

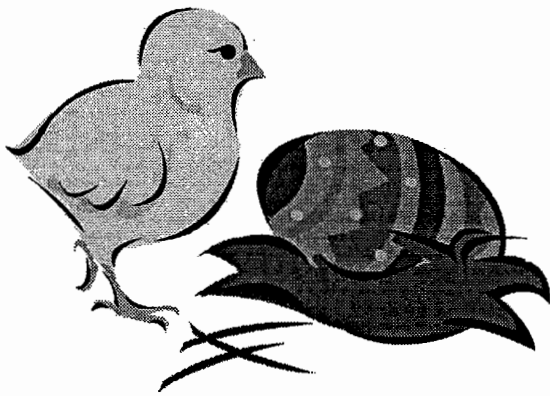
ISSN 1505-9782

MONITOR UBEZPIECZENIOWY

nr 15

kwiecień 2003 r.

PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH



*Serdeczne życzenia
wesółych i spokojnych
Świąt Wielkanocnych
składają*

*Rzecznik Ubezpieczonych
pracownicy i współpracownicy Biura
oraz Zarząd Fundacji Ubezpieczeniowej*

SPIS TREŚCI

■ Życie przyniesie konieczność zmian i nowych rozwiązań <i>Z Elżbietą Połczyńską, Prezesem Poznańskiego Klubu Federacji Konsumentów rozmawia Anna Arwaniti</i>	3
■ Aktualności	4
■ Program funkcjonowania Rady Ochrony Konkurencji i Konsumentów	4
■ Skargi kierowane do rzecznika Ubezpieczonych w 2002 roku	6
■ Czy sprawca szkody zbiegł z miejsca wypadku?	9
■ Ryzyko jako źródło ubezpieczeń	10
■ Kto wypłaci emeryturę z II filara?	13
■ Odpowiedzialność solidarna posiadaczy pojazdów mechanicznych za wyrządzoną szkodę	17
■ III filar – w oczekiwaniu na zmiany	19
■ Komunikacyjne ubezpieczenia pakietowe	21
■ Zmiany i uzupełnienia wykazu zakładów ubezpieczeń	23



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, 00-024 Warszawa,

Al. Jerozolimskie 44, IV piętro, telefon: 33 37 326, 33 37 327, fax 33 37 329,

Projekt graficzny, skład i łamanie – Usługi Dziennikarskie Wojciech Roslan,
02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 147B/4 tel. 0 501-019-045

Druk – HARO

Życie przyniesie konieczność zmian i nowych rozwiązań...

z ELŻBIETĄ POŁCZYŃSKĄ – Prezesem Poznańskiego Klubu Federacji Konsumentów rozmawia Anna Arwaniti

Anna Arwaniti: Jak Pani ocenia rynek ubezpieczeniowy?

Elżbieta Połczyńska: Wydaje się, że rynek ubezpieczeniowy jest aktualnie w miarę stabilny, zarówno jeśli chodzi o ubezpieczenia życiowe, jak i majątkowe. Co prawda napływają również informacje o odchodzeniu wielu konsumentów od zawartych już umów życiowych, to jednak należy mieć nadzieję, iż jest to okresowe załamanie.

Za dużo ważniejsze należy uznać, iż funkcjonujące na rynku polskie firmy ubezpieczeniowe w mniejszym niż w latach ubiegłych stopniu zaskakują konsumenta ewentualnym upadkiem.

Należy jednak podkreślić, że stabilizacja rynku ubezpieczeniowego zależy od wielu okoliczności, w tym także od efektywności i rzetelności zarządzania firmami ubezpieczeniowymi, ale i od rzetelności klientów tych firm.

Nadmienić trzeba również, że zbliżające się wejście Polski do Unii Europejskiej spowoduje swobodne przemieszczanie się firm ubezpieczeniowych, zapewne z interesującymi produktami ubezpieczeniowymi. Konsument winien jednak zachować należyta ostrożność w podejmowaniu decyzji.

AA: Czy pakiet ustaw ubezpieczeniowych jest prokonsumencki?

E.P.: Trudno jednoznacznie ocenić czy pakiet ustaw ubezpieczeniowych ostatecznie okaże się prokonsumencki, bowiem trwają nad nimi jeszcze prace. Pakiet ma wejść w życie 1 lipca 2003 roku i w znacznej mierze zmienić obraz rynku ubezpieczeniowego, szczególnie

w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych, a z nich należy wyróżnić OC komunikacyjne, bowiem dotyczy to milionów użytkowników. I znowu wydaje się, że przynajmniej w odniesieniu do ubezpieczeń komunikacyjnych konsument będzie miał wydłużoną drogę do uzyskania odszkodowania. Obowiązujący do tej pory 30-dniowy termin załatwienia szkody z reguły nie był dotrzymywany przez wielu ubezpieczycieli, nie mówiąc już o innych problemach spotykających konsumenta, jak np. dowolne ustalanie wysokości odszkodowania, na ogół w dół, co narażało konsumenta bądź na drogę sądową w celu dochodzenia swojego roszczenia, bądź pokrycia kosztów szkody z własnej kieszeni.

Ale aby ocenić, na ile konsument skorzysta z nowego pakietu ustaw ubezpieczeniowych, trzeba czasu.

AA: Z jakimi problemami konsumenci zwracają się do Federacji Konsumentów?

E.P.: Przede wszystkim w sprawach dotyczących realizacji przez ubezpieczycieli tzw. polis posagowych. Drugą, równie liczną grupę stanowią konsumenci, którzy ponieśli stratę z powodu szkody komunikacyjnej. Konsumenci żalą się głównie na konieczność korzystania ze wskazanych im przez ubezpieczycieli warsztatów mechanicznych, którzy ich zdaniem nie zawsze usuwają szkodę w sposób staranny i z uwzględnieniem interesów użytkownika. Zdaniem konsumentów, warsztaty dbają o dobro ubezpieczycieli i nie można im w wielu przypadkach odmówić ra-



cji. Podejmujemy tego typu sprawy i prowadzimy korespondencję z ubezpieczycielami, która bywa też czasami długotrwała i nie zawsze kończy się w sposób satysfakcjonujący konsumenta. Również i terminy wypłat są tematem przez konsumentów podnoszonym. Konsumenci informują nas o znacznym przekroczeniu terminów obowiązujących do tej pory. Przy przewidywanym w nowym pakiecie wydłużeniu terminów załatwiania spraw odszkodowawczych należy oczekiwać, iż ilość niezadowolonych konsumentów wzrośnie.

AA: Czy uważa Pani, że rola Rzecznika Ubezpieczonych jest wystarczająca?

E.P.: Jest to bardzo trudne pytanie! Trudno bowiem sobie wyobrazić istnienie rynku ubezpieczeniowego bez Rzecznika Ubezpieczonych. Rzecznik Ubezpieczonych, jak sama nazwa wskazuje, reprezentuje wszystkich, którzy zawarli jakąkolwiek umowę ubezpieczeniową,

AKTUALNOŚCI

■ Fundacja Edukacji

Ubezpieczeniowej włączyła się w kampanię na rzecz poprawy bezpieczeństwa dzieci, która zorganizowana jest przez PCK i Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie FinLife S.A. Wypadkom drogowym ulegają wszyscy użytkownicy, piesi, kierowcy i pasażerowie. Najbardziej narażoną grupą są jednak dzieci. Dlatego szczególnie istotną sprawą jest edukacja. Przedstawiciele Towarzystwa Ubezpieczeniowego na Życie FinLife jeżdżą do szkół podstawowych w Polsce z programem edukacyjnym opracowanym przez specjalistów, który polega między innymi na szkoleniu uczniów i dorosłych w zakresie bezpieczeństwa na drogach, w szkole, na ulicy, czy w trakcie zabawy. Materiały przygotowane przez Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej i FinLife pomogą w zrozumieniu kampanii, mającej na celu dotarcie do świadomości dzieci, nauczycieli i rodziców.

■ 20 marca w siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyła się konferencja prasowa, na której Rzecznik Ubezpieczonych dr Stanisław Rogowski przedstawił stan prac nad pakietem ustaw ubezpieczeniowych, omówił cele i zadania powstałej Rady Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Odnosił się też do stanu rynku ubezpieczeń w sytuacji zagrożenia wojną w Zatoce Perskiej. Poinformował również o przygotowaniu sprawozdania z działalności Rzecznika Ubezpieczonych dla Ministerstwa Finansów. ■

a biorąc pod uwagę fakt, iż jest niezależny, może więc dokonywać obiektywnej oceny przedstawianych mu spraw. Wzrastająca z roku na rok ilość konsumentów zwracających się do Rzecznika jest potwierdzeniem zaufania do jego obiektywizmu. I myślę, że w jakimś stopniu z tego faktu korzystają również ubezpieczyciele. A jeżeli zapis o możliwości występowania Rzecznika do sądu się utrzyma pozwoli to na podejmowanie nie tylko mediacji, ale kształtowanie praktyki poprzez orzecznictwo sądowe.

Czy obecnie proponowane rozwiązania wyczerpują wszystkie

sprawy? Na pewno nie. Życie przyniesie zapewne konieczność zmian i nowych rozwiązań.

AA: Rynek ubezpieczeń jak Pani określiła jest w miarę stabilny. Czy w takim razie konsumenci mogą czuć się bezpiecznie?

E.P.: Bezpieczeństwo jest pojęciem względnym. Ale jeżeli ustawodawstwo będzie przestrzegane przez uczestników, począwszy od firmy ubezpieczeniowej aż po nadzór konsumenta – to uważałabym, że konsument jest bezpieczny.

AA: Dziękuję za rozmowę.

Anna Arwaniti

PROGRAM FUNKCJONOWANIA RADY OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Rada Konkurencji i Konsumentów została powołana jako organ konsultacyjny Prezesa UOKiK.

Rekomendacje i wnioski w dyskusji wypracowane przez Radę przedkładane będą Prezesowi, który będzie mógł z nich skorzystać w celu tworzenia efektywnej polityki ochrony konsumentów, przy podejmowaniu inicjatyw legislacyjnych i regulacyjnych. Członkowie Rady będą jednakże działać niezależnie, starając się wypracować rozwiązania korzystne dla konsumentów, biorąc jednakże pod uwagę słuszny interes przedsiębiorców.

Rada złożona będzie z dwóch zespołów: Konkurencji i Konsumentów.

Zespół Konkurencji utworzony będzie z dotychczas funkcjonującej przy Prezesie UOKiK Radzie Kon-

kurencji i przedstawicieli organizacji przedsiębiorców.

Zespół Konsumentów złożony będzie z przedstawicieli organizacji konsumenckich, Rady Rzeczników Konsumentów, jak też innych przedstawicieli środowisk konsumenckich.

Wspólne posiedzenia łączonych zespołów będą się odbywać dwa razy do roku. Natomiast na szczeblu roboczym będą funkcjonować na bieżąco zespoły robocze, które będą pracowały nad konkretnymi projektami. Wnioski i rekomendacje płynące z realizacji tych projektów przedkładane będą do wykorzystania Prezesowi Urzędu.

PRZESŁANKI

POWOŁANIA ROKIK

Realizując założenia Państwowej Polityki Konsumentckiej na lata 2002-2003, jak też nawiązując do rozwiązań na forum Unii Europejskiej należy wskazać na następujące przesłanki powołania ROKIK:

Zwiększenie efektywności działania 4 podstawowych praw konsumenckich:

- do bezpiecznej ochrony zdrowia
- do ochrony interesów ekonomicznych konsumentów
- do informacji i edukacji
- do zrzeszania się i reprezentacji poprzez koordynację działań pomiędzy Rządem, a organizacjami konsumenckimi i organizacjami przedsiębiorców.

Stronę Konsumentką w Polsce reprezentuje także dr **Stanisław Rogowski – Rzecznik Ubezpieczonych**. Bardzo ważnym elementem według oceny Rzecznika Ubezpieczonych jest wypracowanie kodeksów dobrych praktyk.

