

WYDANIE JUBILEUSZOWE

ISSN 1505-9782

MONITOR UBEZPIECZENIOWY

nr 25

listopad 2005 r.

PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Od redakcji.

Oddajemy do rąk Państwa Wydanie Jubileuszowe Monitora Ubezpieczeniowego.

Dziesiąta rocznica funkcjonowania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych sprzyja podsumowaniom i rozważaniom co do kierunków rozwoju urzędu, pełnionej misji w ochronie konsumentów na skomplikowanym, ciągle rozwijającym się rynku ubezpieczeniowym. Jubileuszowe wydanie Monitora Ubezpieczeniowego jest bardzo obszerne prezentuje między innymi, w ujęciu statystycznym przegląd skarg w latach 1995/95 – 2005 dotyczących problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego. Wiele miejsca poświęciliśmy roli Rzecznika w ochronie praw konsumentów w aspekcie prawnym, podsumowaniu wniosków jakie Rzecznik Ubezpieczonych kierował do Sądu Najwyższego, kierunkom rozwoju urzędu i działalności sądu polubownego.

To tylko niektóre tematy Wydania Jubileuszowego – polecamy lekturę.

SPIS TREŚCI

■ Ubezpieczony – chronić, pomagać, edukować	
Z dr. Stanisławem Rogowskim, Rzecznikiem Ubezpieczonych, rozmawia Anna Arwaniti . . .	3
■ Kalendarium	4
■ Kierunki rozwoju Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych	5
■ Rola Rzecznika Ubezpieczonych w ochronie praw konsumentów w aspekcie prawnym . .	9
■ Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I półroczu 2005 roku	16
■ Rozpatrywanie skarg indywidualnych dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego w I półroczu 2005 r.	18
■ Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2005 dotyczące problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego w ujęciu statystycznym	20
■ Zmiany w pakiecie ustaw ubezpieczeniowych (cz. I)	24
■ Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego	27
■ Rok działalności Sądu polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych	32
■ Rzecznik Ubezpieczonych w systemie ubezpieczeń emerytalnych 2002 – 2005	34
■ Zmiany do wykazu zakładów ubezpieczeń	37



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

Rada redakcyjna – dr Stanisław Rogowski, Anna Arwaniti, Krystyna Krawczyk, Aleksander Daszewski

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, www.rzu.gov.pl

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

uBEZPIECZONY

CHRONIĆ, POMAGAĆ, EDUKOWAĆ

Z DR. STANISŁAWEM
ROGOWSKIM,
Rzecznikiem
Ubezpieczonych
rozmawia
Anna Arwaniti



Anna Arwaniti: *Rocznice sprzyjają podsumowaniom, co Pan uważa za najważniejsze w swojej działalności na przestrzeni tych 10 lat?*

Stanisław Rogowski: Uważam, że Urząd który został pomyślany jako eksperyment wprowadzony w życie w ostatniej fazie prac nad nowelizacją ustawy o działalności

ubezpieczeniowej w 1995r. jako odpowiedź na potrzeby rynku ubezpieczeń a zwłaszcza ubezpieczonych, przetrwał i zadomowił się już na dobre na polskim rynku ubezpieczeń. Na pewno jest to urząd potrzebny, o czym świadczy choćby ilość telefonów, skarg, listów od ubezpieczonych w tym także ubezpieczonych in spe. Rolą

Rzecznika jest pomoc w rozwikłaniu prawnych zawiłości w konkretnych, indywidualnych sprawach, ale też ochrona szerszego grona klientów, tam gdzie dostrzegamy zagrożenie interesu ogółu ubezpieczonych. Bardzo często działalność Rzecznika jest utożsamiana wyłącznie z rozpatrywaniem skarg. Oczywiście jest to jed-

Rzecznik Ubezpieczonych został powołany w 1995 roku w ramach nowelizacji ustawy z 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej. Do głównych zadań Rzecznika należy reprezentowanie interesów ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, reprezentowanie członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych, inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej, opiniowanie aktów prawnych dotyczących ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych. Ostatnie zmiany w prawodawstwie poszerzyły zakres działań Rzecznika o możliwość organizowania sądów polubownych. Rola Rzecznika okazała się szczególnie istotna w przypadku sporu o interpretację zapisów umowy ubezpieczenia lub brak akceptacji decyzji zakładu ubezpieczeń lub innej instytucji ubezpieczeniowej.

KALENDARIUM

9 listopada 1995 r. – dr Stanisław Rogowski na podstawie ustawy z dnia 8 czerwca 1995 r. (DzU z 1995 r., nr 96, poz. 478) został powołany na stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych

□ **1996 r.** – budowanie Biura Rzecznika Ubezpieczonych oraz nawiązywanie współpracy z ekspertami

□ **Marzec 1996 r.** – Sąd Wojewódzki w Bydgoszczy ogłosił upadłość Pomorskiego Towarzystwa Ubezpieczeniowego „Gryf” S.A.

□ **Wrzesień 1996 r.** – Sąd Wojewódzki w Poznaniu ogłosił upadłość zakładu ubezpieczeń „Hestia” S.A.

□ **1997 r.** – w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych zostało uruchomione poradnictwo telefoniczne. Rozpoczęto opiniowanie aktów prawnych oraz nawiązano kontakty z mediami

□ **Marzec 1997 r.** – Sąd Wojewódzki w Katowicach ogłosił upadłość Towarzystwa Ubezpieczeniowego „FENIX” S.A.

□ **Czerwiec 1998 r.** – ukazał się pierwszy numer „Monitora Ubezpieczeniowego” – pisma Rzecznika Ubezpieczonych. Poświęcony był w dużej mierze działalności Rzecznika Ubezpieczonych i jego współpracy z licznymi organizacjami kreuującymi polski rynek ubezpieczeniowy

□ **Wejście w życie** nowego prawa o ruchu drogowym (DzU 1997 r., nr 98, poz. 602)

□ **Nowelizacja przez Sejm** ustawy o działalności ubezpiecze-

Z roku na rok rozszerza się działalność Biura Rzecznika Ubezpieczonych jako ważnego ośrodka informacyjno-edukacyjnego. Osoby zgłaszające się o pomoc do Rzecznika, osobiście lub telefonicznie, mogą liczyć na poradę prawną, która bardzo często pozwala im na samodzielne załatwienie sprawy. Strona internetowa pozwala konsumentom dotrzeć do bieżących informacji o działalności Biura Rzecznika.

na z podstawowych płaszczyzn naszej działalności, ale nie możemy zapominać o innych kierunkach np. bardzo ważnej, w mojej ocenie funkcji urzędu, jaką jest działalność w sferze edukacyjno-informacyjnej, bądź też współtworzeniu prawa ubezpieczeniowego.

A.A.: *Bardzo aktywna jest współpraca Rzecznika z mediami, które są platformą w informowaniu i edukowaniu konsumentów.*

S.R.: Tak to bardzo istotna kwestia – media są naszym sprzymierzeńcem, pomagają w sprawowaniu naszej informacyjno-edukacyjnej funkcji.

Stan świadomości ubezpieczeniowej Polaków jest obecnie wyższy niż kilka lat temu, ale wciąż daleko mu do poziomu jaki powinno posiadać społeczeństwo nowoczesnego europejskiego kraju. Poprawia się również informacja ze strony zakładów ubezpieczeń. Dużą rolę w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej odgrywa bardziej widoczny niż poprzednio profesjonalizm agentów, chociaż i tutaj sytuacja nie jest jeszcze w pełni zadowalająca.

Na co dzień współpracujemy ze wszystkimi mediami – prasą, radiem i telewizją. Staramy się na bieżąco służyć swoją wiedzą na temat aktualnych problemów i wydarzeń na polskim rynku ubezpieczeń.

Uczestniczymy w licznych audycjach radiowych i telewizyjnych, udzielamy szeregu wywia-

dów i informacji prasowych, organizujemy konferencje prasowe, seminaria, a to wszystko służy właśnie informowaniu i edukacji konsumentów. Świadomemu konsumentowi łatwiej poruszać się w gąszczu zawiloci prawnych. Należy zwrócić też uwagę na naszą stronę internetową, gdzie każdy może zapoznać się z poradnictwem ekspertów i innymi przygotowanymi w przystępny sposób informacjami z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia społecznego. Zawarte są tam również odpowiedzi na najczęściej zadawane przez konsumentów pytania. Podajemy również informacje o sposobie składania skarg, i możliwości korzystania z dyżurów telefonicznych naszych ekspertów.

Nie można zapomnieć też o „Monitorze Ubezpieczeniowym”, który kierujemy do środowisk konsumenckich, studentów i naukowców, zakładów ubezpieczeń i wszystkich którzy są zainteresowani rynkiem i prawem ubezpieczeniowym. Wiele miejsca zajmują sprawy związane ze współpracą Rzecznika i pracowników Biura Rzecznika z organizacjami konsumenckimi. Należy też przypomnieć o Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej która powstała w 1999 r. i stanowi jedną z płaszczyzn realizacji funkcji edukacyjno-informacyjnej Rzecznika. Mamy jeszcze wiele innych pomysłów w tym obszarze, ale niestety brak

środków nie pozwala na ich pełną realizację.

A.A.: *Jest wiele instytucji i organów, z którymi współpracuje Rzecznik i jego pracownicy, jak wygląda ta współpraca?*

S.R.: Bardzo efektywnie układa się współpraca z Ministerstwem Finansów. Jako przykład wskazać należy na współpracę przy tworzeniu prawa – nasze uwagi i propozycje wykorzystywane są w pracach legislacyjnych. Z satysfakcją muszę powiedzieć że duża ich część została wprowadzona do pakietu ustaw ubezpieczeniowych z 2003 r., a także kolejnych nowelizacji.

Współpracujemy także z Krajową Federacją Konsumentów, Stowarzyszeniem Konsumentów Polskich z miejskimi i powiatowymi rzecznikami konsumentów, którzy często zwracają się do nas o porady i informacje. Bardzo istotne miejsce w naszej działalności zajmują kontakty z KNUiFE; podpisaliśmy porozumienie określające zasady współpracy w zakresie rozpatrywania skarg. Rzecznik Ubezpieczonych uczestniczy w posiedzeniach komisji z głosem doradczym gdzie reprezentuje interesy ubezpieczonych oraz członków funduszy i programów emerytalnych.

Wreszcie współpraca z UOKiK, wzajemna wymiana doświadczeń i informacji służących także temu Urzędowi w realizacji procedur chroniących konsumentów.

Sukcesem jest bez wątpienia to, że Urząd Rzecznika znalazł godne miejsce wśród organów zajmujących się z różnych punktów widzenia podobną tematyką.

A.A.: *Z jakimi pytaniami, skargami najczęściej się Pan spotykał w ciągu tych 10 lat?*

S.R.: Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych, także z racji powszechności tych produktów, dotyczyły one m.in. odmowy uznania roszczenia o odszkodowanie lub świadczenie, opieszałego prowadzenia postępowań odszkodowawczych a także utrudniania w udostępnianiu dokumentacji szkody oraz niewystarczającej informacji o dokumentach wymaganych przy likwidacji szkody.

Myślę że nie starczyłoby tutaj miejsca żeby wymienić wszystkie problemy na jakie odpowiadają nasi eksperci. Przyjęliśmy zasadę, że zawsze pytający otrzymuje wyjaśnienie stanu prawnego na podstawie którego dokonano rozstrzygnięcia w jego sprawie.

Rzecznik uważa swą interwencję za zakończoną kiedy, zakład ubezpieczeń uzna jej zasadność i zmieni swoje stanowisko w całości lub części, ostatecznie odrzuci interwencję lub w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uzna, iż prawa i interesy ubezpieczonych nie zostały w tym przypadku naruszone.

Od początku działalności Urzędu do 30 września br. wpłynęło na piśmie 24 083 skarg dotyczących ubezpieczeń gospodarczych i zabezpieczenia emerytalnego.

Warto także podkreślić, że osoby zgłaszające skargi bądź zwracające się o rozwiązanie swego problemu drogą telefoniczną, uzyskują porady naszych ekspertów, które

często wystarczają do samodzielnego prowadzenia swej sprawy.

W niniejszym numerze Monitora można znaleźć szczegółową statystykę skarg kierowanych do Rzecznika w ciągu dziesięciu lat.

A.A.: *Bardzo ważne było powstanie przy Rzeczniku Ubezpieczonych sądu polubownego jako stałej i samodzielnej jednostki.. Sąd funkcjonuje ponad rok i wpłynęło do niego już 115 wniosków.*

S.R.: Stworzenie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów, o co zabiegałem już od dawna, to dla mnie bardzo ważna sprawa, przy innym niż dotychczasowe podejściu ze strony zakładów ubezpieczeń tryb ten miałby szanse przyspieszyć rozstrzygnięcie sporów powstałych przy realizacji umów ubezpieczenia.

Kierowanie sporów przed sądy powszechne wydłuża na ogół w znacznej mierze ich rozstrzygnięcie. Dlatego rola i możliwości sądu polubownego mogą dla szerszego niż dotychczas kręgu konsumentów okazać się tak ważne. Ponadto funkcjonowanie sądu polubownego może pomóc w usprawnianiu procesów likwidacji szkód a także znacząco wpływać na obniżenie kosztów ponoszonych przez konsumentów, ale także przez zakłady ubezpieczeń w związku z dochodzeniem odszkodowań i sporami, które w związku z tym powstają.

A.A.: *Pierwszy numer „Monitora Ubezpieczeniowego pojawił się w 1998 r. i tam też znalazłam wywiad z Panem. Jedno z pytań brzmiało, czy ubezpieczeni mogą czuć się bezpiecz-*

Poziom świadomości ubezpieczeniowej Polaków jest wyższy niż kilka lat temu. Wynika to przede wszystkim z istnienia lepszej, rzetelnej informacji w środkach masowego przekazu, a także w prasie fachowej. Poprawiła się też informacja ze strony zakładów ubezpieczeń, które zrozumiały potrzebę przekazywania konsumentom szerokiej informacji na temat produktu i konstrukcji zawieranej umowy. Podstawowym warunkiem wzrostu świadomości ubezpieczeniowej jest wprowadzenie podstawowych informacji o ubezpieczeniach i rynku finansowym do programów szkolnych.

KALENDARIUM

niowej, zgodnie z którą od 1 stycznia 1999 r. zagraniczne zakłady ubezpieczeń mogą podejmować i prowadzić działalność ubezpieczeniową na terytorium RP. Jednym z ważniejszych zapisów tej nowelizacji było ustanowienie zasady wzajemności w stosunku do zagranicznych podmiotów ubiegających się o zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, jak również zabezpieczenie zobowiązań zagranicznego ubezpieczyciela całym jego majątkiem

Swoją działalność na rynku zabezpieczenia emerytalnego rozpoczynają Otwarte Fundusze Emerytalne (OFE)

☐ **22 maja 1999 r.** – zmarł prof. zw. dr hab. Andrzej Wąsiewicz – wybitny cywilista i znawca prawa ubezpieczeniowego

☐ **26-28 maja 1999 r.** – odbyła się w Warszawie XV Konferencja Europejskich Nadzorów Ubezpieczeń zorganizowana przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń we współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Nadzorów Ubezpieczeniowych. Celem konferencji była wymiana poglądów i doświadczeń europejskich instytucji nadzoru ubezpieczeniowego, a także omówienie regulacji prawnych w dziedzinie ubezpieczeń przyjętych przez Unię Europejską

☐ **9 listopada 1999 r.** – Rzecznik Ubezpieczonych dr Stanisław Rogowski rozpoczął II kadencję swej działalności

☐ **W grudniu 1999 r.** – rozpoczęła działalność powołana przez Rzecznika Ubezpieczonych Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, której

ni mając swojego Rzecznika? Obecnie ponawiam to pytanie?

S.R.: O ile pamiętam odpowiedziałem wówczas, można to sprawdzić, że konsumenci usług ubezpieczeniowych mając swojego Rzecznika na pewno mogą się czuć bezpieczniej i liczyć na jego pomoc i ochronę w granicach możliwości zakreślonych przepisami prawa. Także i teraz odpowiem tak samo, może nawet z większym przekonaniem chociażby ze względu na liczbę pozytywnie zakończonych interwencji na ich rzecz. Nie oznacza to – co zawsze powtarzam – zwolnienia konsumentów od wnikliwości i staranności przy podejmowaniu decyzji o zakupie konkretnego produktu ubezpieczeniowego, a potem – dbałości w przestrzeganiu swych praw, ale i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia.

A.A.: *Przed Panem jeszcze dwa lata sprawowania urzędu, na jakich sprawach chciałby Pan skupić się w swojej działalności?*

S.R.: Oprócz tych wszystkich funkcji które pełni teraz urząd i będzie – jak sądzę – pełnił w przyszłości, chciałbym położyć nacisk i zostawić swojemu następcy takie wskazanie, że musi być to urząd medialny, nastawiony na informacje, otwarty na współpracę z innymi organami a także organizacjami pozarządowymi, zwłaszcza konsumenckimi, na niesienie pomocy konsumentom.

