rynkowej, jak i przewidywać możliwość zmiany siły nabywczej pieniądza.

„Pieniądze otrzymane z umowy ubezpieczenia nie powinny przedstawiać znikomej lub też niewielkiej wartości ekonomicznej, albowiem nie spełniałaby ona swojego celu” – orzekł Sąd Rejonowy w Poznaniu (sygn. akt I C 2342/99).

Orzekając, Sąd kieruje się uznaniowością, co oznacza, że bierze pod uwagę sytuację materialną osoby uposażonej i rodziny znajdującej się we wspólnym gospodarstwie.

Federacja Konsumentów jest organizacją społeczną, zajmującą się m.in. ubezpieczeniami. Dla Klubu Poznańskiego FK ubezpieczenia stały się w pewnym stopniu specjalnością. W latach 1996 – 1999 udzielono porad prawnych z zakresu ubezpieczeń w ponad 800 sprawach, ale już w 2000 roku – według stanu na 30.09. – było ich 425.

dokończenie na str. 8

Z ORZECZNICTWA SĄDU NAJWYŻSZEGO

W numerze 7 „Monitora Ubezpieczeniowego” był omawiany problem dotyczący wstrzymywania przez zakłady ubezpieczeń likwidacji szkody, ze względu na toczące się postępowanie karne, co powoduje często znaczne opóźnienie w wypłacie odszkodowania.

W telefonach i skargach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych pojawia się ostatnio kwestia związana z obniżaniem przez zakłady ubezpieczeń należnego odszkodowania o stopień amortyzacji wymienionych uszkodzonych części pojazdu na nowe.

Nawiązując do tego problemu pragnę przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1980 r., (sygn. akt III CRN 223/80), zgodnie z którym przywrócenie rzeczy uszkodzonej do stanu poprzedniego polega na doprowadzeniu jej do stanu używalności w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody. Jeżeli do osiągnięcia tego celu konieczne jest użycie nowych elementów, to poniesione na nie wydatki wchodzą w skład kosztów naprawienia szkody przez przywrócenie rzeczy do stanu poprzedniego. W konsekwencji powyższe wydatki obciążają osobę odpowiedzialną za szkodę. Zwiększenie wartości rzeczy (samochodu) po naprawie można by uwzględnić tylko wówczas, gdyby chodziło o wykonanie napraw takich uszkodzeń, które istniały przed wypadkiem, albo ulepszeń w stosunku do stanu przed wypadkiem. Sąd Najwyższy podał w uzasadnieniu, iż z zasady wyrażonej w art. 363 § 1 k.c. wynika, iż w razie uszkodzenia rzeczy w stopniu umożliwiającym przywrócenie jej do stanu poprzedniego osoba odpowiedzialna za szkodę obowiązana jest zwrócić poszkodowanemu wszelkie celowe, ekonomicznie uzasadnione wydatki poniesione w celu przywrócenia stanu poprzedniego rzeczy uszkodzo-

nej. Do wydatków tych należy zaliczyć także koszt nowych części i innych materiałów, których użycie było niezbędne do naprawienia uszkodzonej rzeczy. Poszkodowany chcąc przywrócić stan poprzedni uszkodzonego pojazdu nie ma możliwości zakupu starych części, nie ma też możliwości żądania, aby zakład naprawczy wykonujący naprawę w miejsce uszkodzonych części wmontował stare części częściowo zużyte. Nie jest więc zasadne obniżenie należnego odszkodowania o stopień amortyzacji wymienionych części pojazdu na nowe.

Powołany został wówczas wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu. W tej kwestii wypowiedział się także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2000 r. (sygn. akt III CKN 1105/98), w którym stwierdził, iż przepis art. 817 § 2 k.c. nie upoważnia zakładu ubezpieczeń do zaniechania prowadzenia postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca mający ubezpieczoną odpowiedzialność cywilną. Zakład ubezpieczeń zgodnie z § 1 art. 817 k.c. jest zobowiązany do spełnienia świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Taka sama regulacja znajduje się w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 24 marca 2000 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ru-

chem tych pojazdów (Dz. U. nr 26 poz. 310). Jeżeli ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia w tym terminie jest niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od ich ustalenia (art. 817 § 2 k.c.). Trudności mogące uzasadniać niezachowanie trzydziestodniowego terminu nie są zdefiniowane i wymagają indywidualnej oceny. Zdaniem Sądu Najwyższego ocena przyczyn niezachowania przez zakład ubezpieczeń tego terminu powinna być staranna. Termin z art. 817 § 1 jest terminem stosunkowo krótkim, co oznacza, że ustawodawca chciał, aby likwidacja szkody była szybka. Przepis art. 817 § 2 k.c. jest wyjątkiem od zasady ogólnej i powinien być stosowany ściśle w uzasadnionych przypadkach.

Zakład ubezpieczeń otrzymując zawiadomienie o szkodzie jest zobligowany do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego mającego na celu ustalenie swojej odpowiedzialności oraz zbadanie okoliczności dotyczących wysokości szkody. Sąd Najwyższy podkreślił w uzasadnieniu wyroku, że tego obowiązku zakład ubezpieczeń nie może przerzucać na inne podmioty, a w szczególności oczekiwać na wynik postępowania karnego. Jeżeli tak postąpi, wówczas naraża się na odpowiedzialność wobec wierzyciela za zwłokę w wykonaniu zobowiązania.

W uzasadnieniu wyroku czytamy także, że działalność ubezpieczeniowa ma charakter profesjonalny, dlatego należy przyjąć, że zakład ubezpieczeń jest w stanie sprawnie przeprowadzić postępowanie likwidacyjne we własnym zakresie, korzystając z wyspecjalizowanej kadry oraz – w razie potrzeby – z pomocy rzeczoznawców (por. art. 355 § 2 k.c.). ■

oprac. Anna Dąbrowska

1. Wyrok SN z dnia 10 stycznia 2000 r., sygn. akt III CKN 1105/98, Wokanda nr 4, 2000.

2. Wyrok SN z dnia 5 listopada 1980 r., sygn. akt III CRN 223/80, OSNC nr 10, 1981.

AKTUALNOŚCI

Komisji Nadzoru Ubezpieczeń, doprecyzowanie zasad prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w celu urealnienia ochrony ubezpieczonych oraz zwiększenia bezpieczeństwa obrotu ubezpieczeniowego oraz wzmocnienie uprawnień i pozycji Rzecznika Ubezpieczonych. Zadania Rzecznika zgodnie z projektem zostałyby poszerzone o stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między ubezpieczonymi a zakładami ubezpieczeń, także poprzez funkcjonowanie sądu polubownego przy Urzędzie Rzecznika.