1. Cel tworzenia kodeksów dobrych praktyk.

- kodeksy dobrych praktyk tworzą **zasady uczciwego postępowania** przedsiębiorców na rynku
- uregulowanie stosunków między przedsiębiorcami, a konsumentami, na **zasadzie dobrovolności**
- wypracowanie **metod polubownego rozstrzygnięcia sporów** pomiędzy konsumentami

2. Stan obecny w Polsce

- w chwili obecnej kodeksy dobrych praktyk nie są w Polsce popularnym sposobem regulacji stosunków pomiędzy konsumentami, a przedsiębiorcami (istnieją np. w zakresie usług bankowych, sprzedaży bezpośredniej)
- jednym z powodów niewystępowania kodeksów samoregulujących był brak środków egzekwowania stosowania się przedsiębiorców do przepisów kodeksów

3. Sytuacja w Unii Europejskiej

- miejsce *Soft law* tzw. prawa miękkiego – czyli kodeksów samoregulujących w porządku prawnym państw członkowskich:
 - uzupełnienie przepisów prawa
 - środek zastępujący regulacje prawne

- podstawą *Soft law* jako dobrowolnego porozumienia jest **zgodność interesów** wszystkich grup, których dotyczy: przedsiębiorców, konsumentów i innych zainteresowanych – proces tworzenia samoregulacji
- tworzenie i przestrzeganie Kodeksów Dobrych Praktyk jest **monitorowane – sankcje** za nieprzestrzeganie *Soft law*
- podawanie do wiadomości** zainteresowanych konsumentów postanowień *Soft law*
- przynależność do przestrzegania Kodeksu Dobrych Praktyk może być warunkiem koniecznym dla uzyskania wymaganego pozwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej
- w ramach reformy polityki ochrony praw konsumenta w UE (tzw. **Zielona Księga**) pojawiła się propozycja stworzenia **Europejskiego Kodeksu Dobrych Praktyk**. Niestosowanie się przedsiębiorców do przepisów wynikających z kodeksów dobrych praktyk stanowiłoby praktykę nieuczciwej konkurencji i podlegałoby sankcjom.

DOŚWIADCZENIA EUROPEJSKIE

W strategii Polityki Konsumenckiej Komisji Europejskiej na lata 2002-2006 jednym z podstawowych celów jest wzmocnienie organizacji konsumenckich i zaangażowanie ich w realizację innych polityk europejskich. Cel ten może być realizowany m.in. poprzez uczestnictwo organizacji pozarządowych w takich ciałach konsultacyjno-doradczych jak Rada Konsumentka.

Rady Konsumentki istnieją w wielu państwach europejskich.

- francuska Rada Narodowa ds. Konsumenckich została powołana do życia w 1983 roku. Oprócz organizacji konsumenckich, skupia organizacje przedsiębiorców z różnych sektorów gospodarki, przedstawicieli usług publicznych, przedstawicieli wolnych zawodów.

Rada Konsumentka Brytyjska Narodowa Rada ds. Konsumentów (NCC) jest niestatutowym organem publicznym powołanym przez Brytyjski Departament Handlu i Przemysłu. NCC zajmuje się wszystkimi sprawami, które mogą dotyczyć konsumentów (szczególnie grup najbardziej poszkodowanych) – przez prowadzenie badań, organizowanie kampanii i współpracę z podmiotami mogącymi przyczynić się do poprawy ich sytuacji. Stowarzyszenie Konsumentów (CA) również odgrywa dużą rolę w Wielkiej Brytanii – w odróżnieniu od NCC jest to organizacja pozarządowa typu non profit, zrzeszająca blisko 700 000 członków. Misją CA stanowi dostarczanie konsumentom potrzebnych informacji do podejmowania świadomych decyzji i osiągnięcie postępu w sektorze dóbr i usług w szczególności przez prowadzone kampanie i publikacje magazynu *Which?* Badania Stowarzyszenia Konsumentów i kampanie prowadzone z upoważnienia konsumentów określają praktyczne rozwiązania problemów konsumentów i wywierają presję na organy decyzyjne, środowiska biznesu i pozostałe organizacje. Kampania Stowarzyszenia Konsumentów jest skupiona na czterech obszarach: żywności, zdrowiu, sprzedaży detalicznej i konkurencji.

na poziomie Unii Europejskiej istnieje tzw. Komitet Konsumentki, który został powołany do życia decyzją Komisji z roku 2002 (2000/323/We). Skupia on 20 członków i ich 20 zastępców wyznaczonych przez Komisję Europejską na trzyletnią kadencję.

Rada Konsumentka skupia szerokie spektrum osób i instytucji, które w swojej działalności dążą do utrzymania wysokiego poziomu ochrony interesów konsumenckich. Wpisuje się także w strategię polskiej polityki konsumenckiej. ■

Opr. A.A.

Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 roku

Jak wynika ze statystyki, w 2002 roku po raz pierwszy zanotowano zmniejszenie się liczby pisemnych skarg przesłanych Rzecznikowi Ubezpieczonych. Łączna ilość zgłaszanych spraw, w tym zarówno skarg, jak i próśb o informacje oraz porady, uległa jednak wzrostowi.

Przyczyną takiej sytuacji jest rozbudowanie systemu poradnictwa prowadzonego zarówno telefonicznie, jak i dzięki informacjom zawartym na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych.

Najliczniejsza grupa skarg, jak widać w tabeli nr 1, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych, tj. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, ubezpieczeń auto-casco, ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego, ubezpieczeń assistance, Zielonych Kart itp. Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (...) oraz odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych, zgłaszanych do Funduszu.

Drugie miejsce, z uwagi na ilość, zajmowały skargi dotyczące ubezpieczeń na życie. W ramach tych skarg wyróżniamy umowy zawarte przed 1989 rokiem, przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń, a realizowane obecnie przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. (tzw. stary portfel), których problematyka wiąże się ze zbyt niską

kwotą ustalonego świadczenia z tytułu ubezpieczenia dzieci (tzw. ubezpieczenie posagowe) lub ubezpieczenia renty odroczonej. Ilość tych skarg relatywnie maleje. Dru-

gi rodzaj umów wchodzących w zakres skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 r. Spory najczęściej dotyczyły odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieści się w granicach ochrony gwarantowanej umową lub z powodu zatajenia przez ubezpieczonego informacji o jego stanie zdrowia; zbyt niska wobec oczekiwań tzw. wartość wykupu polisy, proponowana osobom

Tabela 1. Tematyka skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 roku

Lp.	Rodzaj	liczba	%
1.	Ubezpieczenia komunikacyjne:	1492	58
	- OC	891	34,5
	- AC	538	21
	- Zielona Karta	10	0,5
	- UFG (kary i regresy)	43	1,5
	- UFG (inne)	10	0,5
2.	Ubezpieczenia na życie:	369	14,5
	- ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	64	2,5
	- ubezpieczenia zawarte po 1989 r.	305	12
3.	Ubezpieczenia mienia (Od ognia, zalania, kradzieży, włamania, itp.)	174	7
4.	Casco statków powietrznych i morskich	1	0,03
5.	Ubezpieczenie kredytu i gwarancji ubezp.	3	0,1
6.	Ubezpieczenia od następstw NW	94	3,5
7.	OC rolników	15	0,5
8.	Ub. budynków w gospodarstwach rolnych	39	1,5
9.	Ubezpieczenie upraw	3	0,1
10.	Ubezpieczenie zwierząt od padnięcia i uboju	1	0,03
11.	OC ogólne	98	4
12.	Składki: (sposób naliczania, wymiar)	96	3,5
13.	Upadłość zakładów ubezpieczeń	14	0,5
14.	UFG - upadłości	8	0,3
15.	Regresy	32	1
16.	Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	59	2,5
17.	Inne ¹ :	78	3
	- ZUS	38	1,5
	- KRUS	9	0,3
	- OFE ²	5	0,2
	- Kasa Chorych	1	0,03
	- Inne	25	1
18.	Ogółem	2576	100

¹ Brak właściwości w sprawie; brak danych w sprawie; brak nazwy zakładu ubezpieczeń, którego dotyczy skarga; brak rodzaju ubezpieczenia, z którego skarżący dochodzi roszczenia; pismo mało czytelne; brak dokumentacji obrazującej sprawę.

² Dotyczy skarg, które wpłynęły w I kwartale 2002 r. przed wejściem w życie przepisów rozszerzających kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych. (W 694 sprawach Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji, co stanowiło 27 % wszystkich skarg, które wpłynęły do Biura Rzecznika.

wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy spory wynikające z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczających.

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych żywiołów. Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń była najczęściej odmowa uznania roszczeń z przyczyn: przekroczenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonej w OWU, niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w ogólnych warunkach umowy, nieopłacenia składki lub jej raty czy nieterminowego zgłoszenia szkody.

Następna grupa skarg dotyczyła ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Niewielka liczba skarg odnosiła się do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywanym zawodem. Liczby te, choć niewielkie w ostatnich latach, wykazują tendencję wzrostową. Świadczy to o wzroście zainteresowania tym ubezpieczeniem w niektórych środowiskach zawodowych np. lekarzy.

Pewien wzrost, choć niewielki, zauważyć można w grupie skarg doty-

czących składek, opłat i ulg z tym związanych. Problemy dotyczyły przede wszystkim wciąż rosnącej wysokości składek, stosowania opłat manipulacyjnych przy zwrocie części składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia czy kłopoty w uzyskaniu ulg należnych kombatanom i inwalidom wojennym na podstawie szczególnych przepisów. Wzrosła także ilość spraw – zapytań dotyczących interpretacji przepisów ubezpieczeniowych.

Jak przedstawiono w tabeli nr 2 w roku 2002, tak jak w latach poprzed-

□ oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia;

□ opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym.

Znacznie zmniejszyła się ilość skarg na nieterminowe zaspokajanie roszczeń. W pozostałych dwóch grupach nie odnotowano znaczących zmian.

Z praktyki Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych, na podstawie analizy rozpatrywanych spraw indywidualnych wynika, iż lista zasadniczych nieprawidłowości

Tabela 4. Skargi z zakresu ubezpieczeń społecznych, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 r., z podziałem na podmioty

Nazwa podmiotu	Liczba skarg	Udział w %
OFE AIG	4	11,5
OFE Allianz	1	3
OFE Bankowy	1	3
OFE Commercial Union	2	6
OFE Credit Suisse Life & Pensions	2	6
OFE Dom	1	3
OFE Nationale Nederlanden	2	6
OFE Pocztynion	1	3
OFE Złota Jesień	4	11,5
OFE Zurich	1	3
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	2	6
Zła własność	2	6
ZUS	11	32
RAZEM	34	100

nych, zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach:

□ sporu co do wysokości przyznawanego odszkodowania;

spotykanych w funkcjonowaniu zakładów na płaszczyźnie stosunków ubezpieczeniowych z ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uprawnionymi lub uposażonymi z umów ubezpieczenia, nie ulega zasadniczym zmianom. Występują pewne wahania i zmiany we wzajemnych relacjach ilościowych. Zmienia się również charakter i zakres przedmiotowy nieprawidłowości stanowiących naruszenie praw i interesów ubezpieczonych. Wynika to m.in. z wpływu czasu oraz ze zmian na rynku ubezpieczeniowym zarówno w zakresie liczby i udziału w nim zakładów ubezpieczeń, jak również oferowanych produktów.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w roku 2002 w odniesieniu do 27 % skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w 0,5 % w drodze wyjątku (tabela nr 3). Tym sa-

Tabela nr 2. Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Odmowa odszkodowania/świadczenia	930	36
2.	Zaniżone odszkodowanie/świadczenia	953	37
3.	Opieszałość w likwidacji szkody	336	13
4.	Inne	357	14
5.	Ogółem	2576	100

Tabela 3. Wynik interwencji podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych spraw w 2002 roku

Ilość spraw	Wynik interwencji				Wynik negatywny	%	Sprawy w toku	%
	Wynik pozytywny /ogółem 504 (27 %) /							
	Pełne uznanie zasadności skargi	%	Uznanie w drodze wyjątku	%				
1882*	498	26,5	6	0,5	999	53	379	20

*W 694 sprawach Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji, co stanowiło 27 % wszystkich skarg, które wpłynęły do Biura Rzecznika.

mym skuteczność działań Rzecznika w ostatnim roku zmalała. Ocenia się, iż przyczyną tego jest recesja gospodarcza, która w wielu zakładach ubezpieczeń spowodowała zaostrzenie polityki finansowej, przekładającej się między innymi na:

- maksymalne ograniczanie wysokości odszkodowań i świadczeń;
- zmniejszanie uznawania roszczeń w drodze wyjątku;

Tabela 5. Przedmiot skarg z zakresu ubezpieczeń społecznych, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 roku

Nazwa podmiotu	Liczba skarg	Udział w %
Nieprzekazywanie składek do OFE	82	3,5
Anulowanie umowy ze względu na nabycie prawa do wcześniejszej emerytury	6	17,5
Zmiana funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	6	17,5
Nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE	4	12
Interpretacja przepisów	2	6
Sfałszowanie umowy	1	3
Inne	7	20,5
RAZEM	34	100

□ rygorystyczną interpretację przepisów, a zwłaszcza postanowień OWU;

□ stosowanie przez kilka zakładów ubezpieczeń niekorzystnej dla uprawnionych z umowy ubezpieczenia interpretacji przepisów z zakresu obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe

terwencje w indywidualnych sprawach osób objętych zabezpieczeniem emerytalnym. Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w roku 2002 wpłynęły 34 skargi pisemne.