Chciałbym też skupić wokół urzędu jeszcze większe niż dotychczas grono przedstawicieli

nauki z różnych ośrodków, zainteresować problematyką ubezpieczeniową studiującą młodzież, bo to z nich rekrutować się przecież będą nasi następcy.

Chciałbym też, aby Urząd Rzecznika Ubezpieczonych wyszedł szerzej poza granice Polski i nawiązał współpracę z podobnymi instytucjami w innych krajach europejskich. Pierwsze kroki zostały już postawione, nasi pracownicy uczestniczyli w konferencjach np. w Bułgarii, czy na Ukrainie, nawiązałem ciekawe kontakty z przedstawicielami nauki z Czech i Słowacji. Uczestniczymy też w krajowych konferencjach o międzynarodowej obsadzie.

Takie kontakty muszą trwać i rozwijać się. Musimy nieustannie poszerzać nasze horyzonty, wymieniać się doświadczeniami, zwłaszcza w perspektywie coraz silniejszej integracji w ramach Unii Europejskiej, ale nie tylko – zawsze interesującym dla nas obszarem będą np. kraje Europy Wschodniej, wkraczające na drogę gospodarki rynkowej i borykające się – także w ubezpieczeniach – z problemami, które my mamy w dużej mierze już za sobą. Rozszerzenie obszaru takiej koegzystencji to dla nas – Polaków szansa, ale i wyzwanie; bez właściwego poziomu wiedzy i świadomości może nam być ciężko.

A.A.: *Życzę, zrealizowania planów i dziękuję za rozmowę.* ■

Anna Arwaniti

Zmiany wprowadzone nowymi ustawami ubezpieczeniowymi korzystnie wpłynęły na funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego. Został on uporządkowany i wyposażony w nowe instrumenty poprawiające jakość świadczonych usług. Ustawy zawierają szereg regulacji o charakterze prokonsumenckim, które zapewniają właściwą ochronę klientom, co sprawia że mogą czuć się bezpiecznie na rynku ubezpieczeń.

Kierunki rozwoju Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych

Okrągła, bo dziesiąta, rocznica funkcjonowania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych w sposób naturalny skłania do pewnych refleksji i podsumowań zarówno w zakresie dotychczasowych dokonań, jak i rozważań co do kierunków, w których powinna podążać intensyfikacja działalności urzędu w latach następnych, tak by w jak najpełniejszym zakresie i bardziej skutecznie odpowiadać na zapotrzebowanie konsumentów usług ubezpieczeniowych na rynku ubezpieczeń gospodarczych i emerytalnych.

Na początku naszych rozważań należy przypomnieć genezę powstania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych, który został powołany zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (DzU z dnia 22 sierpnia 1995 r. nr 96, poz. 478) Wspomniana wyżej ustawa była pierwszą tak poważną nowelizacją „ustawy matki” jak często określa się ustawę z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU nr 59 poz. 344) ustanawiającą nowy ład w sferze ubezpieczeń gospodarczych, dostosowując je do warunków prawno-ustrojowych i gospodarczych zaistniałych w Polsce po przemianach 1989 r.

Zmiany wprowadzone w 1995 r. spowodowane były pięcioletnią obserwacją rynku i płynącymi stąd doświadczeniami, które między innymi wskazywały na potrzebę dostosowania przepisów w zakresie ubezpieczeń gospodarczych do potrzeb wynikających z rynkowych uwarunkowań w tym również do wzmocnienia pozycji klienta zakładu ubezpieczeń.

Między innymi wyraźnie zaznaczyła się potrzeba wyłonienia podmiotu, którego zadaniem będzie obserwacja całokształtu stosunków ubezpieczeniowych na rynku ubezpieczeń gospodarczych z punktu widzenia najsłabszych jego uczestników tj. ubezpieczonych, zaś po wprowadzeniu w 1999 r. reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego również członków otwartych funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych, co znalazło odzwierciedlenie w zapisach ustawy z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw (DzU z 20 marca 2002 r. nr 25, poz. 253).

Kolejne zmiany w prawie ubezpieczeniowym przyniósł rok 2003 i uchwalony przez Sejm RP pakiet czterech ustaw, w tym ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze emerytalnym i rentowym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU z dnia 16 lipca 2003 r. nr 124, poz. 1153), która w sposób dotychczas najszerzy przedstawia zarówno ustrój jak i kreśli zadania urzędu.

Głównym zadaniem stawianym Rzecznikowi od początku ustano-

wienia urzędu jest reprezentowanie i ochrona interesów określonej grupy osób, do których aktualnie zalicza się: ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków otwartych funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

Zadania Rzecznika Ubezpieczonych polegają w szczególności na:

1. rozpatrywaniu skarg w indywidualnych sprawach;
2. opiniowaniu aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, pracowniczych programów emerytalnych;
3. występowaniu do właściwych organów z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawczej;
4. informowaniu odpowiednich instytucji o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniu zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych;
5. stwarzaniu możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, a także pośrednikami ubezpieczeniowymi a zakładami ubezpieczeń;
6. inicjowaniu i organizowaniu działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

KALENDARIUM

statutowym zadaniem jest organizowanie i wspieranie działań w zakresie edukacji ubezpieczeniowej oraz ochrony praw ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia

□ **16 lutego 2000 r.** – Sąd Okręgowy w Warszawie ogłosił upadłość Towarzystwa Ubezpieczeniowo-Reasekuracyjnego „POLISA”

□ **20 marca 2000 r.** – Sąd Okręgowy w Gdańsku ogłosił upadłość Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji „GWARANT”

□ **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 (DzU nr 70, poz. 819) wprowadziła m.in. definicję działalności ubezpieczeniowej oraz katalog czynności ubezpieczeniowych

□ **W listopadzie 2000 r.** – po raz pierwszy Rzecznik Ubezpieczonych wraz z „Gazetą Ubezpieczeniową” ogłosił konkurs na najlepszą pracę magisterską licencjacką z dziedziny ubezpieczeń

□ **19 stycznia 2001 r.** – odbyły się Obrady Okrągłego Stołu Ubezpieczeniowego poświęcone 10-leciu rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Obrady zorganizowała Redakcja „Gazety Ubezpieczeniowej” oraz Redakcja „Asekuracja&Re”

□ **29 stycznia 2001 r.** – Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Stowarzyszenie Naukowe Polskie Towarzystwo Ubezpieczeniowe zorganizowały seminarium nt. „Analiza stanu prawnego

Od początku funkcjonowania urzędu, prowadzenie czynności związanych z obsługą napływających indywidualnych skarg, stanowiło największe obciążenie merytoryczne i finansowe Biura. Będzie tak zapewne i w przyszłości, bowiem jest to bardzo popularny, szczególnie dla grupy konsumentów w starszym wieku, sposób komunikowania się w spornych dla nich sprawach. Uważam że należy wykazywać wciąż pewną dbałość o to by nie prowadziło to do nadmiernej koncentracji sił i środków na jego realizację. Nadto należy w sposób bardziej wnikliwy i wszechstronny niż dotychczas formułować wnioski płynące z analizy treści bogatej dokumentacji skargowej. Służyć by to mogło szerszemu, niż to obecnie czynimy, korzystaniu z danych o funkcjonowaniu rynku zawartych w materiałach skargowych, przenosząc je na pozostałe płaszczyzny działalności Rzecznika Ubezpieczonych, w tym między innymi na kontakty z innymi instytucjami zajmującymi się ochroną konsumentów np. Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, o czym jeszcze w dalszej części tekstu będzie mowa.

Również pięć wniosków skierowanych w roku 2005 przez Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości, podyktowane zostało potrzebą załatwienia problemów ujawnionych w skargach osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych na praktyki stosowane przez niektóre zakłady ubezpieczeń, w związku z realizacją obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

W tym miejscu należy wskazać, iż Rzecznik Ubezpieczonych posiadał uprawnienie występowania do Sądu Najwyższego w ww. zakresie to jest o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości – zaledwie w okresie od 1 stycznia 2003 r. do 17 sierpnia 2005 r.

Nadal jednak Rzecznik Ubezpieczonych może zwracać się do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych, których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie i w tym kierunku powinny zmierzać przyszłe działania urzędu, by skutecznie wykorzystywać ten tak ważny instrument w sporach konsumentów z zakładami ubezpieczeń.

Instrument, który pozwala wypełnić tzw. luki prawne tam gdzie prawo jest niejasne, gdyż uchwała Sądu Najwyższego przyjęta w składzie 7 sędziów, stanowi zasadę prawną pozwalającą na ujednoczenie jego stosowania. Pewien problem w wykorzystaniu tego instrumentu przez Rzecznika Ubezpieczonych wynika z utrudnień związanych z pozyskiwaniem informacji o zapadających wyrokach w sprawach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, OFE i PPE. Szczególnie dotyczy to orzecznictwa sądów pierwszej instancji, które nie są publikowane.

Opiniowanie przez Rzecznika Ubezpieczonych aktów prawnych jest istotnym elementem oddziaływania na funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego, szczególnie w sferze budowania prawa o prokonsumenckim charakterze. Z uprawnienia tego Rzecznik dotychczas konsekwentnie korzystał, choć nie wszystkie zgłaszane przez Urząd wnioski znalazły się w tekstach ustanawianego prawa. Niestety bywały i takie przypadki, gdy Rzecznikowi nie przedkładano do zaopiniowania projektów aktów prawnych, jak to miało miejsce w odniesieniu do dobrowolnych ubezpieczeń w rolnictwie. W przyszłości będziemy nadal z uwagą analizować przedkładane Rzecznikowi Ubezpieczonych projekty zmian w prawie ubezpieczeniowym by dostosowywać je do zmieniających się potrzeb konsumentów usług ubezpieczeniowych.

Kolejną sferą działalności Rzecznika Ubezpieczonych, którą zamierzamy rozwijać i rozbudowywać jest analiza produktów ubezpieczeniowych oferowanych konsumentom usług ubezpieczeniowych przez zakłady ubezpieczeń. Mam tu na uwa-

dze głównie tzw. owu czyli ogólne warunki ubezpieczenia. W okresie kilku ostatnich lat analiza tych wzorców umów jest systematycznie prowadzona przez nasz urząd zarówno w zakresie ubezpieczeń na życie, jak i ubezpieczeń majątkowych.

Jednakże widzimy w tym przedmiocie potrzebę dokonania pewnych zmian i to nie tyle pod względem zwiększenia liczby dokonywanych analiz, co przede wszystkim bardziej efektywnego ich wykorzystywania. Aktualnie po dokonanej analizie warunków umowy formułowane jest wystąpienie do zakładu ubezpieczeń, posługującego się danym wzorcem, z uwagami Rzecznika Ubezpieczonych. Konsekwencją tego jest polemiczna wymiana uwag, z których część jest uwzględniana przez zakład ubezpieczeń.

Uważamy, że w szerszym niż dotychczas zakresie będziemy włączyć do tego postępowania Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W sytuacjach gdy w opinii Rzecznika Ubezpieczonych konkretne zapisy umowy ubezpieczenia naruszają zbiorowe interesy konsumentów będziemy kierować stosowny wniosek do UOKiK zgodnie z art. 100a ust. 1, pkt. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z dnia 31 grudnia 2000 r. Nr 166 poz. 1360, z późn. zm.) o wszczęcie postępowania.

Również w przypadkach, gdy analiza warunków umowy ubezpieczenia wskazuje iż zawiera niedozwolone klauzule umowne (zdefiniowane w art. 358 § 3 kc.) Rzecznik Ubezpieczonych będzie informował o tym UOKiK celem ich eliminacji.

Kolejną bardzo ważną funkcją realizowaną przez Rzecznika Ubezpieczonych jest działalność edukacyjna i informacyjna w zakresie ubezpieczeń.

Słusznie uważa się, że jest to najtrudniejsze zadanie postawione Rzecznikowi do wykonania. Zarówno szeroki zakres wiedzy jaką obejmuje problematyka ubezpieczeniowa jak i wynikający z jej istoty znaczny stopień trudności sprawia, iż przy braku wielopokoleniowej tra-

dycji ubezpieczeniowej w polskim społeczeństwie twierdzenie, że polskie społeczeństwo wykazuje niewielką świadomość ubezpieczeniową jest tezą ze wszech miar prawdziwą.

By to zmienić urząd Rzecznik Ubezpieczonych zamierza rozwinąć i zintensyfikować szereg czynności na które jest największe zapotrzebowanie i jak wykazuje odbiór społeczny, sprawdzają się w praktyce z dobrym skutkiem.

Mam tu na uwadze następujące działania:

1. Rozwój strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych; www.rzu.gov.pl;

Ten kanał przepływu informacji zdobywa coraz większą popularność

Opiniowanie przez Rzecznika Ubezpieczonych aktów prawnych jest istotnym elementem oddziaływania na funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego, szczególnie w sferze budowania prawa o prokonsumenckim charakterze.

i rośnie też jego zasięg oddziaływania. Jego znaczenie jako źródła informacji nie tylko wśród młodych odbiorców wydaje się dominujące i dobrze rokując na dalszy rozwój w przyszłości. Dlatego też uważam, że jest to najlepszy, bo powszechny, szybki i tani, sposób docierania do osób oczekujących na informacje.

W związku z tym zamierzamy w jeszcze szerszym niż dotychczas zakresie zamieszczać na naszej stronie internetowej następujące treści:

- a) teksty obowiązujących aktów z dziedziny ubezpieczeń;
- b) orzecznictwo sądowe odnoszące się do problematyki ubezpieczeniowej;

c) najczęściej zgłaszane Rzecznikowi Ubezpieczonych problemy (pytania) dotyczące ubezpieczeń;

d) analizę ogólnych warunków ubezpieczenia.

Nie bez znaczenia jest również szybki i co dla wielu osób bardzo istotny, z zachowaniem pisemnej formy, sposób udzielania informacji na pytania zgłaszane tym kanałem. Zaznaczam że jest to bardzo dynamicznie rozwijająca się forma kontaktów konsumentów z Rzecznikiem Ubezpieczonych, której znaczenie będzie nadal rosło.

2. Kontynuowanie wydawania przez Rzecznika Ubezpieczonych kwartalnika tj. „Monitora Ubezpieczeniowego” oraz dalsze wydawanie publikacji o charakterze poradników. Dotychczas opublikowano wspólnie z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej cztery poradniki; „Turystyczny poradnik ubezpieczeniowy”; „Narciarski poradnik ubezpieczeniowy”; „Praktyczny poradnik ubezpieczeniowy”; „Mieszkaniowy poradnik ubezpieczeniowy”.

W przygotowaniu są kolejne cztery poradniki o następującej tematyce: ubezpieczeń komunikacyjnych; zabezpieczenia społecznego; ubezpieczeń życiowych; dla małych i średnich podmiotów gospodarczych.

3. Rozwój współpracy z mediami tj. prasą, radiem, telewizją, celem prezentacji w nich treści o tematyce ubezpieczeniowej. Aktualnie Rzecznik Ubezpieczonych trwale współpracuje z prasą fachową jak np. tygodnikiem „Gazeta Ubezpieczeniowa”, miesięcznikiem „Prawo Ubezpieczenia, Reasekuracja” oraz „Miesięcznikiem Ubezpieczeniowym”. Również z dziennikarzami „Rzeczpospolitej” jak i „Gazety Prawnej” utrzymujemy stały kontakt co skutkuje szeregiem publikacji w tych tytułach zarówno w formie wywiadów jak i cytowanych opinii pracowników Biura Rzecznika Ubezpieczonych. Dobrze rozwija się też nasza współpraca ze stacjami radiowymi, w tym szczególnie „Radiem Kierowców” z Pierwszego Programu Polskiego Radia. Również telewizja i to zarów-

KALENDARIUM

w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – ustalenia i propozycje”

□ **19 czerwca 2001 r.** – odbyło się pierwsze spotkanie Dziennikarskiej Akademii Ubezpieczeń – wspólnego przedsięwzięcia Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej oraz Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A.