W pracach Podkomisji czynnie uczestniczy Rzecznik Ubezpieczonych. Przekazał on Podkomisji obszerny projekt przepisów regulujących sferę ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia w projekcie ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W szczególności zaproponował ująć w ustawie, jakie wymogi powinny spełniać warunki ubezpieczenia oraz dokumenty ubezpieczenia (polisy), tryb zwierania umów ubezpieczenia, także umów zawieranych na odległość oraz zakazu stosowania niedozwolonych klauzul umownych. Według obecnego stanu prawnego ochroną nie są objęte osoby fizyczne i prawne, w zakresie umów zawartych w związku z wykonywaniem przez nie działalności gospodarczej. Zdaniem Rzecznika także wobec nich powinny obowiązywać zasady tzw. ochrony konsumentów, zawarte w przepisach ustawy 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). ■

cd. ze strony 6

Świadczy to o tym, że coraz więcej konsumentów ma problemy i wątpliwości tak co do podpisywanych umów, jak i sposobu ich realizacji.

Jeżeli chodzi o drogę sądową, to Klub nasz, według stanu na 30.09.2000 r., prowadzi 28 spraw sądowych dotyczących tzw. polis posagowych. Część z nich została zakończona pozytywnym dla konsumenta wynikiem, jednak w szeregu spraw PZU się odwołało. Niezależnie od tego dalsze pozwy są w przygotowaniu. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż Klub nasz otrzymuje pisma konsumentów w sprawach polis posagowych niemal z całej Polski. Odpowiadając, wskazujemy drogę, czasami przygotowujemy również dla konsumenta pozew.

Podkreślenia wymaga, że sprawa polis posagowych wypłynęła także w trakcie posiedzenia Sejmowej Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów w dniu 18.01.2000 r. Uznano wówczas, iż problem wymaga podjęcia jakichś kroków ze strony ustawodawcy. Wydaje się, że pierwszą czynnością w tej materii byłoby ustalenie, ile jeszcze polis tego typu jest „w biegu”, a będzie wymagało waloryzacji i byłoby to zadanie dla PZU. Zwrócić uwagę należy tu na fakt, iż jeszcze w latach dziewięćdziesiątych PZU zawierało tego typu umowy ubezpieczeniowe, jednak trudno stwierdzić, jakich ilości to dotyczy i na ile lat takie umowy zostały zawarte (10 – 20 lat).

WNIOSKI

1. Rozważenia wymaga, czy podtrzymywane winno być stanowisko, iż mówimy wyłącznie o sumie ubezpieczenia, czy też o zobowiązaniu wypłaty!? Jest to istotna różnica i ustosunkowanie się do tego problemu ma pierwszorzędne znaczenie, a to dlatego, że wówczas przeciętny konsument ma pełną jasność co do funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego, zwłaszcza w kontekście aktualnych zmian dotyczących systemu emerytalnego i związanych z nim ubezpieczeń (filary).

2. Na marginesie spraw związanych z PZU powstaje pytanie dotyczące i innych ubezpieczycieli – bo historia lubi się powtarzać – czy profesjonalista analizujący systematycznie rynki finansowe i powstające na nich perturbacje nie powinien reagować w sposób racjonalny, tak aby nie narażać powierzonych mu środków finansowych.

Wyjaśnienia składane przy okazji spraw sądowych, uzasadniające powstałą sytuację, wywołują wrażenie, iż nie podjęto wszelkich, niezbędnych czynności, zaś Państwo sprawujące nad firmą ubezpieczeniową nadzór nie do końca czuło się odpowiedzialne za powierzone przez ludność ubezpieczycielowi (PZU) środki finansowe, co doprowadziło do częściowej straty powierzonych środków.

3. PZU, analizując rynek finansowy, również nie poczyniło takich kroków, które pozwoliłyby na minimalizację strat związanych z inflacją, tak jak to np. uczyniły banki poprzez zmianę oprocentowania, zmiany wysokości wpłat na książeczkach systematycznego oszczędzania itd. Prawdą jest, że PZU proponowało zmianę wysokości składek, jednak propozycje te były słabo uzasadnione, co spowodowało, że wielu ubezpieczonych w ogóle na te propozycje nie zareagowało. Jeszcze później PZU powiadomiło swoich klientów, iż wobec zmniejszenia wartości pozostałej części wymaganych składek różnice ureguje we własnym zakresie.

Na koniec podkreślić trzeba, iż nikt, a już bynajmniej nie ci, którzy podpisali umowy z PZU, nie jest zainteresowany destabilizacją tej firmy. Uznać jednak należy, że sytuacja, jaka powstała przy okazji realizacji umów ubezpieczenia (tzw. polis posagowych) winna zostać rozważona i uregulowana.

Jest jeszcze jeden aspekt omawianej sprawy – dochodzenie roszczenia drogą sądową powoduje koszty, które w końcu opłacane są przez PZU ze środków, które kiedyś były składką. ■

Elżbieta Połczyńska
Klub Poznański Federacji
Konsumentów

WGLĄD W AKTA SZKODOWE

Od 24 września 2000 r. obowiązuje zmieniony zapis art. 9 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (jednolity tekst Dz.U. Nr 12, poz. 62 z 1996 r. z późn. zm.) wskazujący, komu zakład ubezpieczeń – mimo zakazu – powinien udzielić informacji dotyczących umowy ubezpieczenia.

Aktualnie brzmienie art. 9, ust. 1 ww. ustawy jest następujące:

Zakład ubezpieczeń nie może udzielać informacji dotyczących poszczególnych umów ubezpieczenia, z wyjątkiem informacji związanych z umową ubezpieczenia, przekazywanych uposażonym i uprawnionym do świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia oraz osobom trzecim, na rzecz których zawarta jest umowa ubezpieczenia.