Najliczniejsza grupa skarg odnosi się do funkcjonowania podmiotów działających w ramach II filara polskiego systemu emerytalnego (tabela nr 4) – łącznie 19 skarg.

Problematyka dotyczyła m.in.: możliwości anulowania umowy

o członkostwo wskutek błędu co do treści oświadczenia woli, sfałszowania umów o członkostwo, utrudnień towarzyszących zmianie otwartego funduszu emerytalnego.

Drugie miejsce pod względem liczebności zajmują wystąpienia dotyczące nieprawidłowości w funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (11 skarg). Skargi doty-

sów z zakresu organizacji i funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych. Dwie skargi przesłano niezgodnie z właściwością.

Pierwsze miejsce z uwagi na tematykę skarg (tabela nr 5), zajmują skargi na nieterminowe przekazywanie składek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rachunki ubezpieczonych w otwartych funduszach emerytalnych.

Duża liczba pisemnych wystąpień z zakresu systemu ubezpieczeń społecznych odnosi się do możliwości anulowania deklaracji przystąpienia do otwartego funduszu emerytalnego na skutek błędu co do treści oświadczenia woli.

Kolejną grupą skarg są zarzuty pod adresem powszechnych towarzystw emerytalnych dotyczące nieprawidłowości przy zmianie OFE i dokonaniu wypłaty transferowej oraz prowadzeniu rejestru członków. Są to opóźnienia lub błędy w zgłoszeniach do centralnego rejestru członków otwartych funduszy emerytalnych prowadzonego przez ZUS.

Pozostałe wystąpienia dotyczą m.in. interpretacji przepisów prawnych z zakresu funkcjonowania OFE, sfałszowania deklaracji przystąpienia do otwartych funduszy emerytalnych oraz zarzutów pod adresem działalności agentów. W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych 50% spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem, 15,5% spraw miało wynik negatywny, pozostałe zaś są w toku.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy powszechne towarzystwo emerytalne uznawało zasadność interwencji i zmieniał swoją wcześniejszą decyzję lub w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznawał, że interesy członków otwartych funduszy emerytalnych nie zostały naruszone.

Tabela 6. Wynik interwencji podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w 2002 roku

Ilość spraw	Wynik interwencji				Sprawy w toku	
	Pozytywny	%	Negatywny	%		
26*	13	50	4	15,5	9	34,5

*w przypadku 8 spraw Rzecznik Ubezpieczonych nie podjął interwencji

w związku z ruchem tych pojazdów.

W marcu 2002 roku nastąpiło rozszerzenie kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych o ochronę interesów członków otwartych funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych. Rzecznik podejmował in-

terwencje głównie nieprzekazywania składek na rachunek ubezpieczonego w otwartym funduszu emerytalnym oraz nieterminowości w przeprowadzaniu aktualizacji danych członków funduszy zmieniających OFE.

Najmniej wystąpień dotyczyło interpretacji obowiązujących przepi-

**Iwona Szymańska
Magdalena Kudlak**

Czy sprawca szkody zbiegł z miejsca wypadku?

Do Rzecznika Ubezpieczonych zwrócił się z prośbą o pomoc sprawca kolizji drogowej, oburzony na zakład ubezpieczeń – w którym wykupił ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów – iż ten domaga się od niego zwrotu odszkodowania, wypłaconego osobie przez niego poszkodowanej. Sprawca szkody nie kwestionuje swojej winy, nie rozumie jednak dlaczego, mimo posiadanego ubezpieczenia OC, obciąża się go kosztem naprawienia szkody – dlaczego nie chroni go wykupione, obowiązkowe wszak, ubezpieczenie.

Badając podstawę prawną postępowania podjętego przez zakład ubezpieczeń w sprawie zwrotu wypłaconego odszkodowania uznaliśmy iż zakład ubezpieczeń błędnie oparł je powołując się na art. 828 k.c. Przywołany przez zakład ubezpieczeń przepis normujący postępowanie regresowe ma zastosowanie jedynie wobec osób trzecich, odpowiedzialnych cywilnie za wyrządzenie szkody.

Przedstawione przez sprawcę szkody działania zakładu ubezpieczeń odnoszą się do odmiennej sytuacji, wynikającej z istoty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej tj. gdy ubezpieczonym jest bezpośredni sprawca szkody.

W związku z tym, podstawą prawną wystąpienia z roszczeniem zwrotnym zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego sprawcy szkody winny być zapisy § 33 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 24 marca 2000 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicz-

nych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów (Dz. U. nr 26 poz. 310 z późn. zm.), który brzmi następująco: Zakładowi ubezpieczeń przysługuje uprawnienie dochodzenia od kierującego pojazdem zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC odszkodowania, jeżeli kierujący(-) zbiegł z miejsca zdarzenia (-).

Nadmieniam, iż jest to jedna z pięciu okoliczności, których wystąpienie zezwala zakładowi ubezpieczeń na podjęcie działań regresowych wobec ubezpieczonego sprawcy szkody i są one następujące: 1) wyrządzenie szkody umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu albo będąc pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii; 2) wejście w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa; 3) nieposiadanie wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, z wyjątkiem przypadków, gdy chodzi o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bez-

pośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa; 4) jw.; 5) niedopełnienie obowiązków w przypadku określonym w § 27 – w zakresie tej części wypłaconego odszkodowania, która nie byłaby świadczona przez zakład ubezpieczeń w razie dopełnienia przez kierującego ciężących na nim obowiązków (chodzi tu przede wszystkim o takie sytuacje gdy z winy sprawcy dochodzi do zwiększania rozmiarów; przypis autorki).

Zakład ubezpieczeń zarzuca zatem swemu klientowi, że ten zbiegł z miejsca zdarzenia. W tekście rozporządzenia nie zdefiniowano tego pojęcia. Przytoczę zatem definicję tego słowa zawartą w Słowniku Języka Polskiego PWN pod redakcją prof. Mieczysława Szymczaka, która brzmi: zbiec, zwykle ująć, umknąć skądś, uciec.

Jaki zatem był przebieg zdarzenia, które stało się przyczyną omawianego sporu – czy zachowanie sprawcy szkody jest adekwatne do przytoczonej definicji – zbiegnięcia.

Skrócony jego opis sporządzony na podstawie relacji sprawcy szkody przedstawia się następująco:

Sprawca szkody wyjeżdżając z własnej posesji uderzył w bok samochodu przejeżdżającego ze znaczną prędkością przez drogę. Zaznaczyć należy, iż jest to droga wewnętrzna, zamknięta, oznaczona znakiem zakazu ruchu. Zakaz ten nie dotyczy jedynie mieszkańców znajdujących się przy niej posesji oraz uczniów szkoły graniczącej z ową ulicą, którzy winni jednak uzyskać stosowne zezwolenie na korzystanie z tej drogi.

Sprawca szkody nie miał wątpliwości co do uznania swojej winy,

jednak ustalił na miejscu, iż poszkodowany nie ma wymaganego zezwolenia na korzystanie z drogi. Uznał, że poszkodowany również powinien ponieść stosowną karę za złamanie znaku zakazu wjazdu, zatem uzależnił podpisanie oświadczenia o okolicznościach zdarzenia od wezwania na miejsce policji – na co z kolei nie wyraził zgody poszkodowany. W tych okolicznościach obaj uczestnicy zdarzenia rozjechali się, przy czym jak się później okazało, poszkodowany udał się na policję gdzie złożył stosowne zgłoszenie o wyrządzonej mu szkodzie.

Następstwem tego było skierowanie wniosku do kolegium do spraw wykroczeń, które nałożyło na sprawcę szkody grzywnę, za to że: wyjeżdżając z posesji nie zachował należytej ostrożności przez co nie udzielił pierwszeństwa przejazdu jadącemu pojazdowi kierowanemu przez poszkodowanego, doprowadzając do zderzenia z tym pojazdem, czym spowodował zagrożenie bezpieczeństwa w ruchu drogowym – czym naruszył przepisy art. 86 § 1 kodeksu wykroczeń i art. 17 ust.2 ustawy Prawo o ruchu drogowym. Należy zauważyć, iż w orzeczeniu

kolegium nie ma wzmianki na temat zbiegnięcia sprawcy z miejsca zdarzenia.

W tych okolicznościach zakład ubezpieczeń przyjął odpowiedzialność za zgłoszoną przez poszkodowanego szkodę, po czym uczynił co wyżej opisano, czyli wystąpił o zwrot odszkodowania do sprawcy szkody uznając, iż ten zbiegł z miejsca zdarzenia.

Analizując zachowanie się sprawcy szkody uznaliśmy, iż zachowania sprawcy szkody nie można jednoznacznie uznać – za zbiegnięcie z miejsca wypadku. Istotne jest bowiem to, iż w tej sprawie sprawca nie starał się zostać anonimowy, gdyż nie oddalił się on z miejsca zdarzenia, tak by uniemożliwić poszkodowanemu ustalenie swoich danych osobowych. Sprawca sporządził też oświadczenie o przebiegu zdarzenia, w którym uznaje swoją winę za wyrządzoną szkodę.

W związku z tym Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się do prezesa zarządu zakładu ubezpieczeń z prośbą o spowodowanie zbadania zasadności przyjętego rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie. Z zadowoleniem przyjęliśmy

odpowiedź, w której dwóch członków zarządu zakładu ubezpieczeń informuje Rzecznika, iż po ponownej analizie materiału stwierdzono „... że istniejące wątpliwości co do uznania zachowania sprawcy jako – oddalenie się z miejsca zdarzenia – powinny być w tym przypadku interpretowane na jego korzyść. W związku z tym odstępujemy od żądania zwrotu kwoty wypłaconego odszkodowania...”.

Krystyna Krawczyk



Ubezpieczenie – metodą zarządzania ryzykiem finansowym w przedsiębiorstwie

Ryzyko jako źródło ubezpieczeń

Przedsiębiorstwo, które prowadzi działalność gospodarczą narażone jest na szereg ryzyk, które płyną z jego otoczenia.

Należy tu wymienić otoczenie przyrodnicze, społeczne – państwo i jego organa, podmioty rynkowego otoczenia, osoby trzecie, zatrud-

niani pracownicy. Ponadto jako organizacja pracy i kapitału, mająca na celu zarobek staje ono w obliczu ryzyka operacyjnego jako konsekwencji podejmowanych decyzji w zakresie wykorzystania jego aktywów i ryzyka finansowego, które wynika z decyzji w zakresie źródeł finansowania działalności.

Wśród definicji ryzyka wyróżnić można co najmniej dwa ekonomiczne ujęcia opisywanego po-

jęcia. Pierwsze podejście – tzw. negatywne rozumienie ryzyka – traktuje ryzyko jako możliwość zaistnienia niepożądanych przez podmiot gospodarujący okoliczności, które są przyczyną poniesienia przez niego straty lub innych ujemnych skutków majątkowych. Drugie ujęcie to tzw. neutralne rozumienie ryzyka, zgodnie z którym ryzyko oznacza możliwość zrealizowania dochodu różniącego się od dochodu oczekiwanego.

Narzędziem stosowanym w zarządzaniu przedsiębiorstwem narażonym na ryzyko jest risk management tj. zarządzanie ryzykiem – to proces polegający na stosowaniu szeregu technik i po-

dejmowaniu świadomych decyzji w celu uniknięcia lub ograniczenia ryzyka, a więc niebezpieczeństwa zagrażającego aktywom firmy. Zarządzanie ryzykiem jako element zarządzania firmą jest nadrzędnym celem, a bezpieczne jej funkcjonowanie nie jest celem samym w sobie, a jedynie środkiem do osiągnięcia celów zasadniczych. Z powyższego wynika konieczność podporządkowania celów risk management celom i filozofii firmy. Przyczyn powstania risk management można szukać: w prawach natury, technologiach, ograniczeniach dyktowanych przez politykę i aspekty psychologiczne, oczekiwaniach jednostek czy organizacji – ich istnienie pobudza podmioty do poszukiwania efektywnej minimalizacji osiągnięcia strat takich jak: utrata życia, zdrowia, dóbr materialnych, szkód w środowisku, w konsekwencji czego zostały wykształcone odpowiednie narzędzia zarządzania ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem obejmuje czynności, które podejmowane są w następującym porządku: rozpoznanie (identyfikację) ryzyka, ocena ryzyka, manipulowanie (ograniczenie, sterowanie) ryzykiem, finansowanie ryzyka.