□ **26-30 czerwca 2001 r.** – w Gdańsku odbyło się Międzynarodowe Seminarium Nadzorów Ubezpieczeń

□ **1 kwietnia 2002 r.** – rozpoczęła działalność Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Przewodniczącym KNUiFE został prof. dr hab. Jan Monkiewicz

□ **Październik 2002 r.** – zaczyna działać strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych www.rzu.gov.pl

□ **7 października 2002 r.** – odbyło się szóste śniadanie prasowe „Twoja Emerytura” – poświęcone reformie systemu emerytalnego w Polsce

□ **Rzecznik Ubezpieczonych** dr Stanisław Rogowski otrzymał tytuł Człowieka Roku Ubezpieczeń 2002 za całokształt swojej działalności prowadzonej przez dwie kadencje, reprezentując i chroniąc interesy ubezpieczonych. Dla uczczenia 200 rocznicy wydania przez Fryderyka Wilhelma dekretu powołującego pierwsze towarzystwo ubezpieczeniowe w Poznaniu, nagrodę po raz pierwszy ustanowiła „Gazeta Ubezpieczeniowa”

no publiczna jak i komercyjna włączyła nasz urząd do grona ośrodków informacyjnych i opiniotwórczych co skutkuje licznymi kontaktami z Rzecznikiem Ubezpieczonych. Zamierzamy tą sferę działalności Rzecznika Ubezpieczonych intensyfikować i rozszerzać na inne media.

4. Intensyfikację porad prawnych udzielanych w formie dyżurów telefonicznych, która to forma dla wielu osób w ich konkretnych sprawach jak też w sporach z zakładami ubezpieczeń zdaje się najlepszą formą pomocy udzielanej przez Rzecznika Ubezpieczonych. Poradnictwo na telefon przybrało formę dwóch bloków dyżurów ekspertów – przedpołudniowy i popołudniowy. Jeśli okaże się to konieczne należało będzie rozszerzyć ramy czasowe dyżurów by dostosować je do zwiększających się potrzeb konsumentów.

5. Zwiększenie ilości spraw rozpatrywanych przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych. Od powołania Sądu minęło półtora roku i jak wykazuje praktyka ten sposób rozstrzygania sporów między zakładami ubezpieczeń a ich klientami nie zyskał liczącej się popularności w środowisku ubezpieczeniowym. O rozszerzenie swych uprawnień w tym zakresie Rzecznik Ubezpieczonych zabiegał od dawna. Znane są bowiem powszechnie trudności na jakie napotykają petenci sądów powszechnych, stąd pojawienie się w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowymi emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, zapisu o instytucji sądu polubownego dla niezadowolonych ze stosunku ubezpieczenia, członkostwa w OFE i uczestnictwa w PPE uznaliśmy za znaczącą zdobycz konsumencką. Nadmienić należy również, że lista podmiotów, które mogą poddać się rozstrzygnięciu sporu przez Sąd Polubowny została od 9 kwietnia 2005 r. rozszerzona o pośredników ubezpieczeniowych, w ich sporach z zakładami ubezpieczeń, co może świadczyć jednak o znaczeniu tego instrumentu przez ten segment rynku. Jak się wydaje, główną przyczyną małej liczby

spraw rozstrzyganych przez Sąd jest brak obowiązku uczestnictwa w postępowaniu, co wykorzystują zakłady ubezpieczeń odmawiając w nim udziału.

Zbierane sygnały z rynku wskazują że brak zainteresowania rozstrzygnięciem sporów przed Sądem Polubownym przez zakłady ubezpieczeń tłumaczy brakiem pewności co do obiektywizmu arbitrów tego Sądu, których powołuje Rzecznik Ubezpieczonych, nadto zgłaszają problem jakim jest w ich opinii zbyt krótki termin zawarty w Regulaminie Sądu, na wypowiedzenie się w kwestii wyrażenia woli poddania się pod jego osąd. Wydaje się że nic nie stoi na przeszkodzie aby kwestie budzące wątpliwości zakładów ubezpieczeń załatwić, tak by poprawić wydajność Sądu. Nic bowiem nie stoi na przeszkodzie, aby zakłady ubezpieczeń zgłaszały propozycje konkretnych osób na arbitrów Sądu, a wówczas Rzecznik Ubezpieczonych może podjąć decyzję o uzupełnieniu listy arbitrów. Nie można jednak zapominać, że to jednak Rzecznik Ubezpieczonych jest gwarantem sprawnego i obiektywnego działania Sądu zatem to jemu przysługuje prawo ostatecznego doboru arbitrów. Również zmiana w Regulaminie Sądu terminu na wyrażanie woli rozstrzygnięcia sporu przez Sąd Polubowny może zostać odpowiednio wydłużona, by umożliwić konsultacje wewnątrz zakładu ubezpieczeń w kwestii podjęcia tej ważnej decyzji.

Reasumując należy stwierdzić, że dotychczasowe formy i sposoby funkcjonowania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych w wypełnianiu roli reprezentanta interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych spełniały dobrze swe zadania, tym nie mniej należy szczególnie rozwijać niektóre segmenty tej działalności. Mam tu na uwadze szczególnie ważną, z punktu widzenia konsumentów funkcję edukacyjno – informacyjną urzędu oraz sądownictwo polubowne. ■

Krystyna Krawczyk
k.krawczyk@rzu.gov.pl

Rola Rzecznika Ubezpieczonych w ochronie praw konsumentów w aspekcie prawnym

Wkrótce instytucja Rzecznika Ubezpieczonych obchodzić będzie okrągłą, 10. rocznicę swego istnienia. Miniony okres funkcjonowania urzędu na polskim rynku ubezpieczeniowym skłania do przedstawienia roli Rzecznika Ubezpieczonych w ochronie praw konsumentów w zakresie stosunków ubezpieczeniowych oraz przybliżenie prawnych kompetencji i instytucji umożliwiających realizację wypełniania obowiązków ustawowych. Przybliżenie jednak obecnie obowiązujących regulacji omawianej materii należy poprzedzić krótkim rysem historycznym.

Wraz ze zmianami ustrojowymi dokonywanymi się w Polsce po roku 1989 r. zaistniała potrzeba dostosowania regulacji prawnych do kształtującej się swobody gospodarczej. W dziedzinie ubezpieczeń podstawą istniejącego obecnie systemu prawnego było uchwalenie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU nr 59 poz. 344 z późn. zm.), która stworzyła prawne podstawy rynku ubezpieczeniowego w warunkach gospodarki wolnorynkowej. Sprecyzowała warunki uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Stworzyła instytucje, takie jak Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny i Fundusz Ochrony Ubezpieczonych, jako dodatkowe instytucje wzmacniające bezpieczeństwo rynku. Następnym krokiem była nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej ustawą z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (DzU nr 96 poz. 478), której zamierzeniem było zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku ubezpieczeń. W tym celu został utworzony Pań-

stwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, sprawujący funkcje nadzoru i kontroli nad działalnością zakładów ubezpieczeń i brokerów, Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych pełniące funkcję biura krajowego w systemie Zielonej Karty oraz stworzono instytucję Rzecznika Ubezpieczonych – reprezentującego interesy ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia.

Obecnie podstawy prawne działania oraz zakres kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych wskazany jest w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz o Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124 poz. 1153), która jest jedną z tzw. pakietowych ustaw normujących zagadnienia z zakresu ubezpieczeń. Wejście w życie z dniem 1 stycznia 2004 r. pakietu ustaw miało na celu uporządkowanie organizacyjno – prawnego charakteru prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, jak również regulację kwestii związanych z ubezpieczeniami obowiązkowymi w taki sposób, aby nie naruszały konstytucyjnych praw i swobód obywatelskich. Zamierzeniem było również dostosowanie polskich regulacji prawnych do wymogów Unii Europejskiej.

W pakiecie nowych ustaw ubezpieczeniowych instytucja Rzecznika Ubezpieczonych wraz z nadzorem ubezpieczeniowym i emerytalnym została uregulowana w odrębnej ustawie w znacznie szerszy i pełniejszy sposób niż dotychczas. Rzecznikowi poświęcono zapisy artykułów 5 – 6 oraz 19 – 30 nowej ustawy, określające kolejno cele i zadania, organy właściwe do jego powołania, wymagane kwalifikacje, kadencyjność urzędu, zadania urzędu, koszty działalności urzędu, zakaz łączenia stanowisk i posiadania akcji, kompetencje i skład Rady Ubezpieczonych, zakres i sposób działania, obowiązki zakładu odnośnie przekazywania Rzecznikowi Ubezpieczonych OWU, dokumentów i formularzy, obowiązki zakładu w zakresie terminu udzielenia Rzecznikowi informacji oraz jego obowiązki sprawozdawcze.

Biorąc pod uwagę przepisy przytoczonego powyżej aktu prawnego w zakresie dotyczącym Rzecznika Ubezpieczonych można wyróżnić trzy kategorie spraw będących przedmiotem regulacji, są to:

1. wymogi w stosunku do kandydata mającego pełnić funkcje Rzecznika,
2. kryteria niezależności instytucji Rzecznika,
3. zadania i uprawnienia Rzecznika.

Z uwagi na fakt, że zagadnienia wskazane w pkt. 1 i 2 nie są tematem opracowania wskazać jedynie tytułem przypomnienia, że kandydatem na Rzecznika może być wyłącznie osoba, która spełnia łącznie dwie przesłanki:

- 1) wyróżnia się wiedzą i doświadczeniem w zakresie ubezpieczeń
- 2) posiada wyższe wykształcenie.

Organem ustawowo uprawnionym do powołania Rzecznika Ubezpieczonych jest Prezes Rady Ministrów, który dokonuje aktu powołania na

KALENDARIUM

☐ **W 2003 r.** – Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej włączyła się w kampanię na rzecz poprawy bezpieczeństwa dzieci, organizowaną przez PCK i Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie FinLife S.A.

☐ **19 marca 2003 r.** – miało miejsce inauguracyjne posiedzenie Rady Ochrony Konkurencji i Konsumentów – organu opiniodawczo -doradczego Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w skład którego został włączony Rzecznik Ubezpieczonych

☐ **22 maja 2003 r.** – Parlament zakończył prace nad pakietem 4 ustaw ubezpieczeniowych, które dostosowały polskie prawo ubezpieczeniowe do wymogów Unii Europejskiej

☐ **2 września 2003 r.** – Rzecznik Ubezpieczonych poczynił wstępne ustalenia z Izbą Gospodarczą Towarzystw Emerytalnych w związku z możliwością wystąpienia z II filara osób, które bez względu na wiek uzyskają prawo do wcześniejszej emerytury do końca 2006 r., a tylko członkostwo w II filarze im to wystąpienie uniemożliwia

☐ **9 listopada 2003 r.** – dr Stanisław Rogowski rozpoczął kolejną kadencję sprawowania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych

☐ **1 stycznia 2004 r.** – wszedł w życie pakiet 4 ustaw ubezpieczeniowych uchwalonych przez Sejm 22 maja 2005 r. normujący prawo w zakresie ubezpieczeń gospodarczych

☐ **5 kwietnia 2004 r.** – rozpoczął działalność Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych

wspólny wniosek Ministra właściwego do spraw instytucji finansowych i Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, na czteroletnią kadencję. Ta sama osoba może być Rzecznikiem przez dwie kolejne kadencje.

ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

W akcie prawnym obowiązującym od 1 stycznia 2004 r. zadania Rzecznika ulegają nieznacznemu rozszerzeniu i doprecyzowaniu.

Zgodnie z art. 20 ustawy Rzecznik podejmuje działania w zakresie ochrony osób, których interesy reprezentuje, a w szczególności:

- rozpatruje skargi w indywidualnych sprawach,
- opiniuje projekty aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych,
- występuje do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń, funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych,
- informuje właściwe organy nadzoru i kontroli oraz Polską Izbę Ubezpieczeń i organizacje gospodarcze powszechnych towarzystw emerytalnych o dostrzeżonych nieprawidłowościach w działaniu zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych, pracowniczych programów emerytalnych i innych instytucji rynku ubezpieczeniowego,
- stwarza możliwość polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, agentami

lub brokerami ubezpieczeniowymi, między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw, oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności poprzez organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów,

- inicjuje i organizuje działalność edukacyjną i informacyjną w dziedzinie ochrony ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

Dodatkowo art. 26 ust 4 ustawy precyzuje zakres podmiotowy i przedmiotowy wystąpień Rzecznika stanowiąc, iż Rzecznik może występować do zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Polskiego Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych o udzielenie informacji lub wyjaśnień, w szczególności w sprawach:

- indywidualnych z tym, że wymagany w takim wypadku jest wniosek osoby, której dotyczy sprawa,
- postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, które według Rzecznika są niekorzystne dla osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia,
- dotyczących wewnętrznych regulacji tych instytucji, które według Rzecznika są niekorzystne dla osób reprezentowanych,
- nieprawidłowej obsługi osób reprezentowanych świadczonej przez te instytucje.

Rzecznik Ubezpieczonych w świetle art. 26 ust 4 pkt 2 ustawy – co stanowi, w moim odczuciu, pewne doprecyzowanie instytucji, do których Rzecznik Ubezpieczonych mo-

że występować w ramach ochrony praw konsumentów, wskazanych w dyspozycji przepisu art. 20 pkt 3 – może dodatkowo zwracać się do ministra właściwego do spraw instytucji finansowych w sprawach dotyczących ubezpieczeń obowiązkowych i postulować o ewentualną zmianę przepisów regulujących tę grupę ubezpieczeń. Rzecznik działając na podstawie art. 26 ust 4 pkt 3 ustawy może również przeprowadzać i zlecać badania na temat sytuacji na rynku ubezpieczeniowym i emerytalnym. Kolejnym ważnym elementem jest informowanie i występowanie do stron o poddanie spraw rozstrzygnięciu przez sąd polubowny. Również istotnym z punktu widzenia ochrony praw konsumentów, zwłaszcza z perspektywy przejrzystości i jasności przepisów regulujących kwestie ubezpieczeniowe, jest możliwość występowania Sądu Najwyższego z wnioskiem o podjęcie uchwały wyjaśniającej wątpliwości związanych ze stosowaniem prawa.

Podkreślenia wymaga, że w obecnie obowiązującym stanie prawnym kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych, w granicach których korzysta w celu ochrony praw konsumentów, w zasadzie, zostały wprost przeniesione dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad działania i trybu powoływania Rzecznika Ubezpieczonych (DzU z 2003 r. nr 106 poz. 999). Nowymi kompetencjami wyraźnie wskazanymi jest możliwość rozstrzygnięcia sporów przed Sądem Polubownym, jak i kompetencja występowania do Sądu Najwyższego z wnioskiem o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie (z dniem 22 lipca 2005 r. został uchylony art. 28 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzecznika Ubezpieczonych, który wskazywał na tą możliwość wprost w ww. ustawie.)

Należy też zwrócić uwagę, że zarówno w dotychczasowym stanie prawnym jak i nowych regulacjach

zadania przewidziane dla Rzecznika nie są objęte zamkniętym katalogiem zadań. Jak wyżej zaznaczono w przepisie wymienia się kolejne zadania urzędu Rzecznika posługując się wyrażeniem „w szczególności”. Intencją ustawodawcy było i jest pozostawienie pewnej swobody po stronie Rzecznika do podejmowania innych zadań, których potrzeba zaistnieje w czasie realizowania jego bieżącej działalności. Konkretne działania Rzecznika wynikające z tego zakresu w praktyce obejmują nie tylko kwestie wynikające ze stosunku ubezpieczenia, ale także związane z działaniami zmierzającymi do jego powstania np. analiza ogólnych warunków ubezpieczenia itp.

Ochronna rola Rzecznika ubezpieczonych w zakresie praw konsumenta powoduje, że do Rzecznika Ubezpieczonych kierują sprawy zarówno indywidualne osoby jak i, co prawda w mniejszej skali, podmioty gospodarcze, które mają problemy z uzyskaniem świadczeń ubezpieczeniowych. Jest to spowodowane szerokim ujęciem zakresu ochrony w stosunkach ubezpieczeniowych, bowiem w obecnie obowiązującym stanie prawnym przepisy dotyczące ochrony praw konsumenta stosuje się w sprawach dotyczących umów ubezpieczenia także, gdy ubezpieczający nie jest konsumentem, na co wskazuje § 5 art. 384 kc. Rozszerzenie ochrony na inne niż osoba fizyczna podmioty została dokonana za sprawą art. 233 pkt. 1 nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Zawiera on uzupełnienie art. 384 k.c. o wspomniany § 5 rozszerzający obowiązywanie przepisów Tytułu III, księgi trzeciej k.c. na strony umowy, które nie są konsumentami w rozumieniu cytowanego wyżej art. 22 1 k.c. Niestety, projekt nowelizacji kc zakłada, że zostanie uchylony powyżej wskazany przepis. W opinii Rzecznika Ubezpieczonych ograniczenie to zmniejsza realną ochronę praw konsumenta, zatem – w mojej opinii – należy ocenić proponowaną zmianę negatywnie, bowiem z zakresu spraw, w których Rzecznik Ubezpieczonych może podjąć interwencję

bądź udzielić pomocy podmiotom poszkodowanym wyłączone zostały małe i średnie podmioty gospodarcze, będące częstokroć osobami fizycznymi lub tzw. spółkami rodzinnymi.