Tak sformułowany przepis był od dawna oczekiwany zarówno przez Rzecznika Ubezpieczonych, jak i osoby zgłaszające roszczenia do firm ubezpieczeniowych. Bardzo często bowiem Ubezpieczyciele odmawiali i niestety nadal odmawiają prawa do zapoznania się z aktami szkadowymi.

Już na początku funkcjonowania Urzędu Rzecznika temat ten był i wciąż jest zgłaszany w wielu skargach i prośbach o interwencję.

Z tego też powodu, w 1997 roku Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się ze stosownym wystąpieniem do prezesów wszystkich zakładów ubezpieczeń.

Obowiązywało bowiem wówczas unormowanie zawarte w art. 9 ust. 1 i 2 ww. ustawy, zgodnie z którym,

oprócz wielu wymienionych instytucji, dopuszczone do tych informacji były tylko osoby trzecie, na rzecz których umowa została zawarta. W związku z tym zakłady ubezpieczeń uznały, iż z całej grupy swych klientów tylko osoby trzecie zasługują na to, aby im udostępnić informacje na temat zgłoszonego roszczenia.

Stąd też główną tezę zawartą w wystąpieniu Rzecznika było stwierdzenie, iż „...Nie ma podstaw do powoływania się przez zakłady ubezpieczeń na art. 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zawierający zasadę poufności w stosunku do poszczególnych umów ubezpieczenia. Zasada ta została wprowadzona w celu zabezpieczenia interesów klienta i nie powinna być wykorzystywana przeciw niemu. Ten przepis ma zapobiegać ujawnieniu o kliencie – stronie umowy ubezpieczenia – informacji ujawnianych przez niego przy zawarciu umowy ubezpieczenia, które niejednokrotnie dotyczą jego stanu finansowego czy zdrowia. Trudno więc na tej podstawie uzasadnić odmowę wglądu ubezpieczonemu w dokumentację dotyczącą likwidacji jego szkody, skoro to właśnie jego interesy

Konferencje i spotkania, w których uczestniczył Rzecznik Ubezpieczonych i przedstawiciele Biura

● 7 – 8 czerwca 2000 r. – Zarządzanie jakością usług w bankach i zakładach ubezpieczeń – konferencja naukowa zorganizowana przez Akademię Ekonomiczną w Poznaniu w Zamku Królewskim w Warszawie – uczestnictwo i krótkie wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych pt. *Ocena jakości usług jako przesłanka zarządzania instytucją finansową*

● 14 czerwca 2000 r. – Konferencja zorganizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń w PKiN pt. *Ochrona praw konsumentów w działalności zakładów ubezpieczeń na życie* – wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych

● 10 – 11 lipca 2000 r. – Ogólnopolski Sejmik pt. *Diagnoza i prognoza rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych* zorganizowany przez Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Rzecznik Ubezpieczonych prowadził dyskusję panelową

● 6 września 2000 r. – spotkanie z prof. Andrzejem Zollem – Rzecznikiem Praw Obywatelskich; ustalenia w zakresie form współpracy.

● 3 – 4 października 2000 r. – Konferencja organizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń w Mierkach k/Olsztynka pt. *Problemy i zagrożenia rynku ubezpieczeń w Polsce* – wystąpienie Rzecznika Ubezpieczonych

● 6 października 2000 r. – konferencja naukowa poświęcona tematyce ubezpieczeniowej zorganizowana przez Departament Ubezpieczeń KPMG Polska – Hotel Marriott w Warszawie

● 17 października 2000 r. – konferencja zorganizowana z inicjatywy Mazowieckiej Izby Gospodarczej *Finanse i Ubezpieczenia* – wystąpienie mgr Krystyny Krawczyk – dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych

● 9 – 10 listopada 2000 r. – konferencja zorganizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń pt. *Nowe regulacje i koncepcje w zakresie dostosowania do europejskiego prawa ubezpieczeniowego*

● 4 grudnia 2000 r. – Seminarium organizowane przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Polską Izbę Ubezpieczeń w Sejmie RP pt. *Przetwarzanie danych osobowych na potrzeby ubezpieczeń prywatnych.*

miały być chronione tym zapisem...”

Nadto argumentując potrzebę udostępniania akt szkodowych zgłaszającym roszczenia lub świadczącym odszkodowawcze, Rzecznik przywoływał art. artykuły 354 i 355 Kodeksu cywilnego, traktujące zarówno o potrzebie dołożenia przez dłużnika (zakład ubezpieczeń) należytej staranności przy wykonaniu zobowiązania, jak też by dłużnik wykonywał swe zobowiązania w sposób odpowiadający zasadom współżycia społecznego.

Mimo pozytywnego odzewu na to wystąpienie i składanych oświadczeń przez zakłady ubezpieczeń, iż nie stosują ograniczeń wglądu w akta szkodowe osobom zgłaszającym roszczenia ubezpieczeniowe – praktyka nadal była odmienna od składanych deklaracji.

Do bardzo częstych zachowań pracowników zakładów ubezpieczeń związanych z odmową wglądu w akta szkodowe jest informowanie klienta, iż mogą być mu udostępnio-

ne tylko te dokumenty, które sam złożył do akt szkody. Pozostałe zaś, pozyskane przez zakład ubezpieczeń lub wykonane na jego zlecenie (np. opinie, ekspertyzy itd.) nie są okazywane. Zakłady ubezpieczeń argumentują, iż są to ich prywatne dokumenty. Inne praktyki zniechęcania klienta do zapoznania się z dokumentami szkody to powoływanie się na ustawę o ochronie danych osobowych (!) lub informowanie klienta, iż jego akta ma określona osoba, która wciąż jest np. na urlopie, chora itp. – jednym słowem jest nieuchwytna.

Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych, każdy dokument mający znaczenie zarówno dla ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jak też określenia wysokości należnego odszkodowania, powinien być udostępniony na żądanie osoby korzystającej z umowy ubezpieczenia.