Jedną z metod zarządzania ryzykiem jest ubezpieczenie – urządzenie gospodarcze, zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają. Zgodnie z „paradygmatem ubezpieczalności ryzyka”, stworzonym przez E.J. Vaughana, ryzyko, które można ubezpieczyć musi posiadać następujące cechy: na jego wystąpienie narażona jest duża grupa podmiotów, zaistniała strata musi być mierzalna i dająca się wyrazić w formie pieniężnej, realizacja ryzyka następuje przypadkowo, a więc niezależnie

od woli i działań podmiotu narażonego na skutki jego wystąpienia tzn. jest zdarzeniem losowym.

RYZIKO FINANSOWE W PRZEDSIĘBIORSTWIE

Największe ryzyko dla przedsiębiorstwa stanowią procesy, które związane są z zarządzaniem finansami. Ryzyko w tym kontekście oznacza, że faktyczne korzyści finansowe z danego przedsięwzięcia mogą okazać się mniejsze niż przewidywano przy podejmowaniu przedsięwzięcia lub mogą nawet przerodzić się w straty.

Po roku 1989, polska gospodarka przeszła proces radykalnych przemian, z gospodarki ciągłego niedoboru przekształciła się w gospodarkę rynkową. Wraz z sytuacją gospodarczą zmieniły się warunki i zasady prowadzenia działalności gospodarczej. Przejawami urynkwienia polskiej gospodarki jest m.in. wolność prowadzenia działalności gospodarczej, pojawianie się nowych, nieodświadczonych i nieuczciwych partnerów gry rynkowej, ostra konkurencja, ryzykowne decyzje gospodarcze. Wzrosła liczba przedsiębiorstw prywatnych, produktów dostępnych na rynku, a u uczestników obrotu gospodarczego wystąpiły problemy finansowe. Banki dokonujące alokacji środków finansowych z lokat w kredyty gospodarcze mają problemy z ich odzyskaniem. Producenti i hurtownicy, sprzedający towary z odroczone terminami płatności z trudnością utrzymują płynność, ponieważ ich należności często są regulowane z opóźnieniami, albo nie są regulowane wcale. Ostra konkurencja wymusza stosowanie wygodnych dla klientów, a ryzykownych dla przedsiębiorstwa sposobów rozliczeń z klientami takich jak: odroczone terminy płatności, sprzedaż na raty, leasing, płatność kartą kredytową lub czekiem. Własne braki kapitałowe trzeba wspoma-

gać kredytami, a wiarygodność w oczach zagranicznych partnerów potwierdzać odpowiednimi gwarancjami. Wyżej wymienione czynniki są źródłem ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej, niejednokrotnie zagrażającego finansom firmy, a jednym z narzędzi jego ograniczania są ubezpieczenia finansowe.

SPECYFIKA UBEZPIECZENIA FINANSOWEGO

W Polsce ubezpieczenia finansowe do 1990 roku właściwie były nieznane. Jedynie TUiR Warta S.A. prowadziła od 1957 roku ubezpieczenie kredytu eksportowego, którego celem była gwarancja wyrównania ewentualnych strat w krajowym (polskim) przedsiębiorstwie eksportującym, które podpisywało kontrakty z firmami zagranicznymi, w przypadku niewypłacalności tych zagranicznych kontrahentów.

Natomiast na świecie prototyp ubezpieczeń finansowych można znaleźć już w starożytności – jest to pożyczka morska, której bankierzy udzielali właścicielom statków – jej zwrot następował gdy statek wraz z ładunkiem szczęśliwie zawijał do docelowego portu, natomiast gdy statek uległ uszkodzeniu bądź zniszczeniu jego właściciel zwracał pożyczkę w części lub nie zwracał jej wcale. Pierwsze instytucje, które oferowały ubezpieczenia finansowe to British Commercial Insurance Company (Anglia, 1820 r.) oraz Banco Adriatico Assicurazioni (Włochy, 1831 r.). Z ostatnią z nich związany był Paulo Saugunetti, autor pierwszego podręcznika dotyczącego ubezpieczeń kredytu, uznany „ojcem ubezpieczeń finansowych”.

Ubezpieczenie finansowe określa się jako urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, które występują u różnego typu kredytodawców przez nieotrzymanie od określonych kredyto-

biorców w ściśle określonych sytuacjach należności za udzielony przez kredytodawcę kredyt.

Według Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczenia finansowe dzielą się na: ubezpieczenia kredytu (ogólnej niewypłacalności, kredytu eksportowego, spłaty rat, kredytu hipotecznego, kredytu rolniczego); gwarancje ubezpieczeniowe (bezpośrednia, pośrednia); ubezpieczenie różnych ryzyk finansowych (ryzyko zatrudnienia, niewystarczającego dochodu, złych warunków atmosferycznych, utraty zysków, stałych wydatków ogólnych, nieprzewidywanych wydatków handlowych, utraty wartości rynkowej, utraty stałego źródła dochodu, pośrednich strat handlowych poza wyżej wymienionymi, innych strat finansowych).

Mirosław Maszybrocki w przedmowie do książki Jacka Kukielki pt. „Ubezpieczenie kredytu” przedstawił istotę omawianej grupy ubezpieczeń: „Ubezpieczenia finansowe mają do spełnienia specjalną misję w gospodarce rynkowej. Rola ubezpieczeń finansowych to nie tylko wypłata odszkodowań, ale ciągły monitoring dłużników, ostrzeżenia przed bankrutami, odzyskiwanie długów. Ubezpieczyciel staje się swoistym doradcą finansowym dla firmy, starającym się maksymalnie zabezpieczyć powodzenie transakcji handlowej czy przedsięwzięcia gospodarczego. Zatem ubezpieczenia finansowe są praktycznym narzędziem dla przedsiębiorców, którzy pragną powiększyć obroty firmy, minimalizując własne ryzyko działalności gospodarczej. Wynika z tego wniosek, że są nieodłącznym elementem gospodarki rynkowej”.

Ubezpieczenia finansowe są specyficznym rodzajem ubezpieczeń. Od pozostałych produktów ubezpieczeniowych wyraźnie odróżniają je niżej poniższe cechy.

Zakład ubezpieczeń dokonuje analizy ryzyka finansowego każdego potencjalnego klienta. Pod-

stawową zasadą jest, że firma ubezpieczeniowa zanim podejmie decyzję o przyjęciu lub odrzuceniu danego ryzyka musi wcześniej przeprowadzić szczegółową analizę ryzyka finansowego podmiotu, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową. Konieczne jest to z uwagi na szybko zmieniającą się sytuację gospodarczą. Bardzo istotne jest czy dana firma będzie w stanie wywiązać się ze swoich zobowiązań nie tylko obecnie, ale też w przyszłości.

W procesie oceny ryzyka wykonywane są dokumenty finansowe i inne dane, które firma ubezpieczająca zobowiązana jest przedstawić. Na podstawie tych materiałów sprawdza się: czy firma reguluje zobowiązania terminowo, jakich posiada partnerów gospodarczych, jaką działalność prowadzi, bada się organizację firmy, sposób zarządzania firmą, stan majątkowy i finansowy firmy, pozycję na rynku, sytuację w branży, w której działa firma, rzetelność prowadzenia działalności gospodarczej, jak przewidywane zmiany wpłyną na działalność gospodarczą.

Ocena i selekcja ryzyka dokonwana jest na wszystkich możliwych płaszczyznach: ekonomicznej, finansowej, prawnej, organizacyjnej, czasowej. Czynności związane z analizą ryzyka finansowego, które dokonuje ubezpieczyciel przed podjęciem decyzji o objęciu danego podmiotu ochroną ubezpieczeniową można określić jako tzw. studium przypadku – indywidualna analiza każdego przypadku. Rozpatrywanie oddzielnie każdego podmiotu ubiegającego się o objęcie ochroną ubezpieczeniową wynika z faktu, że każdy podmiot gospodarczy działa w odmiennym otoczeniu ekonomicznym.

Wyróżnia się kilka poziomów analizy ryzyka:

- poziom ogólny, na którym badane są uwarunkowania

ekonomiczne, polityczne i prawne całej gospodarki,

- poziom branżowy, gdzie należy ocenić sytuację gospodarczą w całej branży, wraz z uwzględnieniem jej specyfiki,
- poziom klienta, tutaj dokonywana jest analiza sytuacji ekonomiczno – prawnej klienta, standingu finansowego, jego możliwości kapitałowych i technicznych, efektywności zarządzania, wiarygodności, pozycji na rynku, jego partnerów handlowych, itp.,
- poziom danego zobowiązania podlegającego ubezpieczeniu, na tym etapie ocenie podlega możliwość realizacji danego przedsięwzięcia oraz ewentualne zagrożenia,
- poziom produktu ubezpieczeniowego, na którym dokonuje się analizy zakresu udzielanej ochrony, okresu ubezpieczenia, przyjmowanych zabezpieczeń regresu.

Ubezpieczyciel przez cały okres ubezpieczenia zarządza ryzykiem. Ubezpieczyciel przeprowadza stałą kontrolę ryzyka w celu maksymalnego zabezpieczenia transakcji finansowych i ograniczenia strat finansowych klienta, w ten sposób spełnia funkcję fachowego doradcy finansowego: instruuje klienta z kim i na jakich zasadach może współpracować oraz ostrzega go przed bankrutami.

Zawsze występuje regres. Gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy i ubezpieczyciel wypłaci przedsiębiorcy odszkodowanie, to wówczas przejmuje on od niego wierzytelności w celu windykacji należności, czyli odzyskania długów.

Umowa ubezpieczenia dostosowana jest do potrzeb indywidualnego klienta. Mając na uwadze, że każde ryzyko rozpatrywane jest indywidualnie, łatwo jest domyślić się, że każda umowa ubezpieczenia finansowego ma cha-

rakter jednostkowy: dotyczy określonego podmiotu gospodarczego i określonych transakcji finansowych. W wyniku negocjacji treść umowy zostaje dostosowana do potrzeb klienta, uwzględnia wyniki przeprowadzonej analizy ryzyka i możliwy do przyjęcia przez ubezpieczyciela zakres ochrony.

Nie ma taryfy składek. W ubezpieczeniach finansowych cena za ubezpieczenie czyli składka kalkulowana jest indywidualnie i zależy

od przyjmowanego przez ubezpieczyciela ryzyka, długości ochrony ubezpieczeniowej, jej zakresu, sytuacji finansowej klienta itp.

Źródła ryzyka obejmowanego ochroną w ubezpieczeniach finansowych znajdują się w procesach ekonomicznych i politycznych, trudnych do przewidzenia, w których trudno zaobserwować statystyczne prawidłowości. Znaczenie w ocenie ryzyka ma makroekonomia. W dobrych warunkach ekonomicznych i ko-

niunkturalnych ubezpieczenia te rozwijają się, natomiast wahania koniunktury czy recesja powodują spadek popytu na nie oraz wzrost wypłacalnych odszkodowań. ■

mgr Izabela Tatulińska

Autorka jest doktorantką w Katedrze Finansów Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Kto wypłaci emeryturę z II filara?

Chociaż nowy system emerytalny zaczął obowiązywać od 1 stycznia 199 roku, nadal nie uchwalono jeszcze ustawy dotyczącej zasad wypłat emerytur z drugiego filara oraz koncepcji podmiotów, które będą odpowiadały za wypłatę tych świadczeń. Ubezpieczeni musieli więc de facto decydować o wyborze rozwiązania, które nie zostało jeszcze do końca opracowane.

Instytucje wypłacające emerytury powinny powstać w Polsce w latach 2007-2008, gdyż od 2009 roku najstarsi członkowie nowego systemu emerytalnego zaczęły pobierać świadczenia emerytalne. Etap wypłaty emerytur powinien być ściśle dostosowany do rozwiązań zastosowanych w okresie oszczędnościowym. Systemy emerytalne oparte na zasadzie kapitałowej uważane są za opłacalne, jeżeli w długim okresie gwarantują stopę zwrotu wyższą niż stopa wzrostu wynagrodzeń w gospodarce oraz gdy otrzymywane świadczenia odznaczają się adekwatną ceną, są wypłacane regularnie i zagwarantowane jest ich bezpieczeństwo (ciągłość wypłat nawet w przypadku bankructwa podmiotu je wypłacającego).

Projekt ustawy o zakładach emerytalnych zakłada utworzenie

zupełnie nowych instytucji zajmujących się wypłatą świadczeń emerytalnych z drugiego filara. Propozycja powołania wielu nowych instytucji ma jednak zarówno zagorzałych zwolenników jak i przeciwników. Według wzorców rynkowych, które uwzględnione zostały przy tworzeniu oszczędnościowej części drugiego filara, wypłaty powinny być realizowane przez konkurujące ze sobą instytucje ubezpieczeniowe, a więc zakłady emerytalne lub komercyjne zakłady ubezpieczeń na życie. Przesłanką wyboru konkretnej koncepcji powinno być kryterium niskich kosztów oraz bezpieczeństwa środków emerytalnych.

Przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przedstawili dotychczas cztery różne koncepcje wypłaty świadczeń, które

brane są pod uwagę w polskich realiach:

- 1) wypłata świadczeń przez powszechne towarzystwa emerytalne,
- 2) wypłata emerytur przez towarzystwa ubezpieczeń na życie,
- 3) utworzenie jednej instytucji wypłacającej świadczenia z drugiego filara (tzw. ZUS BIS),
- 4) utworzenie odrębnych zakładów emerytalnych.

Która z tych instytucji powinna zatem wypłacać świadczenia z II filara polskiego systemu emerytalnego?

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ PRZEZ POWSZECHNE TOWARZYSTWA EMERYTALNE

Koncepcja wypłaty świadczeń przez powszechne towarzystwa emerytalne (PTE) ma więcej przeciwników niż zwolenników. Jej niezaprzeczalną zaletą jest uniknięcie ogromnych kosztów organizacyjnych, gdyż mamy do czynienia z instytucjami już istniejącymi. Jednakże błędem byłoby przekazanie funkcji wypłaty świadczeń z II filara podmiotom, których przedmiot działalności różni się zasadniczo od wypłaty emerytur. Powszechne towarzystwa emerytalne mają bowiem za zadanie jedynie zebranie i pomnożenie przekazanych im oszczędności. Zajmują się działalnością inwestycyjną i dotyczą ich zupełnie inne ryzyka. Oferując konkretne usługi finansowe nie

brały one pod uwagę wieku, płci czy stanu zdrowia potencjalnego klienta. Trudno byłoby postawić je teraz przed faktem dokonanym i przenieść na nie ryzyko długości życia ich klientów.

Pojawiła się również koncepcja programowego wycofywania środków, która polega na dopuszczeniu możliwości wypłaty emerytury w formie systematycznych wypłat dokonywanych przez PTE. Emeryturę w formie wypłat ratalnych (programowych) mógłby otrzymywać każdy ubezpieczony, który z filara I wypracował świadczenie w wysokości co najmniej świadczenia minimalnego. W ten sposób państwo nie musiałoby dopłacać do emerytury minimalnej w sytuacji wyczerpania się środków zgromadzonych w filarze II.

Pamiętać należy, że wypłaty programowe nie chronią ubezpieczonych przed ryzykiem długowieczności, gdyż środki mogą się wyczerpać przed śmiercią emeryta. Poza tym powstaje problem nierównego traktowania uczestników systemu w zależności od tego, czy wypracowali z filara I emeryturę minimalną czy też nie.

WYPŁATA EMERYTUR PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

Czasami pojawiają się głosy, że emerytury mogą być wypłacane przez istniejące już instytucje, takie jak zakłady ubezpieczeń na życie. Wariant prywatnie zarządzanych życiowych firm ubezpieczeniowych konkurujących na rynku emerytalnym opiera się na założeniu, że środki przekazane z rachunków w OFE nie mieszają się z pozostałymi aktywami tych podmiotów.

Zalety:

- zarządzanie ryzykiem o różnych znakach,
- uniknięcie trudności (organizacyjnych i finansowych) na początku funkcjonowania, gdy zakład nie posiada jeszcze wymaganej liczby klientów,
- zakłady ubezpieczeń posiadają

już ogromne doświadczenie i wiedzę o rynku ubezpieczeniowym,

- armia wyszkolonych pośredników (niższe koszty akwizycji).

Wady:

- trudne do zdefiniowania gwarancje,
- „rozmywanie się” obowiązkowego systemu emerytalnego,
- kłopoty z dyrektywami UE,
- potencjalna dyskryminacja.

Ze względu na wymóg zwiększonego bezpieczeństwa środków na wypłatę emerytur powierzenie tej funkcji zakładom ubezpieczeń wydaje się niewłaściwe, gdyż prowadzenie takiej działalności wymaga stworzenia bardziej rygorystycznych przepisów niż w przypadku działalności ubezpieczeniowej. Przede wszystkim pojawia się problem wyodrębnienia funduszy przeznaczonych na wypłatę świadczeń każdej z kohort w celu bezpieczniejszego zarządzania tymi środkami dla dobra zarówno zakładu ubezpieczeń, jak również samych emerytów. Poza tym, biorąc pod uwagę wymóg maksymalnego bezpieczeństwa środków, powinny zostać wprowadzone zdecydowanie ostrzejsze limity inwestycyjne. Choć produkty emerytalne są faktycznie produktami ubezpieczeniowymi, to inne będą wymogi informacyjne i warunki obsługi osób pobierających świadczenia.

Nie można jednak zaprzeczyć, że działające już zakłady ubezpieczeniowe posiadają ogromny zakres wiedzy o polskim rynku i występujących na nim trendach, które to informacje zakład ubezpieczeń emerytalnych musiałby dopiero zdobywać. Jeżeli uznamy, że świadczenie emerytalne jest ubezpieczeniem na życie z jednorazową składką płatną w momencie przejścia na emeryturę, to, zgodnie z art. 2 pkt. 2 oraz art. 10 pkt. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczenia emerytalne mogą oferować wyłącznie zakłady ubezpieczeń, które posiadają zezwolenie na pro-

wadzenie działalności w dziale ubezpieczeń na życie.

Biorąc pod uwagę koszty działalności nowych instytucji, znaczący jest fakt, iż funkcjonujące zakłady ubezpieczeń na życie posiadają już armię dobrze wyszkolonych akwizytorów oraz sieć współpracujących pośredników. Dodając do tego bogatą bazę danych o klientach, którą ubezpieczyciele zdobyli podczas akwizycji do otwartych funduszy emerytalnych (OFE), stwierdzić należy, iż koszty pozyskiwania klientów byłyby w tym przypadku znacznie niższe.

Swego rodzaju problem powstaje w związku z planami wejścia Polski do Unii Europejskiej. Ponieważ w filarze II, jako części systemu ubezpieczeń społecznych, państwo gwarantuje wypłacalność emerytur, konieczna jest możliwość panowania nad tym obszarem. Chodzi głównie o to, aby po otwarciu granic dla działalności firm z Unii nie doszło do sytuacji, w której podmiotami wypłacającymi emerytury z filara II są jakieś firmy ubezpieczeniowe, nad którymi polskie instytucje nadzorcze nie sprawują żadnej kontroli. Jest to jeden z głównych powodów, dla których powstała koncepcja zakładów emerytalnych, a nie firm ubezpieczeniowych na życie jako dostawcy usług emerytalnych w filarze II.

Ze względu na wielość firm ubezpieczeniowych możliwa jest również dyskryminacja klientów, gdyż każdy zakład chciałby zdobyć jak najkorzystniejszy portfel ryzyk, np. unikając zawierania umów z kobietami.

POWOŁANIE JEDNEJ INSTYTUCJI WYPŁACAJĄCEJ ŚWIADCZENIA Z DRUGIEGO FILARA

Koncepcja jednego zakładu emerytalnego zwana jest często utworzeniem ZUS-u BIS. Zakłada ona powołanie jednego, poddanego nadzorowi Aktuariusza Krajowego (wzorowanego na Aktuariuszu Krajowym Zjednoczonego Królestwa) zakładu emerytalnego. Za-

kład ten zarządzałby spoolowanym ryzykiem a zarządzanie aktywami oddawałby zewnętrznym firmom wyspecjalizowanym w zarządzaniu aktywami (odpowiedni przetarg na skończony okres, np. 5 lat). Firmy zarządzające aktywami tej instytucji wybierane byłyby na kolejną „kadencję” w zależności od osiągniętych w poprzednim okresie wyników inwestycyjnych.

Zalety:

- uniknięcie możliwej dyskryminacji,
- brak kosztów akwizycji,
- łatwe do zdefiniowania gwarancje,
- brak problemów z dyrektywami UE.

Wady:

- negatywny odbiór społeczny (kojarzy się z ZUS),
- brak wyboru,
- potencjalna korupcjogenność,
- możliwa nieefektywność.

Jest w jakiś sposób udowodnione, że państwo, które administruje przedsięwzięciami gospodarczymi, ulega – po pierwsze – pewnej tendencji do przyrostu w warunkach braku konkurencji ze strony innych podmiotów. Dyskusyjne jest stwierdzenie o istnieniu wolnej konkurencji w przypadku produktu oferowanego przez zakłady emerytalne, których wybór jest przede wszystkim obowiązkowy i jednorazowy, ale w przypadku jednego zakładu problem ten pojawia się w większym wymiarze. Możliwa nieefektywność wiąże się w tym przypadku z brakiem konkurencji wymuszającej obniżanie kosztów. Koszty zarządzania aktywami mogą zostać obniżone poprzez wybór konkurencyjnych firm zarządzających lecz pozostałe koszty funkcjonowania takiej instytucji pozostałyby poza wszelką kontrolą.

Po drugie, pamiętać należy o problemie styku polityki i zarządzania bardzo dużymi pieniędzmi. Zawsze istnieje wówczas niebezpieczeństwo pewnych nacisków politycz-

nych, aby np. w roku wyborczym aktuariusz troszeczkę wszystko inaczej przeliczył, a za kilkadziesiąt lat będzie się tym martwił kto inny. Część specjalistów uważa, że możliwe jest ograniczenie wpływów politycznych poprzez wprowadzenie mechanizmów, które chronią przed niepożądanymi zmianami wysokości świadczeń, np. że ich zmiany nie można dokonać w roku wyborczym lecz przykładowo w okresie nawet 5 czy 7 lat. Należy jednak podkreślić, że w przypadku instytucji państwowej najwyższe stanowiska piastowałyby zapewne osoby związane z partiami politycznymi dlatego niemożliwe jest uwolnienie tej instytucji od wpływów politycznych.

Problemem jest również wybór firm zarządzających aktywami jednej, dużej instytucji. Proponuje się wprowadzenie przetargu na zarządzanie polegającego na przyznawaniu odpowiedniej puli aktywów w zależności od wyników inwestycyjnych osiągniętych przez daną firmę we wcześniejszym okresie. Publiczne przetargi rodzą zwykle mieszane uczucia i są potencjalnym źródłem korupcji. Najwyższe stanowiska w jednym zakładzie emerytalnym byłyby zapewne obsadzone według klucza politycznego, istnieje więc poważne zagrożenie nieefektywności w dokonywaniu wyboru firmy zarządzającej aktywami zakładu.

W przypadkach takich od razu pojawia się pytanie, jak zmierzyć efektywność inwestowania. Można porównywać samą stopę zwrotu lub stopę zwrotu z uwzględnieniem ryzyka. Należy jednak podkreślić, że jeżeli w konsekwencji kolejnego przetargu następowało będzie przekazanie środków efektywniejszej firmie, powstaje problem ich transferu, gdyż są to środki zainwestowane. Poprzez spieniężenie środków można często ponieść znaczną stratę. Jeżeli natomiast wybrana firma dostanie do zarządzania konkretne aktywa zainwestowane w nieciekawe instrumenty inwestycyjne, to nie uda jej się osiągnąć żadnych rewelacyjnych rezultatów.

Na uwagę zasługuje również fakt, że w przypadku zastosowania przetargu, firmy zarządzające mogą dążyć do podobnego konstruowania portfeli inwestycyjnych, ponieważ ryzyko osiągnięcia gorszych rezultatów jest wówczas minimalne. Podmioty zarządzające postępowałyby podobnie jak powszechne towarzystwa emerytalne pragnące osiągnąć minimalną stopę zwrotu. Faktycznie byłby to więc jeden worek inwestowany wspólnie.

Nie jest ponadto powiedziane, że koszty jednej dużej instytucji będą niższe niż instytucji prywatnych, wspominając chociażby dyskusję o kosztach poboru składki przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który jest w tym zakresie monopolistą. Wydaje się, że dążenie ZUS do osiągania tych kosztów na poziomie maksymalnym jest typowym działaniem monopolisty, który zawsze będzie miał wiele uzasadnień, dlaczego koszty, które ponosi są niezbędne i dlaczego nie można ich obniżyć. Zakładając, że nie będzie konkurencji, koszty funkcjonowania tego podmiotu albo poniosą ubezpieczeni albo państwo. Tylko konkurencja i nastawienie prywatnego właściciela na zyski są mechanizmem, który jest w stanie wymusić redukcję kosztów.

Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że w przypadku jednej instytucji problemy demograficzne są w jakimś sensie rozwiązane przez to, że mamy do czynienia z wielką pulą współubezpieczonych. Przy kilku milionach osób pobierających emerytury, rzeczywiste długości życia realizują się wówczas bardzo blisko wielkości teoretycznych. Ten wielki fundusz nie likwiduje oczywiście ryzyka systematycznego przesuwania się tablic trwania życia, ale w jakiś sposób czyni ten system bardziej przejrzystym i mniej kosztownym.