Z faktu, że ochrona interesów konsumenckich w ramach działalności interwencyjnej Rzecznika dotyczy zarówno spraw indywidualnych i ogółu ubezpieczonych rozróżniono warunki formalne wszczęcia postępowania. W razie więc spraw indywidualnych podjęcie interwencji może nastąpić wyłącznie na wniosek osoby, której sprawa dotyczy. Rzecznik na mocy ustawy jest upoważniony do występowania do zakładów ubezpieczeń, funduszy emerytalnych, towarzystw emerytalnych, ZUS, UFG, PBUK o udzielenie wyjaśnień lub informacji zarówno w sprawach indywidualnych, w których toczy się postępowanie jak również wewnętrznych regulacji tych instytucji i nieprawidłowej obsługi klienta przez te instytucje.

Rzecznik Ubezpieczonych podejmuje czynności z urzędu lub na wniosek, zaś w ramach swych kompetencji decyduje on o:

- 1) podjęciu sprawy,
- 2) wskazaniu wnioskodawcy przysługującego mu prawnego środka działania,
- 3) przekazaniu sprawy innemu właściwemu w danym przypadku organowi,
- 4) nie podjęciu sprawy, wnioskodawca jest o tym fakcie zawiadamiany pisemnie.

W razie wystąpienia przez osobę fizyczną z pisemnym wnioskiem o podjęcie interwencji Rzecznik Ubezpieczonych dokonuje wstępnej oceny zasadności podjęcia sprawy. Jeżeli na podstawie dostarczonej dokumentacji (m.in. stanowiska zakładów ubezpieczeń) oraz opisu stanu faktycznego sprawy uzna, iż istnieją podstawy do podjęcia interwencji wówczas, w ramach swoich kompetencji, realizując funkcję ochrony konsumenta, może zwrócić się o:

- 1) wyjaśnienie,
- 2) ponowne rozpatrzenie sprawy,
- 3) skierowanie sprawy do zbadania do właściwego organu.

KALENDARIUM

☐ **25 czerwca 2005 r.** – Rzecznik Ubezpieczonych wspólnie z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej zorganizowali seminarium pt. „Sądownictwo polubowne i mediacja w rozstrzyganiu sporów rynku ubezpieczeniowego”

☐ **24 lipca 2004 r.** – zmarł dr hab. Jan Kufel, profesor Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, wybitny specjalista z zakresu prawa gospodarczego

☐ **1 września 2004 r.** – uruchomione zostały Indywidualne Konta Emerytalne (IKE), służące gromadzeniu oszczędności emerytalnych w ramach II filara systemu zabezpieczenia społecznego

☐ **5 listopada 2004 r.** – Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej zorganizował seminarium „IKE – perspektywy rozwoju”. Seminarium pozwoliło na szerokie zapoznanie się z problemami związanymi z zabezpieczeniem emerytalnym, w szczególności z rozwiązaniami budzącymi kontrowersje

☐ **12 stycznia 2005 r.** – w Sądzie Polubownym przy Rzeczniku Ubezpieczonych odbyła się pierwsza rozprawa, która zakończyła się zawarciem ugody między zakładem ubezpieczeń a poszkodowanym

☐ **2 lutego 2005 r.** – zmarł prof. dr hab. Tadeusz Sangowski, wybitny specjalista z zakresu ekonomii i prawa gospodarczego. Znakomity dydaktyk i organizator badań naukowych i procesów nauczania. Pełnił funkcję Prezesa Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, członka jury konkursu

W sprawach zaś dotyczących ogółu ubezpieczonych Rzecznik:

- 1) występuje do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej, wydanie lub zmianę innych aktów prawnych w sprawach dotyczących funkcjonowania i organizacji ubezpieczeń.
- 2) informuje organy nadzoru i kontroli oraz Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU) o dostrzeżonych nieprawidłowościach.

Zasadniczym zadaniem Rzecznika Ubezpieczonych jest podejmowanie działań w zakresie ochrony osób, których interesy Rzecznik reprezentuje. Wskazuje na to zarówno art. 5 ust. 1 obecnie obowiązującej ustawy określając zakres podmiotowy działalności Rzecznika, który stanowi, iż: „Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych”, jak i kolejność wyliczenia działań Rzecznika Ubezpieczonych wskazanych w art. 20 tejże ustawy, gdzie na pierwszym miejscu wskazano „rozpatrywanie skarg w sprawach indywidualnych (pkt. 1)”.

Zakres działalności urzędu Rzecznika jest więc znaczny i – co trzeba zauważyć – tożsamy w dziedzinie ubezpieczeń gospodarczych i w określonym zakresie ubezpieczeń emerytalnych.

Zwraca jednak uwagę, że Rzecznik Ubezpieczonych wykonując swe obowiązki ustawowe, polegające przede wszystkim na ochronie praw konsumenta może występować w ściśle określonych granicach. Jak wskazano powyżej Rzecznik Ubezpieczonych nie posiada przymiotu organu nadzorczego, zatem w razie stwierdzenia zasadności wystąpienia ochrona praw ogranicza się do interwencji i wskazana argumentacja prawnej, popartej orzecznictwem i poglądami doktryny, mającej na celu przekonanie zakładu ubezpieczeń o zasadności interwencji. Brak jed-

nakże uprawnienia do nałożenia sankcji administracyjnych czy wiążącego zakładu ubezpieczenia nakazania podjęcia stosownych działań oznacza, że wynik podjętej interwencji nie zawsze będzie zgodny z oczekiwaniami konsumenta. W takich przypadkach Rzecznik Ubezpieczonych wykonuje swe funkcje poprzez działalność edukacyjną bądź informacyjną polegającą na wskazaniu konsumentowi podstaw prawnych dochodzonych roszczeń, istniejące orzecznictwo i poglądy doktryny. Wskazuje ponadto inne organy uprawnione do rozpatrywania sporów daanego rodzaju (np. sąd powszechny).

Od czasu ustawy z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw (DzU nr 25, poz. 254), zakres rzeczowej właściwości urzędu Rzecznika został rozszerzony o sferę zabezpieczenia społecznego. Bazując na posiadanych danych dotyczących liczby zgłoszonych skarg i zapytań bądź wniosków o interpretację przepisów prawnych należy ocenić działanie ustawodawcy za słuszne. Przykładem powtarzających się interwencji są sprawy dotyczące nieterminowego przekazywania składek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, sfalszowania umów o członkostwo w OFE czy anulowania deklaracji przystąpienia do otwartego funduszu emerytalnego na skutek błędu co do treści oświadczenia woli na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych. Wskutek działań Rzecznika m.in. powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w Izbie Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych przyjęły jednolitą procedurę postępowania w przypadku anulowania umowy z powodu utraty wcześniejszych uprawnień emerytalnych

W przypadku wystąpienia w celu ochrony praw z interwencją pozycję Rzecznika Ubezpieczonych wzmacnia postanowienie art. 29 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku

Ubezpieczonych, zgodnie z którym podmiot, który otrzymał wniosek Rzecznika w sprawach objętych zakresem jego działania musi w terminie 30 dni poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku. Powyższe uniemożliwia, moim zdaniem, nieuzasadnioną zwłokę nie tylko w zajęciu stanowiska przez podmioty rynku ubezpieczeniowego, lecz również ewentualnej wypłaty odszkodowania poszkodowanemu.

Podejmowanie interwencji przez Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/6 – 2005 (III kwartał) wskazuje na systematyczny wzrost liczby skarg wpływających do Biura Rzecznika. Do dnia 30.09.2005 r. ogółem wpłynęło 24.083 skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, oraz (od kwietnia 2002 r.) ponad 600 skarg na działalność OFE. Stan taki może świadczyć zarówno o wzroście zaufania do urzędu Rzecznika, nieprawidłowościach w relacjach pomiędzy zakładami ubezpieczeń i konsumentami usług ubezpieczeniowych, a także o wzrastającej świadomości ubezpieczeniowej. Konsumentów usług ubezpieczeniowych szukają w swoich sporach i kontrowersjach z zakładami ubezpieczeń i funduszami emerytalnymi niezależnego arbitrażu, aby mieć poczucie obiektywnego rozstrzygnięcia sporu.

Rola Rzecznika Ubezpieczonych polegająca na ochronie praw konsumentów realizuje się również poprzez działalność legislacyjną. Od początku bowiem obowiązywania nowego prawa Rzecznik i jego Biuro biorą aktywny udział zarówno w szerokich prezentacjach nowych regulacji jak i dyskusjach nad zapisami, których stosowanie wywołało wątpliwości. W ramach swej działalności Rzecznik Ubezpieczonych stara się wychwytywać wszystkie nieścisłości, zaś w razie ich stwierdzenia służą one Rzecznikowi w procesie nowelizacyjnym, których jest uczestnikiem. Korzystając ze swych ustawowych uprawnień wnosi on projekty aktów prawnych likwidujących nieprawidłowości. W granicach swych kompetencji Rzecznik również opi-

niuje projekty przepisów prawnych mających zastosowanie w zakresie ubezpieczeń. Tytułem przykładu wskazać można zmianę polegającą na rezygnacji z obowiązku powiadomienia Policji o każdym zdarzeniu szkodowym, ograniczając go jedynie do przypadków „poważnych”.

Korzystając z faktu, że kompetencje Rzecznika Ubezpieczonych zostały rozszerzone o sprawy dotyczące zabezpieczenia społecznego Rzecznik Ubezpieczonych brał również udział w pracach legislacyjnych z tego zakresu. Przykładami aktów prawnych, co do których Rzecznik Ubezpieczonych przekazywał opinie i propozycje zmian do następujących aktów prawnych są m.in. ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, ustawa o pracowniczych programach emerytalnych, ustawa o indywidualnych kontaktach emerytalnych. Rzecznik Ubezpieczonych opiniował ponadto liczne akty wykonawcze powiązane z pakietem ustawy ubezpieczeniowych, czy spraw powiązanych z zabezpieczeniem społecznym.

Jedną z nowych kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych, jaką wskazała ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz. 1153), zgodnie z którą Rzecznik Ubezpieczonych ma możliwość „stwarzania możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, agentami i brokerami ubezpieczeniowymi między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw, oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów. Podstawą prawną powołania Sądu Polubownego jest art. 20 pkt. 5 przytoczonej powyżej ustawy.

Jest to dodatkowe narzędzie, przy pomocy, którego może rozwiązywać w sposób polubowny spory pomiędzy ubezpieczonymi i zakładami ubez-

pieczeń. Instytucja sądów polubownych, które od drugiego kwartału 2004 r. działają przy Rzeczniku, jest rozwiązaniem nowym w polskiej rzeczywistości i może znacznie skrócić sporne postępowania. W mojej opinii jest to szansa na ugodowe rozstrzygnięcie i kończenie spornych spraw z zakresu stosunków ubezpieczeniowych. Wskazać wypada, że oprócz dotychczasowej właściwości rzeczowej do kompetencji Sądu Polubownego doszła możliwość rozstrzygnięcia sporów pomiędzy konsumentami a agentami i brokerami ubezpieczeniowymi. Nowelizacja nastąpiła ustawą z dnia 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz niektórych innych ustaw (DzU nr 48 poz. 447) i ma zastosowanie po 14 dniach od jej ogłoszenia, tj. 25 marca 2005 r.

Nowa regulacja w zmodyfikowanej formie wskazuje po stronie Rzecznika organizowanie i inicjowanie działań w zakresie działalności informacyjno – edukacyjnej, jednak ich nie ogranicza enumeratywnym katalogiem. W tej dziedzinie Rzecznik do tej pory udzielał bezpośrednich informacji na zapytania obywateli oraz zamieszcza informacje o wynikach przeprowadzonych interwencji w środkach masowego przekazu. Działalność edukacyjna prowadzona jest również przy współpracy z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej. W tym zakresie prowadzone przez Rzecznika działania edukacyjne sprowadzają się do określonego ustawą inicjowania i organizowania działalności edukacyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych. W mojej opinii w dobie społeczeństwa informacyjnego nie sposób przecenić roli edukacji ubezpieczeniowej prowadzonej przez Rzecznika, w tym dotyczącej funkcjonowania systemu emerytalnego. Dzięki wzmocnionym wysiłkom pracowników i współpracowników tej instytucji świadomość ubezpieczeniowa Polaków jest co-

KALENDARIUM

na najlepszą pracę doktorską, magisterską, podyplomową i licencjacką z dziedziny ubezpieczeń oraz członka Rady Ubezpieczonych

□ **27 kwietnia 2005 r.** – w związku ze zmianami oraz projektami zmian w prawie ubezpieczeniowym odbyło się seminarium zorganizowane przez Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej i Rzecznika Ubezpieczonych nt. „Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego w świetle zmian w prawie ubezpieczeń gospodarczych”

□ **9 listopada 2005 r.** – uroczyste obchody 10. rocznicy powstania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych.

INSTYTUCJE WSPIERAJĄCE OBCHODY

ASPECTA
ŻYCIE

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.
HDI SAMOPOMOC



POLSKIE
TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ S.A.

FINLIFE

PATRONAT MEDIALNY

logo gazeta

dziennie podwyższana, można powiedzieć iż w tym przypadku mamy do czynienia z kształceniem ciągłym. Dzieje się to głównie za sprawą zróżnicowania źródeł komunikowania się ubezpieczonych z Biurem Rzecznika i zintensyfikowania tych działań, dzięki następującym dodatkowym usługom świadczonym nieodpłatnie przez Rzecznika Ubezpieczonych ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umów ubezpieczenia oraz członkom otwartych funduszy emerytalnych i uczestnikom PPE:

- dyżury telefoniczne (w latach 2004-2005 zarejestrowano w sumie 10332 rozmów telefonicznych),
- strona internetowa www.rzu.gov.pl
- możliwość zadania pytania e-mailem,
- analizy rynku funduszy emerytalnych oraz interpretacje bieżących zmian w systemie emerytalnym publikowane na łamach wydawanego przez Rzecznika Ubezpieczonych kwartalnika „Monitor Ubezpieczeniowy”.

Zarówno dyżury telefoniczny, jak i strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych ma, moim zdaniem, kolosalne znaczenie w ochronie praw konsumentów, ponieważ umożliwiają natychmiastową i bezpośrednią pomoc konsumentom, informowanie o zakresie ich praw i obowiązków czy znajdowaniu rozwiązań zgłaszanych problemów, co stanowi dodatkowy sposób wypełniania przez Rzecznika Ubezpieczonych obowiązków ustawowych. Główny akcent położono jednak na funkcję edukacyjną.

Na stronie Rzecznika można się zapoznać z poradami ekspertów i informacjami ogólnymi o ubezpieczeniach z podziałem na tematy:

- a. zabezpieczenia społecznego (problematyka przyszłych świadczeń emerytalnych ZUS i OFE),
- b. ubezpieczeń na życie (ubezpieczenia życiowe dobrowolne),
- c. ubezpieczeń majątkowych,
- d. oraz wyodrębnionej z uwagi na

częstotliwość występowania problemów kategorii ubezpieczeń majątkowych – ubezpieczeń komunikacyjnych (OC, AC),

- odpowiedziami na najczęściej zadawane przez konsumentów pytania,
- sposobem składania skarg (wymogi formalne) oraz możliwością korzystania z dyżurów telefonicznych ekspertów,
- genezą i zakresem funkcjonowania powstania urzędu Rzecznika Ubezpieczonych,
- „Monitorem Ubezpieczeniowym” – periodykiem urzędu Rzecznika Ubezpieczonych,
- regulaminem i taryfami Sądu Polubownego,
- statystykami skarg napływającymi do Rzecznika Ubezpieczonych,
- sprawozdaniami z działalności Urzędu za poprzednie okresy,
- adresami instytucji ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń,
- „linkami tematycznymi” do innych stron o tematyce ubezpieczeniowej i emerytalnej,
- informacjami na temat bieżącej działalności Rzecznika Ubezpieczonych oraz rezultatach działań (np. wystąpienie do Sądu Najwyższego),
- innymi zagadnieniami rynku ubezpieczeń i prawem ubezpieczeniowym.

Dodatkowa nowa prerogatywa Rzecznika Ubezpieczonych została wskazana w przepisie art. 28 nowej ustawy, który rozszerza możliwości RU określone w art. 60 i 2 ustawy o Sądzie Najwyższym (Dz.U. z 2002 r nr 240 poz. 2052). Wspomniana regulacja upoważnia Rzecznika do występowania do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie. Przyznanie tej prerogatywy Rzecznikowi tworzy możliwość występowania do SN w spornych zagadnieniach prawnych powstałych na bazie indywidualnych skarg konsumentów. Uchwała SN w takich przypadkach sprawach

stworzy jednolitość i przejrzystość w stosowaniu prawa, co w efekcie doprowadzi do klarownej sytuacji konsumenta. Potwierdzają to dotychczasowe wnioski do Sądu Najwyższego, gdzie jeden z nich został już rozpatrzony przez Sąd Najwyższy, który wydał uchwałę dotyczącą stosowania art. 38 pkt. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Na skutek złożonego przez Rzecznika wniosku, Sąd Najwyższy uznał, że powyższy przepis nie ma zastosowania względem osób leasingobiorcy czy kredytobiorcy, gdzie formą zabezpieczenia jest przeniesienie własności na rzecz banku bądź leasingodawcy.