Rozwijając ten temat należy zwrócić uwagę na kolejne zagadnienia z tym związane. Często klienci firm ubezpieczeniowych proszą nas o wy-

jaśnienie, czy przysługuje im prawo do uzyskania kopii tych dokumentów. Uznają bowiem, i słusznie, że sam tylko wgląd w akta jest niewystarczający. Odnosi się to do tych dokumentów, których poprawność chcemy skonsultować z ekspertem, rzeczoznawcą itp. Niestety często ubezpieczyciele okazują akta jedynie do wglądu lecz nie wyrażają zgody na ich kopiowanie. Zachowanie takie może budzić podejrzenia klientów o prowadzenie przez ubezpieczycieli nieuczciwych praktyk. Jest to wyraźne wykorzystywanie przez zakłady ubezpieczeń swej pozycji – silniejszej strony w stosunku ubezpieczeniowym. Nie muszę dodawać, że zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych prowadzone przez firmy ubezpieczeniowe postępowania w sprawach o świadczenia i odszkodowania powinny dawać szansę osobom o nie występującym do ustosunkowania się do każdego przeprowadzonego środka dowodowego. ■

Krystyna Krawczyk
dyr. Biura Rzecznika Ubezpieczonych

Warto przeczytać

W tym numerze „Monitora Ubezpieczeniowego” pragnę zachęcić Państwa do sięgnięcia po książkę Anny Tadli pt. „Umowa ubezpieczenia na życie”. Autorka jest absolwentką Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego oraz Podyplomowego Studium Ubezpieczeń Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu. Doświadczenie praktyczne w ubezpieczeniach zdobyła, pracując w jednym z towarzystw ubezpieczeniowych. Podstawę proponowanej publikacji stanowi jej nagrodzona praca magisterska.

Podręcznik należy do serii poradników prawniczych i choć dotyczy kwestii prawnych związanych z umową ubezpieczenia na życie – nie jest pozycją wyłącznie dla prawników. Skorzysta z niego może każdy, szczególnie polecam ją osobom, które zamierzają właśnie zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie oraz studentom.

Zanim przystąpimy do zawarcia takiej umowy, dobrze byłoby wiedzieć, jakie rodzaje ubezpieczeń na życie mogą oferować nam zakłady ubezpieczeń, co możemy otrzymać w zamian za wpłacone składki, kiedy powstaje odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, kiedy umowa ubezpieczenia na życie jest skuteczna, a kiedy nie, jakie są konsekwencje nieopłacenia składek, kiedy można odstąpić od umowy ubezpieczenia,

a kiedy ją wypowiedzieć, co oznacza wypowiedzenie umowy ubezpieczenia połączone z tzw. wykupem polisy, jak dochodzić swoich roszczeń itd.

Autorka przystępnie prezentuje poszczególne zagadnienia, a także interpretuje przepisy prawa cywilnego i ubezpieczeniowego. Interesujący nas temat łatwo odszukamy, zaglądając do spisu treści albo do indeksu rzeczowego. Rozdziały zaznajamiają nas w kolejności: z różnymi aspektami stosunku prawnego powstającego w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, z jego podmiotami, z problematyką dotyczącą powstania tego stosunku, wadliwością umowy, jej wykonaniem oraz przyczynami wygaśnięcia. Kolejność rozdziałów odpowiada więc postępowaniu osób zawierających i realizujących umowę ubezpieczenia na życie.

Oprócz omówienia poszczególnych problemów, książka zawiera przykładowe wzory dokumentów (wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia, kwestionariusze dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego, polisy ubezpieczeniowe oraz inne dodatkowe formularze i ankiety) oraz teksty aktów prawnych.

Anna Dąbrowska

Umowa ubezpieczenia na życie. A. Tadla,
Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2000.

Szanse i zagrożenia

Reforma ochrony zdrowia wprowadzana od dnia 1 stycznia 1999 r. jako jedna z czterech „wielkich reform społecznych” (administracja, emerytury, zdrowie, oświata) wprowadzanych przez Rząd miała zrealizować kilka celów. Wśród nich na plan pierwszy wysunięto wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia, odpolitycznienie strefy usług zdrowotnych poprzez wyjęcie znacznej części środków z budżetu państwa, a więc z corocznych politycznych dyskusji o wysokości nakładów na ochronę zdrowia, zapewnienie lepszego dostępu pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz wyższych zarobków pracowników ochrony zdrowia.

Modelowe zasady nowego systemu ochrony zdrowia można ująć w trzech zasadniczych punktach:

1) powołanie 17 kas chorych: 16 tzw. regionalnych i 1 branżowej dla służb mundurowych (wojsko, policja kolej itp. – w praktyce dostępnej powszechnie); kasa chorych to w założeniu silny płatnik, dokonujący w imieniu swoich członków ubezpieczonych zakupów świadczeń zdrowotnych i czuwający nad ich jakością; do kas chorych wpływa składka na ubezpieczenie zdrowotne, pobierana za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS);

2) wolny wybór kas chorych (od 1.01.2000 r.), lekarza pierwszego kontaktu i szpitala, w którym

ubezpieczony chce się leczyć, pod warunkiem że wybrany lekarz lub szpital podpisał kontrakt z kasą chorych;

3) powiązanie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia i kondycji finansowej placówek medycznych z jakością wykonywanych usług i liczbą pacjentów z nich korzystających.

Czy założenia reformy się spełniły?

Na własnych doświadczeniach obserwujemy nadal wady istniejące przed reformą, starając się odnaleźć pozytywy nowego systemu.

Jakie zarzuty formułują krytycy?