Warto zwrócić uwagę, że wprowadzenie jednej instytucji wypłacającej świadczenia z jednej strony znacznie ogranicza potencjalne możliwości wyboru formy świadczenia emerytalnego, z drugiej jed-

nak strony przeciwdziała występowaniu zjawiska antyselekcji w działalności wielu prywatnych podmiotów wypłacających świadczenia.

Biorąc pod uwagę kwestię ostrzegania reformy emerytalnej przez społeczeństwo, wypłata emerytur przez jedną publiczną instytucję byłaby olbrzymim regresem w stosunku do tego, co przekazano w toku kampanii informacyjnej. Jednym z elementów „bezpieczeństwa dzięki różnorodności” jest bowiem prywatne zarządzanie środkami w drugim filarze. Zwracając pieniądze do instytucji publicznej, twórcy niejako przyznaliby, że państwo zarządza tymi środkami lepiej niż sektor prywatny. Działanie takie mogłoby podważyć zaufanie do roli sektora prywatnego w reformie emerytalnej, a więc również do otwartych funduszy emerytalnych.

UTWORZENIE ODREBNYCH ZAKŁADÓW EMERYTALNYCH

Zakłady emerytalne byłyby prywatnie zarządzanymi wyspecjalizowanymi firmami ubezpieczeniowymi konkurującymi na rynku emerytalnym.

Zalety:

- rozwiązanie dawno już zapowiedziane (projekt w Sejmie),
- możliwość wyboru zakładu i podobieństwo do funduszy emerytalnych (pozorne, ale dla ludzi łatwe do zaakceptowania),
- konkurencja wymuszająca niższe koszty,
- relatywnie łatwa możliwość skonstruowania gwarancji.

Wady:

- potencjalna dyskryminacja klientów,
- wysokie koszty akwizycji,
- zarządzanie jednoznakowym ryzykiem,
- miejsce dla niewielu firm w początkowym okresie rynku emerytalnego.

Zarządzanie drugim filarem polskiego systemu emerytalnego w fazie gromadzenia kapitału emerytalnego przekazane zostało w ręce

sektora prywatnego, ze względu na wyższą efektywność takiego rozwiązania. Dlatego też logicznym posunięciem wydaje się powierzenie podmiotom prywatnym działalności z zakresu wypłat świadczeń emerytalnych z tego filara. Koncepcja utworzenia zakładów emerytalnych zakłada przekazanie wszystkich czynności związanych z wypłatą świadczeń instytucjom rynkowym działającym na rynku regulowanym.

Zakłady ubezpieczeń emerytalnych, tak jak powszechnie fundusze emerytalne, będą działały na wydzielonym z rynków finansowych segmencie emerytalnym uczestnicząc jedynie w konkurencji wewnętrznej bez ponoszenia ryzyka i presji ze strony produktów inwestycyjnych oferowanych przez inne instytucje finansowe. Koncepcja taka przeniknęła już do świadomości części społeczeństwa, lecz jedynie badanie opinii publicznej mogłoby ocenić jej popularność.

Kluczową sprawą wydaje się zapewnienie konkurencji na tym rynku, czyli doprowadzenie do sytuacji występowania dostatecznie dużej ilości podmiotów. Przy oferowaniu emerytur dożywotnich ryzyko dłuższego życia przechodzi na instytucję wypłacającą emeryturę. Ponieważ ubezpieczony porównuje ofertę tylko raz w momencie wyboru emerytury, należy zadbać, aby była ona jak najkorzystniejsza. Jeżeli jednak podmiotów będzie za mało, zwłaszcza na początku, to oferowane emerytury będą zbyt niskie w stosunku do oczekiwań.

Koncepcja zakładów emerytalnych oznacza minimalizację roli państwa jedynie do funkcji nadzorczych. Mniejsze jest niebezpieczeństwo interwencji politycznych w funkcjonowanie systemu niż w przypadku instytucji administrowanych publicznie. Maleje możliwość wpływania na wysokość świadczeń wypłacanych przez zakłady. We wszystkich systemach emerytalnych, w których w wypłatę świadczeń zaangażowane jest państwo istnieje tendencja do wymu-

szania na instytucji wyższych świadczeń obecnie kosztem wypłacalności systemu w długim okresie. Sytuacje takie zaobserwować mogliśmy wielokrotnie w Polsce w przypadku chociażby cienia możliwości kryzysu finansów publicznych.

W przypadku kilku podmiotów rywalizujących o klientów często podnoszona jest kwestia, iż środki na działalność akwizycyjną i reklamową wydawane są wówczas nieefektywnie, ponieważ w przypadku jednej instytucji koszty administracyjne tego rodzaju nie występują (nieefektywność taka wystąpiła na przykład w początkowych latach wprowadzania reformy chilijskiej). Aby rozstrzygnąć, czy dany system (rozwiązanie) jest tanie czy drogie, znaleźć należy odpowiedni punkt odniesienia. Warto dokonać porównania kosztów podobnych usług, bądź porównać ich użyteczność dla potencjalnego klienta. Warto również zastanowić się nad wpływem wysokości prowizji na wysokość stopy zwrotu. Bowiem nawet wysokie prowizje mogą okazać się zdecydowanie korzystniejsze od rozwiązań najtańszych, jeżeli gwarantują nieporównywalnie wysoką stopę zwrotu. Zakładając, że istnieją dwa podmioty, z których jeden nie zabiera nic na wejściu, a drugi zabiera na początku 7% ale jednocześnie osiąga stopę zwrotu o ok. 1% wyższą, okazuje się, że w horyzoncie wypłaty emerytury dożywotniej ten drugi funkcjonuje efektywniej.

Poważny problem może stanowić zjawisko antyselekcji, gdyż zakłady w celu zdobycia jak najkorzystniejszej struktury klientów będą dążyły do pozyskiwania ubezpieczonych o krótszym dalszym oczekiwanym trwaniu życia. Mogą się więc pojawić sytuacje, kiedy zakłady z różnych powodów będą odmawiać zawarcia umowy np. z kobietami. Problem ten rozwiązać można poprzez wprowadzenie pośrednictwa ZUS w zawieraniu umowy emerytalnej. ZUS mógłby przesyłać ubezpieczonym oferty i formularze umów wszystkich zakładów emery-

talnych, a następnie przyjmować od nich wypełnione umowy i przysyłać je do zakładów. W przypadku antyselekcji problemem są również kampanie reklamowe zakładów skierowane do wybranej grupy odbiorców. W tej kwestii ścisłą kontrolę sprawować musi instytucja nadzorcza.

Podstawowe założenia dotyczące nowych instytucji zwanych zakładami emerytalnymi przedstawiają się następująco:

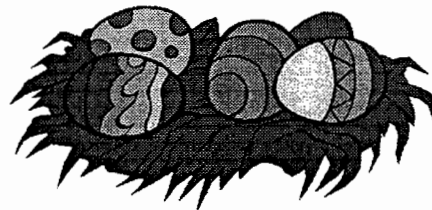
- wypłaty emerytur w ramach II filara systemu emerytalnego dokonują zakłady emerytalne, których wyłącznym przedmiotem działalności może być oferowanie emerytur dożywotnich;
- wykup emerytury w danym zakładzie emerytalnym będzie wyborem jednorazowym i ostatecznym, gdyż nie będzie można zmienić raz wybranego zakładu;
- w pozyskiwaniu klientów zakłady korzystać będą z istniejącej na rynku sieci akwizytorów

(agentów ubezpieczeniowych, przedstawicieli otwartych funduszy emerytalnych, placówek bankowych) oraz drogi korespondencyjnej. Instytucje te będą mogły dostarczyć swoją ofertę określonym rocznikom osób aktywnych zawodowo za pośrednictwem poczty;

- emerytura wypłacana przez zakłady będzie płatna miesięcznie i corocznie indeksowana. Wysokość emerytury zależała będzie jedynie od wieku i płci ubezpieczonego. Zakazane będzie uzależnienie wysokości świadczenia od stanu zdrowia, miejsca zamieszkania, wykonywanego zawodu itp.;
- świadczenia wypłacane przez zakład mają gwarancje państwa. W przypadku likwidacji zakładu emerytalnego, istniejący portfel zobowiązań zostanie przejęty przez inny zakład, a w przypadku braku takiego zakładu – przez odpowiedni fundusz gwarancyjny.

Trudno jest rozstrzygnąć jednoznacznie, czy istnienie zakładów ubezpieczeń emerytalnych jest uzasadnione. Stworzenie tych instytucji wiąże się na pewno z koniecznością pokrywania przez świadczeniobiorców dodatkowych kosztów ich funkcjonowania, ponieważ podmioty te będą musiały nie tylko zapewnić ubezpieczonym określoną stopę zwrotu, lecz również zagwarantować właścicielom odpowiedni zysk. Zagrożenie nieefektywnego gospodarowania środkami przez instytucję publiczną wydaje się jednak znacznie wyższe, a przymusowy rynek z jednym wyborem nie wydaje się rozwiązaniem akceptowanym przez społeczeństwo. ■

Joanna Owczarek



Odpowiedzialność solidarna posiadaczy pojazdów mechanicznych za wyrządzoną szkodę

Zdarza się, iż za wyrządzoną szkodę odpowiedzialnych jest kilka podmiotów. Najczęściej sytuacja taka ma miejsce w przypadku szkód komunikacyjnych.

Będzie miał tu zastosowanie art. 441 § kodeksu cywilnego, w myśl którego jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna. Definicję odpowiedzialności solidarnej zawiera art. 366 § 1, zgodnie z którym kilku dłużników może być zobowiązanych w ten sposób, że wierzyciel

może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna.

Bywa, iż jeden z kierujących odpowiedzialnych za szkodę ucieknie z miejsca zdarzenia i fakt ten zostanie potwierdzony w trakcie prowadzonego przez zakład ubezpieczeń postępowania wyjaśniającego okoliczności w jakich doszło do ko-

lizji. Po zgłoszeniu szkody do zakładu ubezpieczeń, w którym posiadacz tego pojazdu wykupił polisę OC obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego, zdarza się, że w opinii zakładu ubezpieczeń zebrana dokumentacja jeszcze nie pozwala na zamknięcie postępowania likwidacyjnego ze względu na fakt współodpowiedzialności kierowcy nieustalonego pojazdu. W konsekwencji – zdaniem ubezpieczyciela – fakt istnienia jeszcze jednego sprawcy kolizji stanowi podstawę wy-

płacenia odszkodowania jedynie w 50%.

Jednak wobec takiego stanu faktycznego i podjętej na jego podstawie decyzji zakładu ubezpieczeń o wypłacie jedynie części odszkodowania nasuwa się kilka uwag. W omawianym przypadku odpowiedzialność sprawcy szkody jest niekwestionowana, czego skutkiem jest przyjęcie przez jego ubezpieczyciela odpowiedzialności za powyższe zdarzenie. Jednak wypłata odszkodowania w 50% ze względu na udział niezidentyfikowanego pojazdu nie znajduje uzasadnienia, gdyż w przypadku udziału w zdarzeniu kilku sprawców wszyscy oni ponoszą za to zdarzenie odpowiedzialność. Jak już wspomniano, jest to odpowiedzialność solidarna, istnienie której umożliwia poszkodowanemu żądanie całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna. Poszkodowanemu przysługuje więc roszczenie do wszystkich sprawców szkody. W omawianym przypadku jeden ze sprawców wykupił polisę ubezpieczenia OC i roszczenie zostało skierowane jedynie do zakładu ubezpieczeń. Konsekwencją tego faktu jest obowiązek spełnienia świadczenia w całości przez ubezpieczyciela.

Nadmienić należy, iż wypłata jedynie części odszkodowania zdarza się także w przypadkach, gdy obaj sprawcy są znani a posiadane przez nich polisy ubezpieczeniowe stwierdzają zawarcie umowy ubezpieczenia OC w dwu różnych zakładach ubezpieczeń. W takiej sytuacji bywa, iż po wypłacie części odszkodowania w jednym z nich poszkodowany jest odsyłany do drugiego w celu wypłaty części pozostałej.

Tak prowadzone postępowanie likwidacyjne – pomijające fakt istnienia tu odpowiedzialności solidarnej – jest nieprawi-

dłowe i narusza powołane na wstępie przepisy kodeksu cywilnego.