Wskazać należy, że mimo uchylecia art. 28 ustawy o nadzorze (...) nadal pozostał art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym (DzU z 2002 r. nr 240 poz. 2052) stwarzający możliwość po stronie Rzecznika Ubezpieczonych skierowania w zakresie swojej właściwości do SN wniosku o rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa występujących w orzecznictwie sądów powszechnych. Tym samym należy uznać, że pozostała w dalszym ciągu możliwość występowania do Sądu Najwyższego w celu podejmowania uchwał wyjaśniających przepisy prawne budzące wątpliwości lub, których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie, co potwierdza szczególną rolę, jaką ustawodawca powierzył Rzecznikowi.

Należy również w tym miejscu wskazać wprowadzony nowelą przepis art. 100 a ust 1 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (DzU nr 122 poz. 1319 z późn. zm.), który stwarza Rzecznikowi możliwość skierowania wniosku do Prezesa UOKiK o wszczęcie postępowania w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów.

PODSUMOWANIE

Na rynku usług konsumenckich działa szereg instytucji, które stoją na straży przestrzegania norm prawno – etycznych w relacjach po-

między usługodawcami i usługobiorcami. Instytucją ustawowo powołaną do reprezentowania interesów osób ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych lub uczestników pracowniczych programów emerytalnych jest Rzecznik Ubezpieczonych. Uważam, że stworzenie takiej instytucji jest ściśle związane z dostosowywaniem polskiego prawa w dziedzinie ubezpieczeń do prawa Unii Europejskiej, wyrażającej się we wzmocnieniu prawnej ochrony konsumenta usług ubezpieczeniowych.

Różnorodność działań i ich rosnąca liczba wskazuje, że ten nowy i krótko jeszcze funkcjonujący zakres działalności Rzecznika Ubezpieczonych nie jest mniej ważny niż inne instytucje powołane w celu obrony konsumentów.

Na szczególną uwagę zasługuje, naszym zdaniem, udział ekspertów urzędu w tworzeniu przepisów prawa a zwłaszcza ustaw, które podlegają zmianom, co jest skądinąd prawidłowe i oczywiste; trudno bowiem wyobrazić sobie stworzenie doskonałego systemu wg przyjętych założeń, nawet słusznych, lecz nie zweryfikowanych przez praktykę, zwłaszcza regulujących tak trudną problematykę.

Na koniec wreszcie warto wspomnieć o roli edukacyjno-informacyjnej urzędu. Działania podejmowane w tym zakresie – w sytuacji wciąż bardzo niewielkiej wiedzy społecznej o systemie emerytalnym – mają wartość trudną do przecenienia. Jesteśmy przekonani – a wynika to także z kontaktów telefonicznych i listownych z konsumentami – że różne formy działań i te już realizowane i te planowane, będą musiały być coraz intensywniejsze i bardziej różnorodne. Ważna wydaje się być zwłaszcza edukacja młodzieży szkolnej, co może brzmieć nieco paradoksalnie w kontekście przedmiotu rozważań, lecz – biorąc chociażby pod uwagę rolę długości okresu świadczenia składek – potrzeba jak najwcześniejszej znajomości uwarunkowań systemu jest oczywista.

W mojej opinii również za mającą szczególną rolę dla ochrony praw

konsumentów uznać należy możliwość występowania do Sądu Najwyższego. Do chwili obecnej złożonych zostało 5 wniosków, z których jeden doczekał się pozytywnego z punktu widzenia konsumenta rozstrzygnięcia. Uznając tę kompetencję za niezwykle istotną w ochronie praw konsumentów Rzecznik Ubezpieczonych nadal będzie korzystał z tej drogi pomimo uchylecia art. 28 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, bowiem istnieje nadal taka możliwość na podstawie art. 60 § 2 ustawy o Sądzie Najwyższym (DzU z 2002 r. nr 240 poz. 2052). Zgodnie z dyspozycją przytoczonej powyżej regulacji, jeżeli w orzecznictwie sądów powszechnych, sądów wojskowych lub Sądu Najwyższego ujawnią się rozbieżności w wykładni prawa, z wnioskiem może wystąpić również m.in. w zakresie swojej właściwości Rzecznik Ubezpieczonych.

Jak widać z powyższego rozpatrywanie i występowanie skarg indywidualnych nie jest jedynym przedmiotem działalności Rzecznika i nie wyczerpuje całego zakresu. W celu ochrony praw konsumenta Rzecznik podejmuje działania w szerokim spektrum, korzystając z pełnego katalogu swych uprawnień ustawowych.

Instytucja Rzecznika łączy w sobie działalność interwencyjną i informacyjno-edukacyjną. Powołany do życia nowelizacją ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 1995 r. w skuteczny sposób chroni i reprezentuje interesy konsumenckie, o czym świadczy stała tendencja wzrostowa składanych skarg i interwencji, jak i rozszerzenie kompetencji i zakresu spraw, w których może podjąć interwencję. Tym samym uznać należy, że instytucja Rzecznika Ubezpieczonych zapisała się trwale na polskim rynku ubezpieczeniowym i występując w imieniu najsłabszego ogniwa rynku ubezpieczeniowego, jakim jest konsument realizuje swe ustawowe obowiązki w sposób zapewniający realną jego ochronę. ■

Tomasz Wróblewski
radca prawny w BRU
t.wroblewski@rzu.gov.pl

I. Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I półroczu 2005 roku.

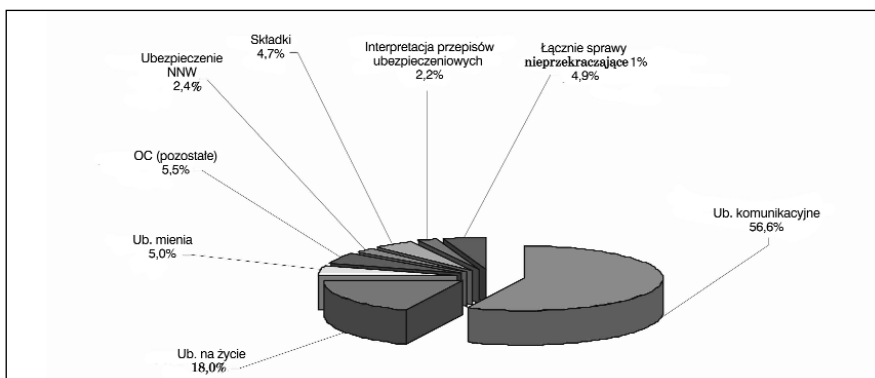
W I półroczu 2005 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 2281 pisemnych skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Należy podkreślić, iż ilość skarg dotyczących ww. problematyki wykazuje tendencję wzrostową. Dla porównania – w I półroczu 2004 roku ich liczba wynosiła 2158.

Podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 1292 skargi (56,6%), tj. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – 867 skarg (38,0%), ubezpieczeń auto-casco – 354 skargi (15,5%), Zielona Karta – 12 skarg (0,5%), ubezpieczeń asystancje – 7 skarg (0,3%). Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – 44 skargi (1,9%) oraz odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń od-

szkodowawczych, zgłaszanych do Funduszu – 8 skarg (0,4%) (wykres nr 1).

Drugie miejsce z uwagi na ilość, zajmowały skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 425 skarg, co stanowiło 18,6% wszystkich spraw z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które w tym okresie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych. 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 ubezpieczenie renty odroczonej. W I półroczu

Wykres nr 1. Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 r.



2005 roku odnotowano ich 62 (2,7%). Drugi rodzaj umów wchodzących w zakres skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 roku. Spory najczęściej dotyczyły odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieściło 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 wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy spory wynikające z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczających – łącznie takich skarg odnotowano 363 (15,9%).

W ostatnich latach wyraźnie wzrosła liczba skarg zawierających zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym jak również w związku z wykonywanym zawodem – 125 skarg (5,5%). Świadczy to – z jednej strony – o pożądanym wzroście zawierania umów ubezpieczeń, szczególnie przez zainteresowane tym środowiska zawodowe, ale również o uchybieniach w ich funkcjonowaniu. W skargach tych podnoszone są najczęściej zarzuty dotyczące odmowy wypłaty odszkodowania motywowanej przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej oraz zbyt niska kwota ustalonego odszkodowania wynikająca ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy od-

noszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych żywiołów – 115 skarg (5,0%). Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń była najczęściej odmowa uznania roszczeń z przyczyn: przekroczenia zakresu ochrony wynikającej z umowy w przypadku zdarzenia, stanowiącego podstawę roszczenia; niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w ogólnych warunkach umowy, nieopłacenie składki lub jej raty oraz niedopełnienie wymogów ustalonych dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

Kolejna grupa skarg dotyczyła składek ubezpieczeniowych – 107 skarg (4,7%). Ubezpieczający skarżyli się przede wszystkim na problemy z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za OC komunikacyjne w następstwie zbycia pojazdu; problem podwójnego ubezpieczenia w następstwie zbycia pojazdu; wysokością składek to zarówno w grupie ubezpieczeń obowiązkowych jak i dobrowolnych.

Następna grupa skarg dotyczyła ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 69 skarg (3,1%), w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej – 15 (0,7%). Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania odszkodowania z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenia, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń nie mieściły się one w granicach określonych warunkami umowy ubezpieczenia oraz spory o wysokość odszkodowania – w tym mieściły się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego odszkodowania.

Po wejściu w życie pakietu ustaw ubezpieczeniowych w niewielkim stopniu wzrósł napływ spraw zawierających zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpiecze-

Tabela nr 2. Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I półroczu 2005 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Odmowa odszkodowania/świadczenia	755	33,1
2.	Zaniżone odszkodowanie/świadczenie	836	36,7
3.	Opieszałość w likwidacji szkody	301	13,2
4.	Zaniżona wartości wykupu polisy (dot. ub. na życie)	40	1,7
5.	Odmowa wykupu wartości polisy (dot. ub. na życie)	25	1,1
6.	Opieszałość w wykupie polisy (dot. ub. na życie)	2	0,1
7.	Zmiana sumy ubezpieczenia	3	0,1
8.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy	16	0,7
9.	Odmowa przejścia opłacania składek (dot. ub. na życie)	9	0,4
10.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia	4	0,2
11.	Inne, w tym; wysokość, poprawność naliczania, zwrot składek; interpretacja przepisów ubezpieczeniowych; kara za brak OC kom.; regresy; brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych.	268	11,7
12.	Brak wyraźnej przyczyny skargi	22	1,0
13.	Ogółem	2281	100

niowych – skarg 51 (2,2%). Wpływ na to ma zapewne także znaczne rozszerzenie działalności Rzecznika Ubezpieczonych, jako ośrodka informacji i edukacji ubezpieczeniowej, jak również podobna działalność innych podmiotów.

Jak przedstawiono w tabeli nr 2 w I półroczu 2005 roku, tak jak w latach poprzednich zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach:

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 836 skarg (36,7%);
- oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 755 skarg (33,1%);
- opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym – 301 skarg (13,2%).

Inne przyczyny skarg tj. 268 (11,7%) dotyczyły między innymi: wysokości, poprawności naliczania oraz zwrotu składek; interpretacji przepisów ubezpieczeniowych; kary za brak OC kom.; regresów oraz braku właściwości Rzecznika Ubezpieczonych.

Pozostałe wystąpienia dotyczyły między innymi zbyt niskiej wobec oczekiwań tzw. wartości wykupu polisy odnoszącej się do ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym – 40 skarg (1,7%), oraz oddaleniu w całości roszczenia z tytułu tzw. wykupu wartości polisy – 25 skarg (1,1%).

W większości spraw, tj. w 1688 skargach (74,0%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję. Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas, gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub uzasadniony interes osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Jej podjęcia odmówił w 405 przypadkach, co stanowiło 17,8% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. W 188 sprawach, co stanowiło 8,2% skarg z uwagi na znaczny wzrost dynamiki wnoszonych skarg nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym (tabela nr 3).

Tabela nr 3. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji	1688	74,0
2.	Niepodjęcie interwencji, w tym z następujących przyczyn:	405	17,8
	● udzielenia wyjaśnień merytorycznych,	182	8,0
	● przesłania skargi do wiadomości RU bez wyraźnej prośby o interwencję	146	6,4
	● niekompletnej dokumentacji	62	2,7
	● wycofania skargi	12	0,55
	● braku właściwości	3	0,15
3.	Brak ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym	188	8,2
4.	Ogółem	2281	100

Tabela nr 4. Wynik interwencji spraw zakończonych podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w I półroczu 2005 r.

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Uznanie zasadności skargi	363	33,5
2.	Uznanie w drodze wyjątku	19	1,7
3.	Wynik negatywny	703	64,8
4.	Ogółem	1085*	100

* W tych sprawach zostało zajęte stanowisko przez zakład ubezpieczeń. W toku pozostaje 810 spraw, co stanowiło 48,0% wszystkich spraw, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 roku łącznie w odniesieniu do 382 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 35,2% wszystkich spraw zakończonych, w tym 19 spraw zostało uznanych w drodze wyjątku (1,7%) (tabela nr 4).

703 sprawy zostały zakończone wynikiem negatywnym, co stanowiło 64,8% wszystkich skarg, w których Rzecznik zakończył postępowanie interwencyjne.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną gdy zakład ubezpieczeń uznawał zasadność interwencji i zmieniał swoje wcześniejsze stanowisko w całości lub w części, gdy w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, że prawa i interes osób ubezpieczonych i uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia nie zostały naruszone, ostatecznie odrzucił interwencję.

810 spraw nadal pozostaje przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych, co stanowiło 48,0% wszystkich skarg, w których podjęta została interwencja.

II. Rozpatrywanie skarg indywidualnych dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego w I półroczu 2005 r.

W I półroczu 2005 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 105 skarg związanych z funkcjonowaniem systemu emerytalnego (wykres nr 5).

Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do nieprawidłowości w funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, czyli podmiotu przekazującego składki do II filara polskiego systemu emerytalnego. Skargi te dotyczyły opóźnienia w przekazywaniu bądź nieprzekazywania składek na rachunek ubezpieczonego w otwartym funduszu emerytalnym – 41 skarg (39%).

Drugie miejsce pod względem liczby zajmowały wystąpienia, dotyczące funkcjonowania podmiotów działających w ramach II filara polskiego systemu emerytalnego 13 skarg (12,4%).

Wystąpienia skarżących dotyczyły przede wszystkim możliwości anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu, co do treści oświadczenia woli i nabycia wcze-

Wykres nr 5. Zestawienie podmiotów skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w I półroczu 2005r .

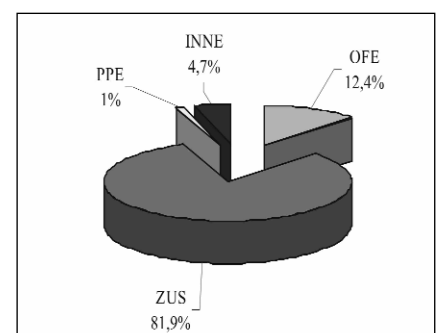


Tabela nr 6. Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w I półroczu 2005 r.

Lp.	Przedmiot	Liczba	%
1.	Nieprzekazywanie składek do OFE	41	39,0
2.	Anulowanie umowy ze względu na nabycie prawa do wcześniejszej emerytury	8	7,6
3.	Inne	4	3,8
4.	Zła właściwość	49	46,7
5.	Interpretacja przepisów	2	1,9
6.	Nieprawidłowości w wypłacie – śmierć małżonka	1	1,0
7.	Ogółem	105	100

śniejszych uprawnień emerytalnych (8 skarg – 7,6%). Poza tym zwracano się z prośbą o interpretację przepisów (2 skargi – 1,9%) a także o pomoc przy transferze środków w przypadku śmierci współmałżonka (1 skarga – 1%).

dłowości w funkcjonowaniu Pracowniczych Programów Emerytalnych.

Pozostałe wystąpienia (49 skarg – 46,7%) nie dotyczyła spraw związanych z zabezpieczeniem emerytalnym.

Tabela nr 7. Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 r.

Lp.	Sposób działania	Liczba	%
1.	Podjęcie interwencji	33	31,4
2.	Nie podjęcie interwencji, w tym z następujących przyczyn:	72	68,6
	● udzielenia wyjaśnień merytorycznych,	17	16,2
	● przesłania skargi do wiadomości RU bez wyraźnej prośby o interwencję,	5	4,7
	● niekompletnej dokumentacji,	1	1,0
	● braku właściwości,	34	32,4
	● odmowy podjęcia interwencji.	15	14,3
3.	Ogółem	105	100

Najmniejsza część wystąpień pisemnych (1 skarga – 1 % skarg dotyczących systemu emerytalnego ogółem) dotyczyła nieprawi-

Spółród 105 skarg, jakie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 r. w przypadku 33 skarg uznano za

Tabela nr 8. Wynik interwencji spraw zakończonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w I półroczu 2005 r.