Przede wszystkim zwracają uwagę na brak wyraźnej polityki zdrowotnej państwa, brak analiz sytuacji demograficznej i epidemio-

logicznej oraz stanu środowiska naturalnego uniemożliwiający planowanie w ochronie zdrowia. Dokonująca się prywatyzacja świadczeń zdrowotnych, powodująca uznanie zdrowia za towar, stwarza zagrożenie, że decyzje w sprawach zdrowia (a tym samym odpowiedzialność za zdrowie) przestaje być domeną państwa czy instytucji publicznych, a staje się faktycznie domeną decyzji indywidualnych. Nadal utrzymywana jest wadliwa struktura organizacyjna ochrony zdrowia i niejasne stosunki własnościowe; program restrukturyzacji placówek medycznych opracowany przez Ministerstwo Zdrowia ma dopiero stworzyć szansę na wypracowanie racjonalnej, zgodnej z potrzebami społeczeństwa sieci szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, hospicjów itp. Przeszkadza niestabilność prawa będąca skutkiem braku konsekwentnie wdrażanych rozwiązań modelowych, co prowadzi do systemowej niewydolności finansowej ochrony zdrowia – powszechnie znany jest fakt braku środków finansowych, nieskuteczna i kosztowna windykacja składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne przez ZUS, co skutkuje tym, że w celu wyrównania tego niedoboru kasy chorych uzyskują specjalne środki (pożyczkę) z budżetu państwa oraz zadłużają się w bankach.

Jakie są konsekwencje istniejącej obecnie sytuacji?

W skali makro przede wszystkim postrzegana jest powszechnie konieczność „dodania” prywatnych środków do publicznej ochrony zdrowia. Coraz wyraźniej artykułowane są oficjalne poglądy, że dodatkowych źródeł przychodów kas chorych należy szukać w kieszeni

dokończenie na str. 12

pacjentów; dotyczy to przede wszystkim podwyższenia istniejących w obecnym systemie dopłat do świadczeń zdrowotnych, rozszerzenia zakresu świadczeń ponadstandardowych (a więc płatnych), wprowadzenia opłat hotelowych (zwłaszcza za wyższy standard, np. pokój jednoosobowy z TV i telefonem), wprowadzenia opłat za wyżywienie w szpitalu.

Kwestia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jawi się w obecnej dyskusji jako jedna z najistotniejszych.

Zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.) po 1 stycznia 2002 r. zakłady ubezpieczeń działające na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. nr 11, poz. 62 z późn. zm.) miały uzyskać możliwość oferowania ubezpieczenia zdrowotnego w trybie i zakresie określonym przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dla obywateli oznaczałoby to, że wykupienie ubezpieczenia w firmie ubezpieczeniowej będzie równoznaczne ze spełnieniem ustawowego obowiązku ubezpieczenia nałożonego ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jednakże z uwagi na złą sytuację systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (i obawę, że instytucje komercyjne wchłoną osoby zamożniejsze, co spowoduje odpływ środków finansowych z kas regionalnych) w listopadzie br. Sejm zdecydował o nowelizacji ww. przepisów i skreśleniu art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Kwestię prywatnych kas chorych ma uregulować odrębna ustawa. A więc – prywatnych kas chorych na razie nie będzie.

Co zatem ma zrobić pacjent?

Nadal – wbrew teoretycznemu prawu do wszystkiego – brak jest określenia zakresu należnych świadczeń z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie ma bo-

wiem określenia tzw. „koszyka” świadczeń gwarantowanych. Brak określenia powszechnie przyjętych standardów świadczeń zdrowotnych (w niewielkim zakresie funkcjonują jedynie w stomatologii).

Najbardziej dolegliwym skutkiem jest brak faktycznego dostępu do świadczeń zdrowotnych, który wyraża się przede wszystkim w odmowie refundacji kosztów leczenia z uwagi na przekroczenie przez placówkę medyczną limitu zakontraktowanych przez kasę świadczeń, odmowie refundacji kosztów leczenia poza „własną” kasą chorych, rozszerzeniu zakresu współpłacenia przez pacjentów za świadczenia zdrowotne i leki (a ceny leków nadal rosną), wadliwy system skierowań do lekarzy specjalistów, szpitali, obniżenie jakości opieki zdrowotnej (dostęp do świadczeń uzależniony jest od wielu czynników – tam, gdzie sprywatyzowano podstawową opiekę zdrowotną, dostęp jest lepszy.)

Dlatego też cykliczne badania opinii publicznej wykazują, że reforma zdrowia jest najgorzej oceniana przez społeczeństwo – oceny negatywne w niektórych sondażach oscylują wokół 80%!

Czy zatem mamy szansę na wykreowanie rynku ubezpieczeń zdrowotnych realizowanych przez komercyjne zakłady ubezpieczeń?

Wielu analityków zwraca uwagę, że w Polsce rośnie pożądaný poziom bezpieczeństwa socjalnego (zainteresowanie wyższą jakością usług medycznych), a jednocześnie relatywnie obniża się oferowany przez państwo standard tego bezpieczeństwa; dzięki temu powstaje pole dla dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej (doubezpieczenie), które w przypadku choroby powinno mieć formę ubezpieczenia.

Ze strony potencjalnych klientów obserwuje się zachowania wyrażające gotowość (skłonność) do ponoszenia opłat w zamian za zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Polacy poszukują świadczeń zdrowotnych poza systemem kas chorych (rozwój placówek

oferujących medyczne usługi abonentowe dla firm). Poszukują także źródeł finansowania procesu leczenia, a także skutków chorób i wypadków: pokrycia kosztów rzeczowych – usług medycznych i kosztów leków oraz kosztów związanych z utratą zdolności do pracy w wyniku wypadku lub choroby. Rośnie zainteresowanie ubezpieczeniami typu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia.

Oferta rynkowa jest nadal relatywnie skromna, ale z wyraźną tendencją do jej wzbogacania i rozszerzania. Obserwuje się po stronie zakładów ubezpieczeń rosnące przekonanie o randze i możliwościach szeroko rozumianych ubezpieczeń zdrowotnych jako potencjalnej, niezwykle intratnej niszy ubezpieczeniowej.

Docelowa oferta powinna pokrywać rzeczywiste, a nie ryczałtowo ustalone koszty leczenia. Powinna dotyczyć ubezpieczenia nie tylko od wielu różnych chorób, pogrupowanych w zależności od wyodrębnionych kryteriów (np. wymagające hospitalizacji, nieuleczalne, powodujące niezdolność do pracy), ale także pokrywać np. świadczenia rehabilitacyjne. Oferta powinna być zróżnicowana w zależności od skutków, jakie wiążą się z poszczególnymi wyróżnionymi grupami chorób, zależnie od stopnia i zakresu pokrycia szkód, poniesionych strat, utraconych możliwości zarobkowania jako skutków tych chorób, powinna także umożliwiać ubezpieczenie się w wybranym przez klienta zakresie i opcji ubezpieczenia. Powinna także gwarantować zarówno odszkodowanie za szkody poniesione w wyniku choroby, jak i świadczenia długookresowe o charakterze rentowym.