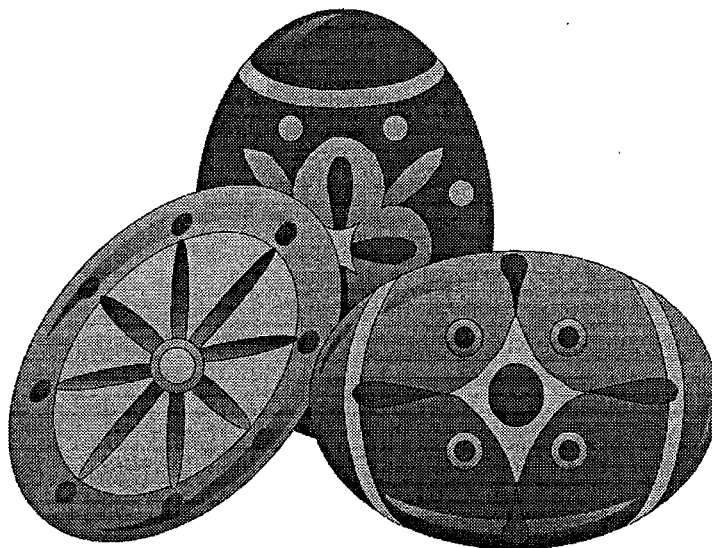
Oddzielna kwestią jest wzajemne rozliczanie się między sobą kilku dłużników, gdy roszczenie wygasa na skutek jego zaspokojenia.

Jak już wspomniano wcześniej, w przypadku gdy poszkodowany zgłosi roszczenie o odszkodowanie tylko do jednego z dłużników, jest on zobowiązany do naprawienia szkody w całości. Rozliczenia między osobami, na których ciąży obowiązek naprawienia szkody reguluje art. 441 § 2 k.c., w myśl którego jeżeli szkoda była wynikiem działania lub zaniechania kilku osób, ten, kto szkodę naprawił, może żądać od pozostałych zwrotu odpowiedniej części zależnie od okoliczności, a zwłaszcza od winy danej osoby oraz od stopnia, w jakim przyczyniła się do powstania szkody. Oznacza to, iż w przypadku gdy zidentyfikowano dwu sprawców, a poszkodowany skierował roszczenie tylko do jednego zakładu ubezpieczeń, po zaspokojeniu tego roszczenia ubezpieczyciel ten ma prawo wystąpić do drugiego z ubezpieczycieli z roszczeniem zwrotnym obejmującym określoną część wypłaconego odszkodowania.

W omawianej na wstępie sytuacji, gdy sprawca szkody nie został zidentyfikowany i odszkodowanie bądź świadczenie wypłacił ubezpieczyciel drugiego ze sprawców, ubezpieczycielowi temu przysługuje roszczenie regresowe do Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego jednakże jedynie w zakresie szkody na osobie. W myśl bowiem art. 51 ust. 2, p.1, lit.a) ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (tj. z 96 r. Nr 11, poz. 62 ze zm.) do zadań Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego należy wypłacanie odszkodowań i świadczeń z tytułu ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę na osobie w przypadku, gdy nie ustalono tożsamości posiadacza pojazdu bądź kierującego i nie zidentyfikowano pojazdu.

Oznacza to, iż jeżeli poszkodowany dozna szkody na mieniu a ubezpieczyciel spełniając swój obowiązek wypłaci odszkodowanie należne poszkodowanemu, będzie mógł wystąpić z roszczeniem regresowym wyłącznie wtedy, gdy prowadzone postępowanie przygotowawcze doprowadzi do ujawnienia drugiego sprawcy, a co za tym idzie drugiego ubezpieczyciela. ■

Ewa Kiziewicz



III filar – w oczekiwaniu na zmiany

Reforma systemu emerytalnego, przeprowadzona w 1999 r., zakładała pobudzenie prywatnej zapobiegliwości związanej z zabezpieczeniem środków na okres starości. Do tej pory borykamy się z problemami jakie wystąpiły przy wdrażaniu II filara, natomiast III filar praktycznie nie istnieje.

Bardzo często mówi się o trzecim filarze mając na myśli wszelkie produkty finansowe kupowane z myślą o przyszłej emeryturze. Należy jednak tutaj zauważyć, że jeżeli III filar ma stanowić część publicznego systemu emerytalnego, to powinno się oczekiwać minimalnego chociażby udziału państwa w tym przedsięwzięciu. Najczęściej sprowadza się to do ustalania struktur organizacyjnych oraz oferowania zwolnień podatkowych dla uczestników. Dzisiaj w ramach tak rozumianego III filara istnieją jedynie Pracownicze Programy Emerytalne. Jednak ich liczba, około 200, nie może nastrojać optymistycznie. Rząd w celu pobudzenia PPE zapowiada zmiany, co przyczyniło się do spadku zainteresowania tą instytucją z powodu niepewności kształtu przyszłych rozwiązań.

Przy obecnym stopniu powszechności PPE, a właściwie jej braku, coraz częściej wspomina się o konieczności promowania indywidualnych planów emerytalnych. Takie plany tworzone byłyby według dosyć sztywnych reguł, gwarantujących ich emerytalny charakter. Osoby, które zdecydowałyby się na utworzenie takiego planu mogłyby liczyć na zachęty podatkowe, pod warunkiem kontynuacji do określonego wieku. Najczęściej wspomina się o wieku 60 lat.

Indywidualne plany emerytalne mogą być tworzone przy użyciu różnorodnych produktów rynku finansowego. Na szczegól-

ną uwagę zasługuje:

- ubezpieczenie z elementem inwestycyjnym
- oszczędzanie w ramach funduszu inwestycyjnego
- rachunek w domu maklerskim
- długoterminowa lokata bankowa

Ubezpieczenie jest dosyć popularnym instrumentem finansowym, co bynajmniej nie oznacza, że jest on dobrze używany. Produkt ubezpieczeniowy może mieć cel ochronny, np. ubezpieczenie na wypadek śmierci lub oszczędnościowy, typowe ubezpieczenie na dożycie. Dosyć często można się spotkać z zawieraniem ubezpieczeń z dużą częścią ochronną w celu zapewnienia środków na starość. Jest to błąd z punktu widzenia celu nabycia takiego produktu. Jeżeli korzystamy z ubezpieczeń w celu zapewnienia środków na starość to powinien być to produkt z jak największą częścią oszczędnościową, na przykład ubezpieczenie na dożycie.

Ubezpieczenie na dożycie zapewnia wypłatę świadczenia w przypadku dożycia określonego wieku. Mimo dużej prostoty oraz konstrukcji idealnie pasującej do finansowania przyszłych potrzeb emerytalnych, ubezpieczenie to w czystej formie nie cieszy się dużą popularnością. Warto się nim jednak zainteresować, gdyż stanowi jeden z ciekawszych produktów ubezpieczeniowych o charakterze oszczędnościowym.

O wiele częściej natomiast zakłady ubezpieczeń proponują

ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie, które zawiera w sobie jednocześnie element ochronny i oszczędnościowy. Jednak taki produkt nie jest najlepszym rozwiązaniem samego problemu emerytalnego. Ubezpieczenie ochronno-oszczędnościowe ma na celu zabezpieczenie obecnej sytuacji rodziny oraz zapewnienie przyszłych środków emerytalnych. Kupując jedno ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie realizujemy oba cele, często żadnego dobrze. Dlatego warto przed podjęciem decyzji zapoznać się z całą ofertą rynku.

Obecnie bardzo popularne są ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym. Ich konstrukcja zapewnia lokowanie części składki w funduszach zarządzanych przez zakład ubezpieczeń (fundusze różnią się między sobą stopniem zaangażowania w akcje). Pozostałą część stanowi element ochronny i w przypadku wyboru tego produktu powinna być ona jak najmniej, albowiem celem nie jest ochrona życia lecz gromadzenia środków na starość.

Kupując ubezpieczenie wiążemy się z zakładem ubezpieczeń czasami nawet na kilkadziesiąt lat. Można to porównać do zakupu mieszkania lub samochodu. Dlatego powinno się wystrzegać pochopnego zawierania takich umów. Ile czasu powinien zająć zakup ubezpieczenia? Jeżeli znamy swoje potrzeby to od 2 do 4 tygodni. Ten czas jest niezbędny do spokojnego przeanalizowania oferowanych warunków oraz ustalenia wielkości zaangażowanych środków.

Towarzystwa funduszy inwestycyjnych pojawiły w się Polsce wraz z odtworzeniem rynku kapitałowego. Jedno towarzystwo funduszy inwestycyjnych

może zarządzać wieloma funduszami, które różnią się między sobą ryzykiem inwestycyjnym. Oczywiście im większe ryzyko tym potencjalnie większy zysk, chociaż należy zauważyć, że rośnie również groźba potencjalnej straty.

Najbezpieczniejszy jest fundusz rynku pieniężnego prawie w całości składający się z papierów dłużnych Skarbu Państwa. Może on stanowić alternatywę dla krótkoterminowych lokat bankowych. Stopa zwrotu obu instrumentów jest podobna.

Fundusz obligacji składa się prawie wyłącznie z różnego rodzaju obligacji. Jest to bardzo bezpieczny fundusz a przy odpowiednim doborze instrumentów może też osiągnąć całkiem przyzwoitą rentowność.

Fundusz stabilnego wzrostu składa się zarówno z obligacji jak i akcji. Obligacje stanowią przeważnie 50-70%, zaś akcje 30-50% wartości portfela. Fundusz ten zapewnia wyższy zwrot aniżeli fundusz obligacji, zmiany wartości nie są jednak zbyt duże. Umiarkowany zysk wynika z ograniczenia ryzykownych transakcji w akcje, w zamian za co otrzymujemy większe bezpieczeństwo.

Fundusz zrównoważony większość aktywów inwestuje w akcje, około 60-70%. Obligacje stanowią 30-40%. Duży udział akcji powoduje znaczne wahania wartości tego funduszu, dlatego inwestycje w nim nie powinny być krótsze niż 1 rok. W dłuższym okresie rentowność tego typu funduszy powinna być wyższa od lokat bankowych.

Fundusz agresywny charakteryzuje się prawie 100% udziałem akcji w portfelu funduszu. Jest to najbardziej ryzykowny fundusz, jednocześnie może przynieść potencjalnie największe zyski. Zmienność wartości aktywów jest bardzo duża. Przeznaczone są one do długoterminowych inwestycji.

Aby nie narażać się na zbyt duże ryzyko a jednocześnie zapewnić sobie godziwy zysk, można inwestować jednocześnie w kilka funduszy. Jest to zgodne z podstawową zasadą inwestowania, mówiącą aby „nie umieszczać wszystkich jaj w jednym koszyku”. Obecnie towarzystwa funduszy inwestycyjnych oferują programy emerytalne na bazie zarządzanych funduszy.

Rachunek w domu maklerskim wymaga już obycia z rynkiem kapitałowym i dużej wiedzy na ten temat. Wybierając tę formę w zasadzie sami decydujemy o dokonywanych inwestycjach. Jeżeli kwota zgromadzona na rachunku w domu maklerskim przekracza 100 000 PLN (czasami nawet mniej) można zlecić maklerom odpłatne zarządzanie. Ich zadaniem jest stworzenie portfela inwestycyjnego dostosowanego do potrzeb i preferencji klienta. Powierzając zarządzanie profesjonalistom można liczyć na lepsze wyniki, aczkolwiek w przypadku wyboru agresywnej strategii należy się liczyć z dużymi wahaniami wartości portfela. Prowadzenie rachunku jest odpłatne. Opłata jest również naliczana za każdą dokonaną transakcję. Taka prowizja za usługi związane z obrotem papierami wartościowymi oraz prawami pochodnymi jest uzależniona od wartości zlecenia i rodzaju papieru wartościowego.

Lokata w banku jest najprostszą z wymienionych form. W zasadzie jedyny wybór jakiego się tutaj dokonuje to forma oprocentowania stałe lub zmienne. Obecnie oprócz tradycyjnych lokat można również założyć rachunek oszczędnościowy lub konto lokacyjne, które charakteryzują się większą elastycznością. Powszechnie uważa się, że o ile na inwestycjach można stracić to lokaty są pewne. Może się jednak zdarzyć, że nie jest to nic innego jak pewna strata. Dzieje się tak wówczas gdy oprocentowanie nie nadąża za inflacją.

Najmniej elastycznym z przedstawionych instrumentów jest z pewnością ubezpieczenie. Z jednej strony brak tutaj możliwości elastycznego reagowania na zmianę sytuacji w naszych finansach lub na rynku. Z drugiej jednak strony „przymus” systematycznego płacenia składki ubezpieczeniowej jest najbardziej dopingującym sposobem gromadzenia oszczędności na starość.

Przy wyborze form oszczędzania na emeryturę warto zwrócić uwagę na wszystkie koszty ponoszone na wstępie i w przyszłości. Dotyczy to w szczególności opłaty za zarządzanie pobieranej od aktywów w funduszach inwestycyjnych. Istotna jest również możliwość zmiany struktury funduszy lub zasad oprocentowania w trakcie.