Lp.	Wynik interwencji	Liczba	%
1.	Pozytywny	6	85,7
2.	Negatywny	1	14,3
3.	Ogółem	7*	100

* 26 spraw w toku, co stanowiło 78,8% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję.

stosowne podjęcie interwencji. Stanowiło to 31,4% skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Jak przedstawiono w tabeli nr 7 w przypadku 72 skarg (68,6%) nie podjęto interwencji. Niepodjęcie interwencji spowodowane było w przeważającej części brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem, w którym zawarta była jedynie prośba o wyjaśnienie przepisów prawnych dotyczących działalności otwartych funduszy emerytalnych. Nie podejmowano także interwencji w sprawach kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych, jako drugiego bądź kolejnego adresata „do wiadomości”. Ich autorzy wyraźnie zaznaczali, że chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą.

Rzecznik nie podejmował także interwencji w sprawach, które wymagały uzupełnienia w zakresie opisu stanu faktycznego, bez którego dalsze jej badanie było niemożliwe, bądź braku niezbędnych dokumentacji. Mimo stosownych wskazówek przekazanych skarżącemu nie zawsze udawało się dane te pozyskać, co również skutkowało wstrzymaniem się od interwencji. Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji, zaliczone zostały również przypadki których problematyka wykaczała poza kompetencje Rzecznika.

W wyniku podejmowanych interwencji Rzecznika Ubezpieczonych 6 spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla Skarżących. Pozostałe 26 skarg (78,8%), w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję, nie została jeszcze rozstrzygnięta. ■

opracowały:
Iwona Szymańska
Joanna Szczepańska

Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2005 dotyczące problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego – w ujęciu statystycznym

I. Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2005 (stan na dn.30.09.2005 r.).

9 listopada 2005 roku mija 10 lat funkcjonowania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych. Stało się to okazją do przeprowadzenia pewnych podsumowań, w tym również odnoszących się do najobszerniejszej płaszczyzny działania Rzecznika Ubezpieczonych i jego Biura, jakim jest rozpatrywanie indywidualnych skarg osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków otwartych funduszy emerytalnych oraz uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

Zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz.1153 z 2003r. z późn. zm.) do zadań Rzecznika

nika należy podejmowanie działań w zakresie ochrony osób, których interesy reprezentuje, a w szczególności rozpatrywanie skarg w indywidualnych sprawach kierowanych do Rzecznika.

Niniejsze opracowanie zawiera podstawowy zestaw informacji i danych statystycznych na przedmiotowy temat i dotyczy okresu od daty powstania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych tj. od 9 listopada 1995 roku do 30 września 2005 roku, czyli praktycznie 10 lat funkcjonowania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych.

W latach 1995/96 – 2005 (stan na dn. 30.09.2005r.), czyli praktycznie w okresie 10 lat funkcjonowania Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych, liczba wpływających do Rzecznika pisemnych skarg odnoszących się do problematyki ubezpieczeń gospodarczych, wykazuje tendencję wzrostową – łącznie w omawianym okresie wpłynęło 24083 pisemnych skarg (wykres nr 1). Wyjątkowo w 2002 ro-

ku zanotowano niewielkie zmniejszenie ilości skarg. Przyczyną tego, było m.in. rozbudowanie systemu poradnictwa prowadzonego zarówno drogą telefoniczną jak i za pośrednictwem strony internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl).

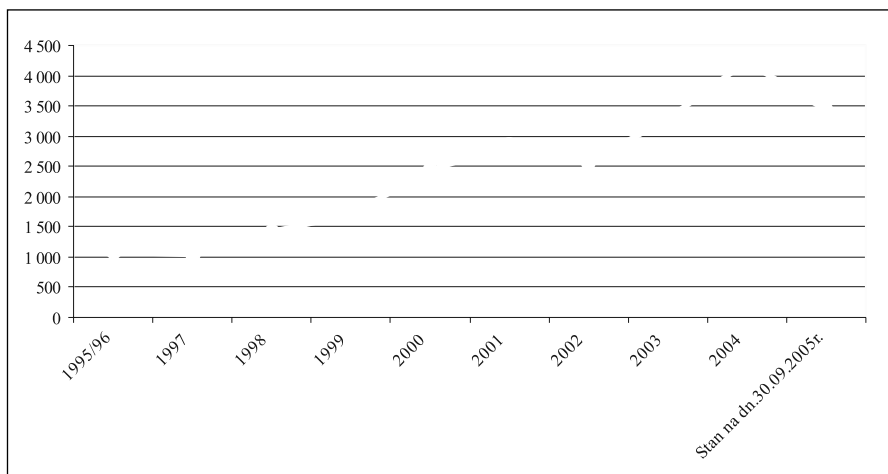
Najliczniejsza grupa skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych odnosiła się do tzw. ubezpieczeń komunikacyjnych, tj. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenia auto-casco, ubezpieczenia assistance, Zielonej Karty.

Procentowy ich udział oscyluje wokół 60% całej liczby skarg, wpływających do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w poszczególnych latach (wykres nr 2).

Autorzy tej grupy skarg najczęściej wnosili skargi w związku z:

- całkowitą odmową uznania roszczenia o odszkodowanie lub świadczenie,
- odmową uznania części roszczenia odszkodowawczego,
- opieszałym prowadzeniem postępowań odszkodowawczych, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń,
- odmową lub utrudnieniami w udostępnianiu akt szkody,
- niedostatecznym informowaniem o dokumentach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą,
- brakiem wyczerpujących uzasadnień dla przyjmowanych przez zakłady stanowisk, zarówno gdy dotyczyły odmowy uznania roszczenia, jak i wysokości ustalonego odszkodowania lub świadczenia.

Wykres nr 1. Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2005 (stan na dn. 30.09.2005 r.)



Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w tym najczęściej:

- nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – lub je zawarli, ale niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Skarżący w tych sprawach wskazywali na niesprawiedliwy w ich odczuciu brak gradacji wysokości stosowanych opłat karnych – nie negując słuszności ich stosowania. Sytuacja ta uległa zmianie po wejściu w życie 1 stycznia 2004 roku nowego ustawodawstwa ubezpieczeniowego. W obowiązujących przepisach, w zakresie stosowania tzw. opłat karnych z tytułu OC komunikacyjnego, wprowadzono zróżnicowanie wysokości nakładanych opłat, zależnie od długości okresu pozostawania przez posiadacza pojazdu bez wymaganego prawem ubezpieczenia.

- odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych zgłaszanych do Funduszu.

Drugie miejsce z uwagi na liczbę skarg zajmowały skargi dotyczące ubezpieczeń na życie, które podzielone zostały na dwie zasadnicze grupy, za kryterium podziału przyjmując termin ich zawarcia.

Pierwsza grupa skarg dotyczyła umów ubezpieczeń na życie zawartych przed 1989 r. z wówczas Państwowym Zakładem Ubezpieczeń, a realizowanych obecnie przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. – nazywając je często ubezpieczeniami starego portfela. Skargi te dotyczą przede wszystkim zbyt niskiej kwoty naliczonego świadczenia z tytułu zawieranych wówczas umów tj. ubezpieczenia posagowego dzieci bądź też umowy renty odroczonej. Na przełomie ostatnich lat, zaobserwowano, iż grupa tych skarg ulega liczebnemu zmniejszeniu.

W omawianym okresie znaczną przewagę ilościową w tej grupie

skarg miały wystąpienia dotyczące umów ubezpieczeń zawartych po 1989 r.

Wśród tych spraw dominowały skargi na:

- odmowę przyznania świadczenia (odszkodowania) gdyż, zdaniem zakładu ubezpieczeń, zdarzenie ubezpieczeniowe (choroba, nieszczęśliwy wypadek, śmierć itd.) nie mieści się w granicach ochrony gwarantowanej umową,
- odmowę przyznania świadczenia gdyż, zdaniem zakładu ubezpieczeń, ubezpieczający podał nieprawdziwe informacje, o które ubezpieczyciel pytał we wniosku lub innym dokumencie przed zawarciem umowy,
- zbyt niską, zdaniem skarżących, wartość wykupu umowy ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym, w sytuacji gdy dochodzi do jej likwidacji przed czasem oznaczonym w umowie,
- mało zrozumiałą tekst umowy ubezpieczeniowej, zawierającą niejasne sformułowania,
- mało profesjonalne zachowanie się pośredników ubezpieczeniowych, występujące na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, wskazujące m.in. na nierzetelne informowanie zainteresowanych o oferowanym produkcie ubezpieczeniowym.

Z roku na rok, systematycznie wzrastał także udział skarg związanych z zawieraniem i realizacją (wypłatą odszkodowania) umów ubezpieczenia mienia, w tym np.: od kradzieży z włamaniem, od ognia, zalania i innych żywiołów itd. W wyniku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika w ww. sprawach okazuje się, iż najczęściej występującą przyczyną sporów w tej grupie spraw jest:

- stwierdzany przez zakład ubezpieczeń przy likwidacji szkody brak ochrony ubezpieczeniowej dla zaistniałej szkody,
- stwierdzany przez zakład ubezpieczeń przy likwidacji szkody brak zabezpieczenia mienia wymaganego zapisami o.w.u.,

- konflikt w zakresie ustalenia stanu faktycznego odnoszącego się do okoliczności zgłoszonej szkody,

- konflikt w zakresie ustalenia stanu faktycznego odnoszącego się do rozmiaru szkody jak też kosztu jej naprawienia,
- nieopłacenie przez ubezpieczającego w terminie wyznaczonym w o.w.u. raty składki,
- niezgodne z o.w.u. postępowanie poszkodowanego w związku ze zgłoszeniem i likwidacją szkody.

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Przyczyną tych skarg były najczęściej:

- odmowa przyznania odszkodowania z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń nie mieści się ono w granicach zakreślonych warunkami umowy ubezpieczenia,
- spory o wysokość odszkodowania – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia rozmiaru procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego odszkodowania.

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym jak również w związku z wykonywanym zawodem jeszcze kilka lat temu zajmowały nikły odsetek wśród ogółu skarg. W ostatnich latach ich liczba wyraźnie wzrosła. Świadczy to – z jednej strony – o pożądanym wzroście zawierania tych umów ubezpieczeń, szczególnie przez zainteresowane tym środowiska zawodowe, ale również o uchybieniach w ich funkcjonowaniu.

W tej grupie skarg podnoszone były najczęściej następujące zarzuty:

- odmowa wypłaty odszkodowania motywowana przez zakład ubezpieczeń brakiem ochrony ubezpieczeniowej,
- zbyt niska kwota ustalonego odszkodowania, wynikająca w części przypadków ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

Następna grupa skarg dotyczyła składek ubezpieczeniowych.

Ubezpieczający skarżyli się przede wszystkim na:

- problemy z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za OC komunikacyjne, w następstwie zbycia pojazdu,
- problem podwójnego ubezpieczenia w następstwie zbycia pojazdu,
- wysokość składek i to zarówno w grupie ubezpieczeń obowiązkowych jak i dobrowolnych,
- stosowanie opłat manipulacyjnych przy zwrocie części składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

Należy podkreślić, iż liczebnemu zmniejszeniu w ostatnich latach, uległa grupa skarg dotycząca upadłości zakładów ubezpieczeń.

Natomiast, wbrew przewidywaniom spowodowanym wejściem w życie pakietu ustaw ubezpieczeniowych, jedynie w niewielkim stopniu wzrósł napływ spraw zawierających zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych. Wpływ na to miało zapewne także znaczne rozszerzenie działalności Rzecznika Ubezpieczonych, jako ośrodka informacji i edukacji ubezpieczeniowej.

Dodatkowo należy dodać, iż do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2005 (stan na dn. 30.09.2005r.) kierowane były także skargi dotyczące m.in. takich umów ubezpieczeń jak OC rolników, ubezpieczeń budynków wchodzących w skład gospodarstw rolnych, ubezpieczeń finansowych czy turystycznych. Szczegółowe dane statystyczne znajdują się na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl) w sprawozdaniach Rzecznika za poszczególne lata.

Analiza skarg wskazuje, iż przedmiotowy zakres zarzutów artykułowanych przez ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia pod adresem zakładów ubezpieczeń, zasadniczo nie zmienia się od lat. Klienci zakładów ubezpieczeń stawiają najczęściej trzy podstawowe zarzuty:

- oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia,
- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia,
- opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym.

Tak jak widoczny jest wzrost skarg na odmowę lub zbyt niską wysokość przyznanego odszkodowania, tak za satysfakcjonujące należy uznać zmniejszanie się liczby spraw na terminowość zakładów ubezpieczeń w kontaktach z konsumentami usług ubezpieczeniowych.

Znaczna ilość wystąpień miała charakter polemiczny wobec stosowania prawa ubezpieczeniowego zarówno przez zakłady ubezpieczeń, jak i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Część tych wystąpień była prośbą o podanie wykładni prawnej odnoszącej się do konkretnego zdarzenia ubezpieczeniowego, jak też pytań z zakresu interpretacji przepisów ubezpieczeniowych.

Reasumując, należy podkreślić, iż liczba skarg odnoszących się do problematyki ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wykazuje wyraźną tendencję wzrostową. Wydaje się, że główną tego przyczyną jest wzrost świadomości i aktywności konsumentów.

Badając wystąpienia kierowane do Rzecznika zaobserwowano, iż znacząco wzrósł stopień trudności i skomplikowania spraw, zarówno w kwestii stanu prawnego jak i faktycznego.

Z drugiej strony nadal sporo jest skarg, z których wynika brak podstawowej wiedzy w zakresie zawieranych umów ubezpieczeń, jak i – niestety – zbyt mała staranność w realizacji obowiązków z nich wynikających.

II. Rozpatrywanie skarg indywidualnych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie od kwietnia 2002 r. do 2005 r. (stan na dn. 30.09.2005 r.).

Jedną z najbardziej spektakularnych form działalności Rzecznika,

wymienioną zresztą na pierwszym miejscu przez ustawodawcę jest rozpatrywanie skarg indywidualnych. W kwietniu 2002 r. nastąpiła zmiana ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej dokonana ustawą o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw (DzU nr 25, poz. 253) rozszerzająca m.in. podmiotowy zakres działania Rzecznika Ubezpieczonych. W myśl art. 90b i art. 90c ww. ustawy obok interesów ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje także interesy członków otwartych funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych.

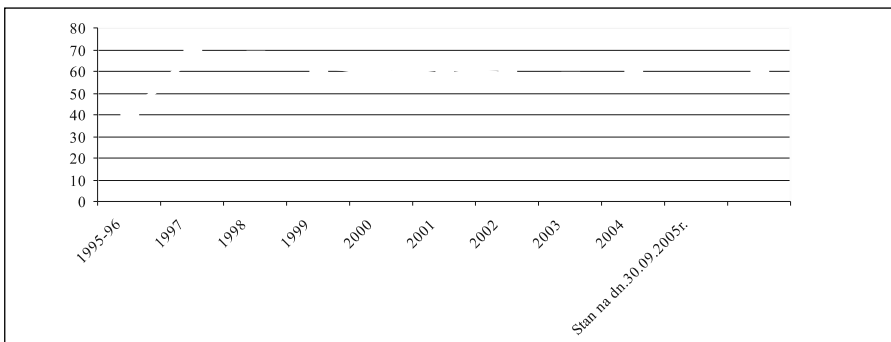
Do Biura Rzecznika Ubezpieczonych w okresie od kwietnia 2002 r. do września 2005 r. wpłynęło 618 skarg pisemnych od uczestników systemu emerytalnego. Liczba napływających do Rzecznika Ubezpieczonych pisemnych skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wykazuje tendencję malejącą. Zdaniem ekspertów Biura Rzecznika przyczyną tego stanu rzeczy jest rozbudowanie systemu poradnictwa prowadzonego zarówno drogą telefoniczną, jak i za pośrednictwem internetu.

Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do funkcjonowania powszechnych towarzystw emerytalnych i otwartych funduszy emerytalnych, czyli podmiotów działających w ramach II filara polskiego systemu emerytalnego. (wykres nr 3)

Wystąpienia te dotyczyły przede wszystkim:

- możliwości anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu co do treści oświadczenia woli,
- nieprawidłowości w rejestrze członków,
- sfałszowania umów o członkostwo,
- utrudnień towarzyszących zmianie otwartego funduszu emerytalnego
- nieprawidłowości w wypłacie środków należnych po śmierci

Wykres 2. Skargi dotyczące tzw. ubezpieczeń komunikacyjnych kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96-2005 (stan na 30.09.2005 r.).