Krąg potencjalnych adresatów takiej oferty jest szeroki: będą to przede wszystkim osoby z różnych względów nieobjęte systemem ubezpieczeń społecznych lub tylko zdrowotnych albo osoby objęte ww. ubezpieczeniami, ale dążące do zapewnienia pewności dostępu do

świadczeń zdrowotnych lub ich wyższego standardu, albo też uzyskaniu wyższej wysokości świadczeń. Kolejną grupę stanowią osoby dążące do sformalizowania opłat faktycznie wnoszonych do tzw. „szarej strefy”, a ponadto osoby, które z racji wieku, stanu zdrowia lub innych przyczyn nie mogą lub nie chcą zawrzeć umowy ubezpieczenia na życie, które oferuje opcje „zdrowotne”.

Musimy mieć oczywiście świadomość istniejących barier stojących przed komercyjnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Zasadniczym problemem jest wypracowanie metody naliczania składek, co w pierwszym okresie spowoduje, że ubezpieczenia te muszą być jednak stosunkowo drogie. Kolejnymi kwestiami są: określenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przy braku standardów świadczeń gwarantowanych przez kasę chorych, zapewnienie rzetelnego, szybkiego diagnozowania dla potrzeb likwidacji szkód, a także konieczność zainwestowania w placówki medyczne, w celu faktycznego zapewnienia wyższego standardu świadczeń.

Są to jednak kwestie natury bardziej technicznej, organizacyjnej.

Kluczowy problem tkwi w odpowiedzi na pytanie, jaka jest prawdziwa skala społecznego przyzwolenia na ponoszenie opłat za zdrowie, przy jednoczesnym uświadomieniu społeczeństwu kosztów leczenia (opieki zdrowotnej).

Paradoksalnie rynek ubezpieczeniowy ma naturalnego sprzymierzeńca w kasach chorych – w obecnej sytuacji stanowią one naturalne poparcie dla rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ponieważ w praktyce oznaczać to będzie rezygnację z usług medycznych finansowanych przez kasy ze środków publicznych (mniejsze wydatki kas).

A może potrzebna jest „reformacja reformy”?

Katarzyna Policha

TEZY REFERATU WYGŁOSZONEGO NA SEMINARIUM PT. „PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH NA POTRZEBY UBEZPIECZEŃ PRYWATNYCH” W DNIU 4 GRUDNIA 2000 R., ZORGANIZOWANYM PRZEZ GENERALNEGO INSPEKTORA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH, RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH ORAZ POLSKĄ IZBĘ UBEZPIECZEŃ.

Zagrożenia dla ochrony danych osobowych w ubezpieczeniach zdrowia i życia

1. W niniejszym referacie postaram się znaleźć odpowiedź na pytanie, jak pogodzić interesy zakładów ubezpieczeń z prawem ubezpieczonych do ochrony prywatnej życia prywatnego (art. 47 Konstytucji RP), z prawem do ochrony przed przymuszaniem do ujawniania informacji o samym sobie (art. 51 Konstytucji RP), a także z obowiązkiem władzy publicznej chronienia konsumentów przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi (art. 76 Konstytucji RP). Prawa te powinny znaleźć odbicie w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, której nowy projekt znajduje się w toku sejmowych prac legislacyjnych a także w większym zakresie w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.), która – jak się wydaje – wymaga pewnych zmian. Chodzi o dopuszczalność tworzenia zbiorów danych, których ujawnienia żąda zakład ubezpieczeń w formularzu oferty albo w innych pismach przed zawarciem umowy (art. 815 § 1 Kc), a także żądań wyrażenia zgody przez ubezpieczającego na uzyskanie przez zakład ubezpieczeń informacji o ubezpieczonym (często także o jego rodzinie) chronionych tajemnicą zawodową (np. tajemnicą lekarską) i wyrażenia zgody na możliwość wykorzystywania tych danych przez inne zakłady ubezpieczeń.

2. Ani kodeks cywilny, ani ustawa o działalności ubezpieczeniowej, ani też ustawa o ochronie danych osobowych nie określają, co

to są „okoliczności istotne dla oceny ryzyka przyjmowanego przez ubezpieczyciela”. Czy rzeczywiście ubezpieczyciel może w sposób nieograniczony sam decydować, jakie informacje o ubezpieczającym powinny być ujawnione?

Konstytucja tworzy – dla ustawodawstwa i dla normotwórstwa wewnętrznego takich podmiotów jak np. zakłady ubezpieczeń – granice dopuszczalnych informacji. Nie powinno budzić wątpliwości, że firma ubezpieczeniowa, działająca w formie prawa handlowego (spółka akcyjna), jest zobowiązana do przestrzegania reguł konstytucyjnych dotyczących standardów ochrony danych osobowych i życia prywatnego.

3. Prawo do ochrony danych, jak wszystkie wolności oraz prawa człowieka i obywatela, ma swoje źródło w przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. Jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Godność człowieka jest pierwotną wartością i podstawową dyrektywą określającą prawa obywatelskie związane z danymi osobowymi i ich ochroną. Zarówno art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Publicznych jak i art. 12 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stanowią wyraźnie w tym względzie.

Także ochrona prywatności i intymności w sensie informatycznym należy do fundamentalnych praw człowieka.

Niemal wszystkie komentarze do art. 815 § 1 Kc podkreślają, że obowiązek ujawnienia danych o sobie

dotyczy „okoliczności istotnych dla oceny ryzyka przyjmowanego przez ubezpieczyciela” (a nie wszelkich dowolnych, o jakie pyta ubezpieczyciel).