Warto korzystać z wielu instrumentów dokonując jednocześnie dywersyfikacji ryzyka. Pamiętać również należy, że choć cel emerytalny jest ważny to nie można zapominać o terażniejszości. Zobowiązanie się do opłacania przez kilkanaście lub kilkadziesiąt lat wysokich składek może stanowić poważne obciążenie w przypadku okresowej utraty dochodów (np. wskutek bezrobocia). Potrzeby osób na emeryturze są mniejsze od aktywnych zawodowo, dlatego nie można brać pod uwagę wszystkich obecnych wydatków. W Stanach Zjednoczonych, kraju o dużo wyższym dochodzie na jednego mieszkańca zakłada się, że emerytura powinna wynieść 70-80% wcześniejszych zarobków.

Obecnie trwają prace zmierzające do stworzenia koncepcji indywidualnych planów emerytalnych w ramach III filara. Zaprezentowane instrumenty inwestycyjne mogą stanowić produkty przewidziane w ramach takich planów. Rząd obiecuje, że do wakacji przedstawi projekt ustawy w tej sprawie. ■

Marcin Kawiński

Każdy posiadacz pojazdu mechanicznego zobowiązany jest do zawarcia co najmniej jednej umowy ubezpieczenia. Wymóg ten dotyczy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kierowcy (OC) i nałożony jest przez stosowne rozporządzenie Ministra Finansów.

Komunikacyjne ubezpieczenia pakietowe

Wielu właścicieli w trosce o uchronienie swoich pojazdów od groźących im niebezpieczeństw wypadku, pożaru, aktu wandalizmu, czy też kradzieży wykupuje również polisy autocasco (AC). Nie są to jednak wszystkie ubezpieczenia, jakie może zawrzeć posiadacz samochodu. Zwykle bierze on jeszcze pod uwagę dwa kolejne produkty ubezpieczeniowe, a mianowicie: ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz tak zwane Car Assistance.

Osoba chcąca posiadać kompleksową ochronę ubezpieczeniową powinna zawrzeć więc przynajmniej cztery umowy, a i tak nie zagwarantuje to pełnego bezpieczeństwa, ponieważ w grę wchodzi jeszcze ubezpieczenie bagażu, oraz pokrycie ochroną ubezpieczeniową osób odbywających dalekie podróże zagraniczne, szczególnie po krajach nie objętych zakresem odpowiedzialności firm ubezpieczeniowych. W tej sytuacji posiadacz pojazdu zmuszony jest niejako do kilkukrotnego powtarzania procedur zawierania umowy ubezpieczenia, analizowania kilku warunków ogólnych dotyczących poszczególnych typów polis i zapłaty wielu składek. Zatem pojawiła się potrzeba wykreowania produktu, który spełniałby wszyst-

kie potrzeby klienta i jednocześnie uwolnił go od konieczności powielania niepotrzebnych działań.

Pakiet ubezpieczeń komunikacyjnych spełnia wszystkie wymienione kryteria. Jest to produkt będący połączeniem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kierowcy, zielonej karty i dobrowolnych ubezpieczeń autocasco, następstw nieszczęśliwych wypadków, oraz assistance. Klient płaci jedną składkę ubezpieczeniową i korzysta z ochrony ubezpieczeniowej będącej połączeniem zakresu odpowiedzialności wynikających z poszczególnych składników pakietu.

Drugą ważną przyczyną upowszechnienia się pakietów był gwałtowny rozwój sprzedaży nowych samochodów w Polsce. Znakomita większość nabywanych aut finansowana jest przy użyciu rozmaitych systemów kredytowych i leasingowych. Podstawowym wymogiem, od którego spełnienia uzależnione jest zawarcie jakiegokolwiek umowy kredytu, czy leasingu na zakup nowego, czy też używanego samochodu jest konieczność jego ubezpieczenia w zakresie autocasco. Jest to jedna z form zabezpieczenia spłaty należności. Na polisie AC w takim przypadku znajduje się zapis o cesji odszkodowania na rzecz podmiotu finansującego. Także kolejne kontynuacje umowy

ubezpieczenia opatrzone są takim postanowieniem, które wygasa dopiero po spłacie ostatniej raty. (Innym często spotykanym zabezpieczeniem jest depozyt karty pojazdu w siedzibie podmiotu finansującego). W ten oto sposób rozwój pozagotówkowych metod zakupu pojazdów przyczynił się do zwiększenia popytu na produkty ubezpieczeniowe.

Ogólne warunki ubezpieczeń pakietowych określają postanowienia, które nie zostały zawarte w OWU poszczególnych części z jakich składa się pakiet. Ubezpieczenie OC uregulowane jest zawsze na mocy stosownego rozporządzenia Ministra Finansów, natomiast OWU pozostałych ubezpieczeń nie różni się zwykle od ich odpowiedników nie ujętych w pakiety. Z uwagi na fakt, iż pakiety skierowane są głównie do posiadaczy aut nowych, OWU pakietów zawierają zwykle szereg zapisów, czyniących ten produkt dla nich korzystniejszy. I tak na przykład suma ubezpieczenia w przypadku likwidacji szkód całkowitych przyjmowana jest w wysokości wartości wyszczególnionej na fakturze zakupu przez okres pierwszych 6 miesięcy trwania stosunku ubezpieczenia, co rzadko się zdarza w przypadku indywidualnych umów. Biorąc pod uwagę fakt ogromnej utraty wartości nowych samochodów w początkowym okresie eksploatacji, rozwiązanie to szczególnie sprzyja właścicielom nowych aut. Podobnie większość udziałów własnych zostaje zniesiona pod warunkiem należytego zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą.

Składka ubezpieczeniowa określana jest zwykle w postaci procentu wartości nowego pojazdu. Jest ona zwykle bardzo niska i waha się od 1 do 9%. Niekiedy dodatkowe promocje przewidują zawarcie ubezpieczenia w ramach ceny samochodu bez dodatkowych opłat. Polisa ubezpieczeniowa zawierana jest przeważnie

w punkcie dealerskim w czasie dokonywania zakupu pojazdu. Ubezpieczenia pakietowe konstruowane są często w porozumieniu i współpracy z sieciami dealerskimi poszczególnych marek samochodów i skierowane tym samym do grupy nabywców aut danej marki. Na mocy umów między przedstawicielami koncernów samochodowych i towarzystw ubezpieczeniowych warunki oferowanych ubezpieczeń pakietowych są dla ich klientów bardzo korzystne zarówno pod względem finansowym, jak i zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Zwykle umowa ubezpieczenia AC zawierana w oderwaniu od pakietu kosztuje znacznie więcej niż cały pakiet, a ten zawiera w sobie przecież jeszcze inne ubezpieczenia. Tak niska cena jest skutkiem działania promocyjnego producenta samochodu, który często dopłaca do samego ubezpieczenia, aby tylko skłonić potencjalnego nabywcę do zakupu auta. Niestety z tej samej przyczyny warunki oferowane przez pakiety są zwykle najkorzystniejsze tylko w pierwszym roku trwania umowy. W ramach pakietu można zawierać zwykle umowę ubezpieczenia dla pojazdów nie starszych niż 6 lat, choć niektóre firmy przewidują dalsze kontynuacje. Niestety kolejne umowy przeważnie charakteryzują się już wyższą składką niż na początku.

Często koncerny samochodowe powołują własne instytucje finansowe do obsługi ubezpieczeń swoich produktów. Przykładem takiego działania może być TU Daewoo S.A. Niestety tego typu firma ubezpieczeniowa narażona jest na duże ryzyko upadku, z uwagi na praktyczny brak dywersyfikacji portfela, ogromną szkodowość ubezpieczeń komunikacyjnych oraz nie-realne stawki składek ubezpieczeniowych nie zapewniające pokrycia wypłacanych odszkodowań. Tym negatywnym skut-

kom przeciwdziała powiązanie finansowe z podmiotem macierzystym. Zwykle jednak koncerny biorą na siebie tylko procedury zawierania i kontynuacji umów, pozostawiając działalność reasekuracyjną dużym firmom ubezpieczeniowym. Takie postępowanie jest dla klienta bardzo korzystne, ponieważ może on dopełnić wszelkich formalności (oczywiście poza rejestracją pojazdu) w punkcie dealerskim i nie jest zmuszony do udania się do siedziby towarzystwa ubezpieczeniowego, dzięki czemu może zaoszczędzić sporo czasu. Pracownicy stacji dealerskiej uprawnieni są do wystawiania dokumentów ubezpieczenia (tylko w zakresie sprzedawanych przez siebie pojazdów), mimo iż mogą nie posiadać zezwolenia KNUiFE na prowadzenie działalności agenta ubezpieczeniowego. Dzieje się tak na mocy umowy „zwolnienia z licencji KNUiFE” zawieranej na ogół przez instytucję nadzorującą pracę salonów samochodowych w zakresie obsługi finansowej. Pracownicy salonów samochodowych upoważnieni są do wystawiania dokumentów ubezpieczenia i okresowo rozliczają się z centralą, przekazując kopie zawartych polis i dane dotyczące ubezpieczonych klientów. Podobnie przebiega kontynuacja umowy.

Dealer prowadzący czynności ubezpieczeniowe premiowany jest przez firmę ubezpieczeniową stosowną prowizją. Do dodatkowych korzyści właściciel salonu może zaliczyć niezwykle korzystne warunki ubezpieczenia samochodów służbowych i demonstracyjnych. Również auta pracowników mogą być ubezpieczane na preferencyjnych zasadach.

Kwestia procedury zgłaszania szkód, rozwiązana jest na dwa podstawowe sposoby. Klient zwykle musi udać się bezpośrednio do towarzystwa ubezpieczeniowego, gdzie wypełnia odpowiedni

formularz i dealer nie bierze w ogóle udziału w procesie likwidacji szkody. Niektóre jednak firmy korzystają z faktu, że przedstawiciel danej marki samochodu prowadzi jednocześnie autoryzowaną stację obsługi tych samochodów, a zatem jego warsztat blacharsko-lakierniczy jest najodpowiedniejszym miejscem do naprawy uszkodzonego pojazdu. Dlatego też dopuszcza się możliwość zgłaszania szkód bezpośrednio w punkcie dealerskim, z pominięciem przedstawicielstwa firmy ubezpieczeniowej. Rozwiązanie to jest również bardzo korzystne dla klienta, bo oprócz oszczędności czasu i niepotrzebnego tułania się po urzędach gwarantuje najodpowiedniejszy sposób naprawy uszkodzonego pojazdu, z zastosowaniem wymaganych przez producenta technologii. Zwykle ten drugi wariant dotyczy szkód o małym rozmiarze, np. do 5000 PLN.

Pakiety ubezpieczeniowe dla nowych aut oferuje większość obecnych na polskim rynku firm ubezpieczeniowych.

Obecnie pakiety zyskują coraz bardziej na popularności, ponieważ liczne korzyści, które za sobą niosą (oszczędność czasu, korzystne warunki ubezpieczenia, niska cena) powodują ciągły wzrost zainteresowania tego typu produktami. Prawie każda firma ubezpieczeniowa posiada w swojej ofercie kilka pakietów skierowanych do konkretnej grupy odbiorców. Dzięki pakietom właściciele pojazdów mają możliwość zawarcia dostosowanych do swoich potrzeb umów ubezpieczenia na niezwykle korzystnych warunkach. ■

Piotr Majewski

*Autor jest doktoranem
w Katedrze Finansów
Wydziału Nauk Ekonomicznych
i Zarządzania Uniwersytetu
Mikołaja Kopernika
w Toruniu.*

ZMIANY I UZUPEŁNIENIA WYKAZU ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

DZIAŁ I - UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

1. UNIQA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A.

(dawniej pod nazwą ZUiR POLONIA Życie S.A.)

UL. GDAŃSKA 132, 90-965 ŁÓDŹ

Prezes Zarządu: **LECH MICHALIK**

DZIAŁ II - POZOSTAŁE UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE I OSOBOWE

1. MOJE TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE S.A.

UL. HESTII 1, 81-731 SOPOT

Prezes Zarządu: **JAROSŁAW T. PIĄTKOWSKI**

2. TRYG POLSKA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.

(dawniej pod nazwą Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.)

PL. JAGIELLOŃSKI 15, 26-600 RADOM

Prezes Zarządu: **OTTO GROEGLER**

3. UNIQA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.

(dawniej pod nazwą ZUiR Polonia S.A.)

UL. GDAŃSKA 132, 90-965 ŁÓDŹ

Prezes Zarządu: **LECH MICHALIK**

4. TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE EULER HERMES S.A.

Prezes Zarządu: **ECKHARD HORST**

Data wydania zezwolenia: 10-02-2003r.

Zakres: grupy: 9,13,14,15,16