* tylko skargi z zakresu zabezpieczenia emerytalnego (złe właściwości dot. ZUS zawarte są w pozycji „inne“)

małżonka, będącego członkiem OFE.

Ponadto część skarg dotyczyło nieprawidłowości w funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Skargi na tę instytucję obejmowały głównie problem nieprzekazywania składek na rachunek ubezpieczonego w otwartym funduszu emerytalnym, jak również nieterminowość w przeprowadzaniu aktualizacji danych członków funduszy zmieniających OFE. Pozostałe pisemne wystąpienia dotyczyły głównie interpretacji obowiązujących przepisów z zakresu organizacji i funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych oraz działalności PPE.

Największa liczba pisemnych wystąpień z zakresu systemu ubezpieczeń społecznych odnosiła się do nieterminowego przekazywania składek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rachunki ubezpieczonych w otwartych funduszach emerytalnych. Opóźnienia te były zwykle następstwem błędów i braków formalnych w przesyłanych do ZUS deklaracjach wypełnianych przez płatnika, a wszystkie zaległe składki zostaną w przyszłości przekazane po uruchomieniu sprawnego systemu komputerowego w tej instytucji.

W ramach szerokiej wymiany informacji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie przekazywania składek do otwartych funduszy emerytalnych, Rzecznik Ubezpieczonych systematycznie otrzymywał i przekazywał członkom OFE wyja-

śnienia dotyczące przebiegu procesu ponownej weryfikacji dokumentów ubezpieczeniowych za lata 1999-2001 oraz stopnia zaawansowania prac nad aplikacjami usprawniającymi działanie ZUS-u w zakresie przekazywania składek do OFE. Dzięki tej wymianie informacji, możliwe było rzetelne informowanie skarżących o niezidentyfikowanych przez Zakład dokumentach ubezpieczeniowych za poszczególne okresy oraz planowych terminach ich ponownego przetwarzania, nieprzekazywaniu składek z powodu istnienia wielu kont jednego ubezpieczonego i przyjętym przez ZUS harmonogramie scalania wielu kont ubezpieczonych.

Drugie miejsce z uwagi na ilość zajmowały skargi dotyczące możliwości anulowania deklaracji przystąpienia do otwartego funduszu emerytalnego na skutek błędu co do treści oświadczenia woli. Większość skarżących powoływała się na nie-

wiedzę o utracie prawa do przejścia na wcześniejszą emeryturę, z którego mogliby skorzystać, gdyby nie przystąpili do otwartego funduszu emerytalnego.

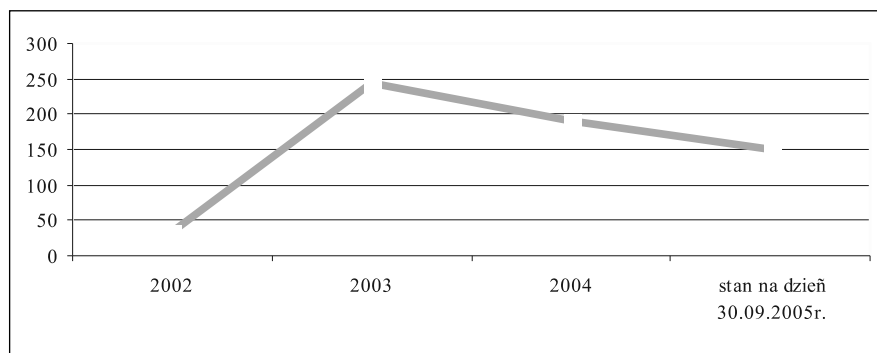
W tym zakresie, na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych, powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w Izbie Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych przyjęły jednolitą procedurę postępowania w przypadku anulowania umowy z powodu utraty wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Na mocy oświadczenia członków IGTE, z II filara mogą obecnie wystąpić osoby, które bez względu na wiek uzyskują prawo do wcześniejszej emerytury do końca 2006 r., a członkostwo w II filarze jest jedyną przeszkodą w uzyskaniu wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Ustalono, że podstawą do unieważnienia umów będą łącznie:

- 1) oświadczenie członka OFE, że umowa została zawarta pod wpływem błędu,
- 2) odmowna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie przyznania wcześniejszego świadczenia emerytalnego tylko i wyłącznie z powodu członkostwa w OFE.

Rzecznik Ubezpieczonych został poinformowany o przyjęciu przez PTE tych warunków pismem Pani Ewy Lewickiej, Prezes IGTE z dnia 15 kwietnia 2005r. Wymienione oświadczenie zostało opublikowane na stronie internetowej IGTE (www.igte.com.pl).

Powyższy tryb będzie stosowany do końca 2006 roku. Rzecznik Ubezpieczonych podjął również działania

Wykres 3. Liczby skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie od kwietnia 2002 r. do września 2005 r.



w celu zachęcenia pozostałych, niezrzeszonych w IGTE towarzystw, do stosowania wymienionej procedury.

Kolejną grupą skarg były zarzuty pod adresem powszechnych towarzystw emerytalnych dotyczące prowadzenia rejestru członków. Nieprawidłowości te przejawiały się opóźnieniami lub błędami w zgłoszeniach do centralnego rejestru członków otwartych funduszy emerytalnych prowadzonego przez ZUS, wskutek czego na rachunek członka nie wpływały terminowo składki emerytalne.

Pozostałe wystąpienia dotyczą nieprawidłowości przy zmianie OFE i dokonaniu wypłaty transferowej oraz sfalszowania umów o członkostwo w OFE i toczących się w związku z nimi postępowań wyjaśniających. W przypadku sfalszowania umów najczęściej zarzutów dotyczyło

postępowań wyjaśniających w sytuacji, gdy przeciwko agentowi OFE toczy się postępowanie w prokuraturze. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych o przyjęcie przez wszystkich członków jednolitej procedury w przedmiotowej sprawie, mającej na celu skrócenie niekorzystnego dla ubezpieczonych długiego okresu oczekiwania na prawomocny wyrok sądu.

W odpowiedzi na wystąpienia Skarżących Rzecznik Ubezpieczonych podejmował interwencję we właściwym podmiocie lub nie podejmował interwencji, gdy brak było podstaw do takiego działania. Niepodjęcie interwencji spowodowane było w przeważającej części brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem, w którym zawarta była jedynie prośba o wyja-

śnienie przepisów prawnych dotyczących działalności otwartych funduszy emerytalnych. Pozostałe interwencje nie zostały podjęte na skutek nienadesłania przez Skarżących kserokopii niezbędnej dokumentacji lub braku właściwości.

W znacznej części skarg dotyczących nieterminowego przekazywania składek przez ZUS do otwartych funduszy emerytalnych ustosunkowanie się do sprawy utrudniał niesprawny system komputerowy ZUS. Wówczas z powodu niemożności ustalenia bliższych szczegółów Rzecznik Ubezpieczonych zawieszał rozwiązanie sprawy do momentu wyjaśnienia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wszystkich okoliczności sprawy. ■

Opracowały:
Magdalena Kudlak
Joanna Owczarek

Nowelizacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej i ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK – wybrane zagadnienia (cz. I)

W poprzednim numerze Monitora Ubezpieczeniowego omówione zostały najważniejsze zmiany dokonane ustawą z dnia 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i innych ustaw. W dniu 8 lipca 2005 r. uchwalone zostały przez Sejm kolejne dwie ustawy nowelizujące tzw. pakiet ustaw ubezpieczeniowych.

Ustawa o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych ustaw (DzU z 2005 r. Nr 143, poz. 1204) i ustawa o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym (DzU z 2005 r. Nr 167, poz. 1396).

Ustawami tymi wprowadzono wiele istotnych zmian w zakresie regulowania i usprawnienia funkcjonowania rynku ubezpieczeń, doprecyzowania obowiązków informacyjnych zakładów ubezpieczeń wobec swoich klientów, dostosowania naszych przepisów do wymogów dyrektyw Unii Europejskiej oraz wyeliminowania dotychczas dostrzeżonych błędów i sprzeczności w obowiązujących przepisach.

Przybliżając ww. ustawy chciałabym przedstawić przede wszystkim zmiany bezpośrednio kształtujące sytuację osób reprezentowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych.

W tym numerze Monitora Ubezpieczeniowego postaram się przybliżyć zmiany dokonane ustawą z dnia 8 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych ustaw, które weszły w życie 17 sierpnia 2005 r.

W odniesieniu do obowiązków informacyjnych zakładu ubezpieczeń w zakresie ubezpieczeń na życie określonych w art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (dotyczących m.in. informowania o zmianie warunków umowy, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia czy wartości premii) wprowadzono zasadnicze zmiany. Dotychczas przepis przewidywał, że obowiązki te odnosiły się nie tylko do ubezpieczającego, ale i do ubezpieczonego. Miało to szczególne znaczenie w przypadku umów zawieranych na rzecz osoby trzeciej, (np. przy ubezpieczeniach zawieranych przez pracodawcę na rzecz pracowników). Obecnie obo-

wiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z art. 13 dotyczą przede wszystkim ubezpieczającego. W przypadku umów zawartych na rzecz osoby trzeciej ww. obowiązki informacyjne w stosunku do ubezpieczonych zostały przeniesione na ubezpieczającego. Ubezpieczeni mają jednak, na żądanie, możliwość uzyskania informacji również od zakładu ubezpieczeń.

Zgodnie z nowym brzmieniem ust. 2 omawianego przepisu przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

Zmodyfikowana została treść ust. 3, która przewiduje obecnie, że zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

Dodane zostały nowe uregulowania, dotyczące obowiązków informacyjnych w zakresie ubezpieczeń na życie, w tym wprowadzone zostały szczegółowe przepisy dotyczące umów zawieranych na rzecz osoby trzeciej, m.in. ubezpieczeń grupowych (ust. 3a-3e).

Zgodnie z nową regulacją zakład ubezpieczeń jest obowiązany do pisemnego informowania ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wartości premii, jeżeli umowa ubezpieczenia uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (ust. 3a).

W przypadku umów ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, w szczególności ubezpieczeń grupowych, ubezpieczający obowiązany jest do przekazania ubezpieczonemu informacji określonych w art. 13 ust. 2-3a. Sposób przekazywania tych informacji określa umowa ubezpieczenia, przy czym informacje te powinny być przekazane ubezpieczonemu:

1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia

2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez zakład ubezpieczeń – w przypadku informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, o wartości premii (ust. 3b).

Jak zostało wspomniane wyżej w przypadku grupowych umów ubezpieczenia na życie, zakład ubezpieczeń, na żądanie ubezpieczonego, jest obowiązany do przekazania ww. informacji (ust. 3c).

Nieprzekazanie ubezpieczonemu, zgodnie z ust. 3c, wymaganych informacji, skutkuje tym, że zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego (ust. 3 d).

Nieprzekazanie ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 2-3a, zgodnie z ust. 3b powoduje odpowiedzialność ubezpieczającego wobec ubezpieczonego na zasadach ogólnych (ust. 3e).

Zmodyfikowany został również obowiązek zawarty w ust. 5 pkt 2, odnoszący się do ubezpieczeń na życie związanych funduszem kapitałowym. Konieczność ogłaszania w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego niezwłocznie po jej ustaleniu, z przyczyn praktycznych, została zamieniona na obowiązek ogłaszania, nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane ogłoszenie.

W art. 16 wprowadzona została bardzo istotna zmiana ust. 4, dotyczącego tzw. prawa dostępu (wglądu) do akt szkodowych. Usunięto mianowicie pewne błędy, które stwarzały klientom zakładów ubezpieczeń problemy w realizacji tego uprawnienia, chodzi tutaj w szczególności o kwestię rozstrzygnięcia momentu powstania obowiązku udostępniania informacji i dokumentów zbieranych w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (niektóre zakłady ubezpieczeń stosując przepis w pierwotnym brzmieniu stały na stanowisku, iż udostępnią dane informacje dopiero po zakończeniu postępowania likwidacyjnego), relacji między zwrotami „informacje i dokumenty” oraz „akta szkodowe” oraz zakresu kosztów obciążających klienta ubezpieczeń tytułu sporządzania kserokopii dokumentów.

Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu zakłady ubezpieczeń mają obowiązek udostępniać ubezpieczającym, ubezpieczonym oraz osobom występującym z roszczeniem, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą także żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez za-

kład ubezpieczeń. Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z wykraczającymi ponad uzasadnioną potrzebę utrudnieniami dla tych osób, zaś koszty sporządzenia kserokopii ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Obecnie nie ma więc wątpliwości, że obowiązek wynikający z art. 16 ust. 4 musi być wypełniany nie tylko po zakończeniu procesu likwidacji szkody, lecz także w jego trakcie, a koszty ponoszone przez klienta w ramach realizacji danego uprawnienia muszą odpowiadać przyjętym w obrocie zwykłym kosztom wykonywania tego rodzaju usług.

Ustawa nowelizująca wprowadziła, poprzez dodanie art. 17a, obowiązek uwzględniania w odszkodowaniu za szkodę komunikacyjną podatku od towarów i usług w przypadku okazania faktury przez podmiot, któremu przysługuje odszkodowanie, niebędący płatnikiem od podatku towarów i usług (VAT). Nowa regulacja – w naszej ocenie – właściwie nie wprowadza żadnej istotnej zmiany w stosunku do poprzedniego stanu prawnego. Stanowi potwierdzenie rzeczy oczywistej, iż podatek VAT jest podatkiem cenotwórczym i stanowi element ceny usługi lub towaru. Osoba niebędąca płatnikiem podatku VAT, która przedstawia fakturę VAT, zgodnie z zasadą pełnego odszkodowania, wyrażoną w art. 361 § 2 k.c. oraz orzecznictwem Sądu Najwyższego w tym zakresie, zawsze powinna otrzymać odszkodowanie uwzględniające ten podatek. Po wejściu w życie tego przepisu pojawiają się głosy, że daje on możliwość – w przypadku szkód komunikacyjnych – przy tzw. kosztorysowym rozliczaniu szkody, pominięcia w należnym odszkodowaniu

podatku VAT. Przyjmowanie takiej interpretacji wydaje się zbyt daleko idące, a problem podatku VAT w odszkodowaniu wypłacanym w oparciu o tzw. kosztorys, przypadku szkód likwidowanych w ramach ubezpieczenia OC pozostaje nadal nierozstrzygnięty. Ponadto wątpliwości budzi ograniczenie jego stosowania do „szkód komunikacyjnych”.

Za słuszne należy uznać doprecyzowanie art. 19 ust. 2 pkt 20 w kontekście dostępu do informacji o umowie ubezpieczenia dla uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Obecnie osoby te mają dostęp do takich informacji pod warunkiem zgłoszenia następnego zdarzenia, z którym umowa wiąże odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń.

Kolejne zmiany dotyczą art. 21 regulującego kwestię wykonywania i udostępniania badań lekarskich, którym w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości świadczenia poddawani są klienci zakładów ubezpieczeń.

W dodanym ust. 4 wprowadzono regulę zgodnie, z którą w przypadku gdy z żądaniem udostępnienia wyników ww. badań, występuje osoba, z którą lub na rzecz której nie została zawarta umowa ubezpieczenia wskutek rezygnacji tej osoby z zawarcia tej umowy, koszt tych badań pokrywa osoba występująca z żądaniem.

Doprecyzowano także normę zawartą w ust. 3. Obecnie na żądanie ubezpieczonego lub osoby, z którą lub na rzecz której nie została zawarta umowa ubezpieczenia na skutek odmowy zawarcia tej umowy przez zakład ubezpieczeń lub rezygnacji tej osoby z zawarcia umowy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany udostępnić wyniki badań lekarskich. W przypadku śmierci ubezpieczonego zakład ubezpieczeń jest obowiązany udostępnić wyniki badań ubezpieczonego także na żądanie uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jeżeli wyniki badań

ubezpieczonego miały wpływ na całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

Wskazać należy również na nowelizację art. 183, która powoduje zmiany w zakresie obowiązków informacyjnych zakładu ubezpieczeń związanych z przeniesieniem portfela ubezpieczeń, zgłaszania sprzeciwu przez ubezpieczających oraz wypowiedzenia przeniesionych umów.

W obecnym brzmieniu przepis ten przewiduje, że po zatwierdzeniu przeniesienia portfela ubezpieczeń organ nadzoru, na koszt zainteresowanych zakładów ubezpieczeń, ogłosi w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim o dokonanym przeniesieniu portfela ubezpieczeń i wezwie ubezpieczających do zgłaszania sprzeciwu w terminie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Ubezpieczający, którzy zgłosili sprzeciw, mają prawo wypowiedzenia przenoszonej umowy ubezpieczenia na ostatni dzień ww. terminu, licząc od dnia ogłoszenia o dokonanym przeniesieniu portfela.