4. Informacje o stanie zdrowia to szczególna kategoria danych osobowych, które – zgodnie z normami europejskimi (m.in. Dyrektywą nr 95/46/CE w sprawie ochrony osób fizycznych ze względu na przetwarzanie danych o charakterze osobowym oraz swobodnego przepływu tych danych, a także Konwencją nr 108 Rady Europy z 28 stycznia 1981 r. o ochronie osób ze względu na automatyczne przetwarzanie danych o charakterze osobowym), nie powinny być w ogóle zbierane ani wykorzystywane, poza niezbędnymi wyjątkami przewidzianymi w ustawie. Gdy chodzi o normę ustawową dotyczącą zakresu żądania ujawnienia stanu zdrowia i dokumentacji medycznej – to zawarta ma być ona w nowej ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

5. W krajach Unii Europejskiej zyskują coraz więcej zwolenników przeprowadzane badania kontrolne u lekarzy zatrudnionych w tym celu przez dane towarzystwo ubezpieczeniowe.

Zasięganie informacji przez zakład ubezpieczeń o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego w zakładach opieki zdrowotnej musi zostać doprecyzowane. „Zasięgać informacji” powinien nie zakład ubezpieczeń, tylko lekarz (np. upoważniony lub zatrudniony w firmie ubezpieczeniowej), „udzielać informacji” powinien nie zakład opieki zdrowotnej, lecz również lekarz i to w zakresie ściśle odpowiadającym pytaniu, które zostało zadane.

Zalecenie Nr R(97)5 Ministrów dla Państw Członkowskich w Sprawie Ochrony Danych Medycznych (dotyczące ochrony danych medycznych) nakazuje, aby dane medyczne były wykorzystywane w zasadzie tylko przez osoby poddane takim samym normom tajemnicy zawodowej jak lekarze lub równorzędnym gwarancjom ochrony da-

nych przewidzianym przez prawo krajowe. Nasze przepisy nie przewidują takich zabezpieczeń.

Zgodnie z Zaleceniem Nr R(97)5 Komitetu Ministrów dla Państw Członkowskich w sprawie ochrony danych medycznych „gdy przedmiot danych jest proszony o wyrażenie zgody, to zgoda ta winna być dobrowolna, wyraźna i świadoma”. W naszych warunkach „dobrowolność” ta jest wątpliwa. Ubezpieczający nie ma możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia na innych warunkach.

6. Dostrzega się tendencje zakładów ubezpieczeń na życie do umożliwienia im wglądu w dane genetyczne lub zarządzanie takich badań – dla minimalizacji ryzyka. Odczytywanie informacji z kodu genetycznego może bowiem – w pewnych przypadkach – umożliwić przewidywanie ewentualnych skłonności chorobowych, a także – w jakichś granicach czasowych – ryzyko wcześniejszego zgonu. Treść cytowanego już art. 15a projektu ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a przyjętego przez Podkomisję Sejmu RP, wykluczyła badania genetyczne z badań lekarskich zarządzanych przez zakład ubezpieczeń.

Należy wyraźniej to powiedzieć: informacje zawarte w kodach genetycznych każdego człowieka są tak bardzo „prywatne”, że nie mogą być ujawniane na użytek osób trzecich, ani też nikt nie może być przymuszany do wyrażenia zgody na ich ujawnienie, chyba że na polecenie sądu lub prokuratora w toku procesu i zgodnie z obowiązującym prawem procesowym.

Ujawnienie i badanie kodu genetycznego i informacji w nim zawartych poszczególnego człowieka bez jego zgody i w sytuacji, gdy ustawa daje tylko w szczególnych przypadkach takie uprawnienia, a także przymuszanie warunkami umów ubezpieczenia do poddania się badaniom genetycznym dla ujawnienia kodu swojego stanu biologicznego – staje się ciężkim naruszeniem konstytucyjnego prawa do

prywatności. Wielu ludzi nie chce znać „perspektyw” swojej przyszłości, chorób, które już mają lub na które – wedle prawdopodobieństwa – zapadną, perspektyw życia itp. Znajomość tych danych może doprowadzić do ciężkich stresów, wielu nie chce ujawniać tych informacji, bo ujawnienie może zrujnować życie osobiste lub zawodowe itp.

Nie można wyżej cenić stopnia trafności określenia ryzyka ubezpieczeniowego od przyrodzonych praw człowieka i obywatela.

7. Reasumując:

a) Niewątpliwie zachodzi potrzeba dokonania odpowiednich zmian w ustawach:

■ o działalności ubezpieczeniowej

■ o ochronie danych osobowych, które w sposób bardziej szczegółowy i bardziej zdecydowany (łącznie z wprowadzeniem znaczących kar) powinny chronić ubezpieczającego. W tej materii ochronę powinny zapewniać odpowiednie działania Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Urzędu Nadzoru Ubezpieczeniowego.

b) Potrzeba zabezpieczenia praw konsumenta przy świadczeniu usług ubezpieczeniowych powinna stymulować działania ruchu konsumenckiego. Np. w amerykańskim systemie prawnym naruszenie praw konsumenta jest eksponowane w środkach masowego przekazu zajmujących się problematyką konsumencką, w szczególności w prasie konsumenckiej oceniającej jakość towarów i usług. Negatywne opinie mogą doprowadzić do istotnych strat nawet najbogatsze firmy. Po prostu firmy te tracą klientów. Taka ewentualność powodowałaby, że także świadczące usługi zakłady ubezpieczeń musiałyby zacząć liczyć się z opiniami swoich klientów, opiniami rzeczników, a także opiniami organizacji konsumenckich. ■

dr Ryszard Zelwiański

Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń

A) Towarzystwa nowopowstałe *

DZIAŁ I – ubezpieczenia na życie

- 1. Concordia Capital S. A.** (w organizacji)
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 09.08.2000 r.
- 2. Towarzystwo Ubezpieczeniowe ENERGO – ŻYCIE S. A.** (w organizacji)
Prezes: Kazimierz Ortyński
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 29.09.2000 r.
- 3. Metropolitan Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A.**
ul. Puławska 15, 02 – 515 Warszawa
tel. 521-59-00, fax 521-59-11
Prezes: Andrzej Wołodkiewicz
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 24.12.1999 r.
- 4. Nationwide Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A.**
Al. Jana Pawła II nr 29, 00-867 Warszawa
tel. 653-81-81, 653-81-04, fax 653-81-99
Prezes: Adam Uszpolewicz
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 24.12.1999 r.
- 5. Norwich Union Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A.**
ul. Domaniewska 41, 02-672 Warszawa
tel. 541-03-00, fax 541-03-01
Prezes: James M. Kelly
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 12.10.1999 r.
- 6. Towarzystwo Ubezpieczeń SAMOPOMOC ŻYCIE S. A.**
ul. Płocka 11 / 13, 01-231 Warszawa
tel. 534-42-10, fax 534-42-06
Prezes: Stanisław Godlewski
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 24.12.1999 r.
- 7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Vienna Life S. A.**
ul. E. Plater 53, 00-113 Warszawa
tel. 520-61-30, fax 520-61-61
Prezes: Kurt Ebner
Zakres: grupy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 31.05.2000 r.
- 8. WÜSTENRUT Życie Towarzystwo Ubezpieczeniowe S. A.**

ul. Bagatela 10 / 7, 00-585 Warszawa
tel. 627-21-12
Prezes: Leszek Szewdo
Zakres: grupy 1,3,5
Data wydania zezwolenia: 31.07.2000 r.

DZIAŁ II – ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe

- 1. D. A. S. Ubezpieczenie Ochrony Prawnej S. A.** (w organizacji)
Zakres: grupa 17
Data wydania zezwolenia: 18.09.2000 r.
- 2. FIAT Towarzystwo Ubezpieczeń S. A.**
ul. Puławska 405, 02-801 Warszawa
Prezes: Kazimierz Paweł Bisek
Zakres: grupy 1 – 3, 7 – 10, 13 – 18
Data wydania zezwolenia: 24.12.1999 r.
- 3. Towarzystwo Ubezpieczeń POLSKI ZWIĄZEK MOTOROWY S. A.**
ul. Śniadeckich 17 A, 00-654 Warszawa
tel. 825-09-67, fax 825-09-49
Prezes: Jan Durajczyk
Zakres: grupa 18
Data wydania zezwolenia: 29.12.1999 r.

Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych

- 1. Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Florian**
Ul. Oboźna 1, 00-340 Warszawa
Prezes: Józef Krzysztof Wojnar
Zakres: grupy 1 – 3, 7 – 10, 13
Data wydania zezwolenia 14.05.1999 r.

Główne oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń w Polsce

- 1. Prevoir – Vie Groupe Prevoir S. A. – Oddział w Polsce**
Siedziba Głównego Oddziału w Polsce:
ul. Kolejowa 5/7, 01-217 Warszawa
Dyrektor: Elżbieta Machniewska
Zakres: grypy 1 – 5
Data wydania zezwolenia: 18.07.2000 r.
Siedziba Zagranicznego Zakładu Ubezpieczeń:
19 rue d'Aumale 75009 Paryż, Francja
Prezes: Bernard Voyer

* *nieujęte w poprzednich wykazach zamieszczanych w Monitorze Ubezpieczeniowym*

Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń

B) Zmiany

DZIAŁ I – ubezpieczenia na życie

1. FIAT Ubezpieczenia Życiowe S. A.

ul. Puławska 405, 02-801 Warszawa

tel. 544-14-00, fax 544-14-51

Prezes: Kazimierz Paweł Bisek

Zakres: grupy 1,4,5

Data wydania zezwolenia: 04.02.1994r.

Poprzednio pod nazwą Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Emerytalnych PETRUS S. A.

2. GERDA LIFE S. A.

Prezes: Rutger Blennow

3. GERLING Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A.

Al. Jerozolimskie 53, 00-697 Warszawa

tel. 622-76-30, 622-76-29, fax 672-76-27

4. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie INTER – ŻYCIE POLSKA S. A.

Zarząd

Poprzednio pod nazwą Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie

INTER – FORTUNA Życie S. A.

5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie NATIONALE – NEDERLANDEN Polska S. A.

Prezes: Cok F. Den Boer

6. Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S. A.

Al. Jana Pawła II nr 24, 00-133 Warszawa

tel. 582-34-10, 582-34-00, fax 582-34-11, 582-36-20

7. Skandia Życie S. A.

Prezes: Bogusław Skuza

DZIAŁ II – ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe

1. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA – STU S. A.

Ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa

tel. 537-68-00 do 03, fax 537-68-04, 537-68-05

2. COMMERCIAL UNION Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S. A.

Al. Jana Pawła II nr 29 (Atrium Plaza),

00-854 Warszawa

tel. 653-76-02, 653-75-75, fax 653-76-03

4. Korporacja Ubezpieczeniowa FILAR S. A.

Prezes: Janusz Ziejewski

5. GERLING Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S. A.

ul. Leona Kruczkowskiego 8 (Nordic Park),

00-380 Warszawa

tel. 525-05-25, 525-05-71, fax 525-05-24, 525-01-00

6. Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER – Polska SA Zarząd

Poprzednio pod nazwą Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER – FORTUNA S. A.

7. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji PARTNER S. A.

Prezes: Rutger Blennow

8. Towarzystwo Ubezpieczeniowe PBK S. A.

ul. Krucza 16 / 22, 00-526 Warszawa

tel. 626-90-52 do 59, fax 626-90-60

9. Powszechny Zakład Ubezpieczeń S. A.

Al. Jana Pawła II nr 24, 00-133 Warszawa

tel. 582-21-00

Prezes: Robert Muraszko

10. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S. A.

ul. Chmielna 85 / 87, 00-805 Warszawa

tel. 581-01-00, 581-09-00, fax 581-13-74, 581-13-75

Institucje Ubezpieczeniowe

1. Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń

ul. Niedźwiedzia 6 E, 02-737 Warszawa

tel. 548-74-17, fax 548-74-20

2. Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych

ul. J. P. Woronicza 15, 02-625 Warszawa

tel. 847-90-20, fax 847-90-33

Prezes: Mariusz Wichtowski

3. Polskie Stowarzyszenie Aktuariuszy

Al. Jana Pawła II nr 24, 00-133 Warszawa

tel. 582-34-35, fax 582-34-36

4. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Prezes: Elżbieta Turkowska-Tyrluk