Wśród istotnych zmian nie odnoszących się jednak bezpośrednio do konsumentów należy wymienić rozszerzenie możliwości działania zakładów ubezpieczeń o pośrednictwo, w imieniu lub na rzecz podmiotów wykonujących czynności bankowe, przy zawieraniu umów w ramach wykonywania tych czynności, oraz o pośrednictwo w zbywaniu i odkupywaniu jednostek i tytułów uczestnictwa określonych funduszy inwestycyjnych (art. 3 ust. 8), ograniczenie z trzech do dwóch osób minimalnego składu zarządu krajowego zakładu ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej, wraz z wprowadzeniem wymogu ustanowienia prezesa zarządu (art. 27 ust. 1 i 1a), umożliwienie odstąpienia od wymogu wyższego wykształcenia w stosunku do członków zarządu krajowego zakładu ubezpieczeń oraz od stosowania takiego wymogu w odniesieniu do dyrektora głównego oddziału zagranicznego zakładu ubezpieczeń lub jego za-

stępcy (art. 27 ust. 3b i art. 106 ust. 4b), zniesienie limitu koncentracji ryzyka w zakładzie ubezpieczeń (uchylenie art. 157), wynikające z dyrektyw zmiany wymogów w zakresie, umów o przeniesienie portfela ubezpieczeń zawieranych z zakładem ubezpieczeń mającym siedzibę w państwie członkowskim Unii Europejskiej oraz środków własnych zakładu ubezpieczeń (art. 143, art. 144 ust. 1, art. 148 ust. 1, 3, 5 i art. 148a).

Omawiana ustawa wprowadziła także istotną zmianę w ustawie o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych. Chodzi mianowicie o uchylenie art. 28, który dawał Rzecznikowi Ubezpieczonych prawo do występowania do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały wyjaśniającej przepisy prawne budzące wątpliwości lub których stosowanie wywołało rozbieżności w orzecznictwie. Nie oznacza to całkowitej utraty prawa przez Rzecznika Ubezpieczonych w zakresie występowania do Sądu Najwyższego, lecz jego zawężenie. Skreślenie art. 28 uzasadniono koniecznością usunięcia rozbieżności pomiędzy tym przepisem a art. 60 ustawy o Sądzie Najwyższym.

Obecnie Rzecznik Ubezpieczonych w zakresie swej właściwości może występować z wnioskiem do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa, jeżeli ujawnią się one w orzecznictwie.

W następnym numerze Monitora Ubezpieczeniowego zostaną zaprezentowane bardzo ważne zmiany wprowadzone wspomnianą wyżej ustawą z dnia 8 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, która wejdzie w życie 1 stycznia 2006 r. ■

Anna Dąbrowska
referent prawny w BRU

Wnioski Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego

Na podstawie art. 3 ustawy z dnia 8 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (DzU z dnia 2 sierpnia 2005 r. Nr 143, poz. 1204) poprzez uchylenie art. 28 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU z 16 lipca 2003 r. Nr 124, poz. 1153 z późn. zm.) Rzecznik utracił możliwość kierowania wniosków do Sądu Najwyższego z zapytaniem mającym na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości.

Poprawkę skreślającą przepis art. 28 zaproponowało Ministerstwo Sprawiedliwości w związku z pracami zespołu problemowego Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego nad zmianami przepisów kodeksu cywilnego w części dotyczącej umowy ubezpieczenia. Zdaniem Ministerstwa wobec rozbieżności w przepisach ustaw¹ pozostawienie Rzecznikowi kompetencji w takim kształcie, mogłoby stanowić przekroczenie zakresu rozstrzygania Sądu Najwyższego zapisanego w Konstytucji RP².

Należy zaznaczyć, iż uchylony nowelizacją przepis stanowił rozszerzenie regulacji zawartej w art. 60 ust. 2 ustawy o Sądzie Najwyższym (DzU z 2002 r. Nr 240, poz. 2052), która jest nadal obowiązująca i stwarza węższe od dotychczasowych możliwości kierowania przez Rzecznika wniosków o podjęcie uchwały – chodzi o przypadki, w których stosowanie przepisów prawa wywołuje rozbieżności

w orzecznictwie. Pomimo tego ograniczone nowelą uprawnienie Rzecznika posiada istotne znaczenie w stwarzaniu możliwości ujednolicenia orzecznictwa a pośrednio – stosowaniu przepisów regulujących sfery ubezpieczeń gospodarczych³.

Ze względu na spodziewane ograniczenia w zakresie możliwości kierowania wniosków tj. przed wejściem w życie przepisów noweli Rzecznik zdecydował się skierować cztery wnioski do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości, będących od dłuższego okresu czasu źródłem sporów interpretacyjnych pojawiających się głównie w stosowaniu przepisów prawa przez zakłady ubezpieczeń. Wszystkie wnioski dotyczą problemów w stosowaniu przepisów w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Kolejno zajmują się problematyką tzw. szkody całkowitej, odpowiedzialno-

**RZECZNIK NADAL BĘDZIE MÓGŁ
PYTAĆ SĄD NAJWYŻSZY, ALE TYLKO
W PRZYPADKACH, GDY POJAWIĄ SIĘ
ROZBIEŻNOŚCI W ORZECZNICTWIE SĄDÓW
POWSZECHNYCH NA PODSTAWIE ART. 60
USTAWY O SĄDZIE NAJWYŻSZYM.**

ści wobec siebie małżonków w przypadkach szkód osobowych, uwzględniania w ramach odszkodowania orzekanych środków karnych oraz stosowania amortyzacji części i ograniczeń w ich wyborze.

Rzecznik Ubezpieczonych wyraża nadzieję, że rozstrzygnięcie rozbieżności w przedmiotowych sprawach w drodze uchwały Sądu Najwyższego doprowadzi do unifikacji zasad likwidacji szkód i pozwoli uniknąć dalszych sporów interpretacyjnych tym samym jednolicie kształtując sytuację konsumentów usług ubezpieczeniowych. Przybliżając kolejno treść poszczególnych wniosków poniżej prezentujemy ich zasadnicze motywy.

SZKODA CAŁKOWITA

W pierwszym z wniosków Rzecznik Ubezpieczonych zapytał Sąd Najwyższy, czy na podstawie przepisu art. 363 § 1 kodeksu cywilnego za nadmierne trudności lub koszty przywrócenia stanu poprzedniego można uznać koszt naprawy uszkodzonego pojazdu, który nie jest równy lub nie przekracza 100% jego wartości sprzed szkody.

Uzasadniając swój wniosek, Rzecznik wskazywał, że w stosowaniu ww. przepisu pojawiły się dwa rozbieżne stanowiska – sytuacja ta ma miejsce zarówno w prowadzonych przez zakłady ubezpieczeń postępowaniach likwidacyjnych, jak i co prawda sporadycznie w orzecznictwie sądów niższej instancji.

Według pierwszego z prezentowanych stanowisk, w rozumieniu art. 363 § 1 kodeksu cywilnego przywrócenie stanu poprzedniego pojazdu jest niemożliwe lub pociąga za sobą nadmierne trudności lub koszty, gdy koszt naprawy jest rów-

ny lub przewyższa jej wartość określonej według stanu sprzed zdarzenia szkodowego. Zwolennicy tego stanowiska wskazują, że jeżeli koszt naprawy pojazdu nie jest równy lub nie przekracza 100% wartości pojazdu, to nie może, w przypadku odpowiedzialności cywilnej, powodować to uznania, że zaistniały przesłanki jedynie do wypłaty odszkodowania w formie świadczenia pieniężnego z uwagi na ekonomicznie nieuzasadnioną naprawę. Tym samym zwolennicy tego poglądu twierdzą, iż w przypadku, gdy koszt naprawy samochodu jest równy lub wyższy od jego wartości przed uszkodzeniem, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do kwoty odpowiadającej różnicy wartości samochodu sprzed i po wypadku, a w sytuacji, gdy koszt naprawy pojazdu nie przekracza jego wartości sprzed szkody pozwala poszkodowanemu na wybór sposobu naprawienia szkody, tj. przyjęcie świadczenia pieniężnego lub naprawę pojazdu.

Natomiast drugi i zarazem odmienny pogląd głosi, że za niemożność lub nadmierne trudności bądź koszty uznać należy sytuację, w której koszt naprawy nie jest równy lub nie przekracza wartości rzeczy sprzed zdarzenia i wynosi np. 50%, 60%, 70% czy 80% jej wartości sprzed zdarzenia. Jego zwolennicy posiłkują się wewnętrznymi procedurami zwykle wzorowanymi na rozwiązaniach i mechanizmach obowiązujących przy likwidacji szkód komunikacyjnych w ramach ogólnych warunków dobrowolnego ubezpieczenia autocasco (AC), gdzie w zależności od wzorca przyjętego przez zakłady ubezpieczeń, za wartość graniczną

uznającą szkodę jako tzw. „szkodę całkowitą” przyjmuje się szkodę przekraczającą odpowiednio np. 50%, 60%, 70%, 80% wartości rzeczy sprzed zdarzenia.

Reasumując, problem, który będzie rozstrzygał Sąd Najwyższy, sprowadza się do odpowiedzi na pytanie, czy zasadne jest uznanie, że w razie szkody powstałej w rzeczy, której koszt przywrócenia do stanu poprzedniego poprzez naprawę ustalony został na mniejszą wartość niż wartość tej rzeczy sprzed zdarzenia, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu (rekompensata) czy też pozwala poszkodowanemu na wybór sposobu naprawienia szkody, w tym także poprzez naprawę pojazdu (restytucja), której koszt oczywiście pokrywa zakład ubezpieczeń.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ WZGLĘDEM SIEBIE WSPÓŁMAŁŻONKÓW W SZKODACH OSOBOWYCH

W drugim wniosku skierowanym do Sądu Najwyższego Rzecznik Ubezpieczonych zadał następujące pytanie: czy na podstawie art. 822 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (DzU Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) istnieje odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w przedmiocie zaspokojenia roszczeń poszkodowanego małżonka z tytułu szkód na osobie powstałych wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (koszty poniesione z tego powodu, renty, zadośćuczynienie) wyrządzonych przez współmałżonka w przypadku, gdy między małżonkami istnieje ustawowa wspólność majątkowa?

Skierowanie wniosku uzasadniają rozbieżności w podejściu zakładów ubezpieczeń do powyższego problemu i różnorodna praktyka w zakresie likwidacji tego typu szkód. Wątpliwości dotyczą kwestii traktowania poszkodowanego małżonka jako osoby trzeciej w sytuacji jego wystąpienia do zakładu ubezpieczeń, w którym był ubezpieczony współmałżonek – sprawca szko-

dy, z żądaniem zwrotu kosztów poniesionych w powodu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na podstawie art. 444 § 1 k.c., przyznania renty na podstawie art. 444 § 2 k.c. oraz zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c.

Z praktyki Rzecznika wynika, że w przypadku, gdy między małżonkami istnieje ustawowa wspólność majątkowa, część zakładów ubezpieczeń uznaje za uzasadnione roszczenie z tytułu szkód na osobie wyrządzonych współmałżonkowi jedynie w zakresie zadośćuczynienia, jednocześnie odmawiając wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów poniesionych w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia oraz przyznania renty z tytułu: utraty całkowicie lub częściowo zdolności do pracy zarobkowej, zwiększenia się potrzeb poszkodowanego oraz zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość. Są również takie zakłady, które odrzucają zasadność wszelkich roszczeń z tytułu szkód na osobie, nawet roszczenie o zadośćuczynienie. Oddalając ww. roszczenia zakłady ubezpieczeń podstawy prawnej swojego upatrują w przepisach prawa rodzinnego, a w szczególności art. 33 pkt 7 k.r.o., zgodnie z którym odrębny majątek każdego z małżonków stanowią przedmioty uzyskane z tytułu odszkodowania za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia albo z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; nie dotyczy to jednak renty należnej poszkodowanemu małżonkowi z powodu całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej albo z powodu zwiększenia się jego potrzeb lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość.

W praktyce likwidacyjnej istnieje także odmienny pogląd, iż nawet

jeśli małżonek – sprawca szkody kierował pojazdem mechanicznym objętym wspólnością ustawową, to nie można w tej sytuacji mówić o konfuzji (poszkodowany małżonek nie jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem), jak np. w przypadku szkody w mieniu objętym wspólnością majątkową małżonków. Przysługuje mu wyłącznie przymiot wierzyciela, gdyż mamy do czynienia ze szkodą związaną z dobrem osobistym poszkodowanego, jakim jest jego zdrowie. Za szkodę wyrządzoną mu ruchem pojazdu mechanicznego odpowiada w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych na zasadzie winy wyłącznie współmałżonek. W takim wypadku powinna istnieć także odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń co do zaspokojenia roszczeń poszkodowanego małżonka z tytułu szkód na osobie powstałych wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (wszelkie koszty, renta, zadośćuczynienie).

ŚRODKI KARNE A UBEZPIECZENIE OC

W kolejnym trzecim wniosku Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Sądu Najwyższego z wnioskiem o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie zastosowania przepisów kodeksu karnego przewidujących nałożenie na sprawcę wypadku środka karnego w postaci np. naprawienia szkody bądź uiszczenia nawiązki na rzecz pokrzywdzonego w odniesieniu do przepisów kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Zadane pytanie ma na celu wyjaśnienie, czy powyższe należności zasądzone wyrokiem

karnym od posiadacza pojazdu mechanicznego bądź kierującego pojazdem podlegają zaspokojeniu przez zakład ubezpieczeń na podstawie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Stosowanie wskazanych środków karnych wywołało rozbieżne stanowiska co do możliwości zaspokojenia zasądzonych wyrokiem karnym tych należności na podstawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Środowisko ubezpieczeniowe prezentuje w tym zakresie dwa odmienne stanowiska. Przeciwnicy włączenia środków karnych w zakres odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń podnoszą, iż ich zastosowanie jest ściśle związane z osobistą odpowiedzialnością karną sprawcy wypadku i mając charakter represyjny służy stworzeniu dolegliwości materialnej poprzez uszczuplenie majątku skazanego. W odniesieniu do nawiązki podnoszona jest również kwestia, iż prawo cywilne takiej instytucji nie przewiduje, stąd nie może być ona uznana jako należność podlegająca zaspokojeniu przez zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności cywilnej sprawy szkody.

Zwolennicy uznawania przez zakłady ubezpieczeń należności zasądzonych środków karnych stwierdzają, iż art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych określając zakres odpowiedzialności odszkodowawczej zakładu ubezpieczeń nie ogranicza jej jedynie do roszczeń wynikających bezpośrednio z przepisów prawa cywilnego. Dlatego też środki karne w postaci obowiązku naprawie-

W OSTATNIM CZASIE RZECZNIK SKIEROWAŁ DO SĄDU NAJWYŻSZEGO CZTERY WNIOSKI O WYJAŚNIENIE BUDZĄCYCH WĄTPLIWOŚCI PRZEPISÓW PRAWNYCH.

nia szkody, a także nawiązki na rzecz pokrzywdzonego, będąc należnościami związanymi z naprawieniem szkody winny podlegać odpowiedzialności gwarancyjnej zakładów ubezpieczeń. Dodatkowo podnosi się, iż zaciągnięcie przez zakład ubezpieczeń zobowiązania wobec ubezpieczającego musi skutkować jego należytym wykonaniem, tj. zaspokojeniem wszelkich uzasadnionych roszczeń poszkodowanego w stosunku do sprawcy szkody. Dlatego też zwolennicy tego poglądu twierdzą, iż stosowanie wyżej wskazanych środków karnych winno skutkować obowiązkiem zaliczania tych należności do grupy zobowiązań spoczywających na ubezpieczycielu z tytułu zawartej przez niego umowy ubezpieczenia OC.

AMORTYZACJA I WYBÓR CZĘŚCI

W ostatnim z czterech wniosków skierowanym w ostatnim czasie do Sądu Najwyższego, Rzecznik Ubezpieczonych zadał następujące pytania: czy na podstawie przepisów art. 13 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK w związku

poszkodowanym prawo do wyboru rodzaju części zamiennych potrzebnych do naprawy pojazdu?

Skierowanie wniosku uzasadniają rozbieżności w podejściu zakładów ubezpieczeń do powyższego problemu i wynikająca stąd różnorodna praktyka w zakresie likwidacji szkód. Wątpliwości dotyczą kwestii pomniejszenia odszkodowania wypłaconego poszkodowanemu z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego o różnicę pomiędzy wartością części nowej użytej do przywrócenia pojazdu do stanu sprzed zdarzenia a stopniem zużycia części zniszczonej w wyniku zdarzenia szkodowego (tzw. amortyzacja lub merkantylny ubytek wartości). Na tle powyższego pytania powstały również wątpliwości i rozbieżności w praktyce likwidacyjnej dotyczące zasadności działania zakładów ubezpieczeń polegających na ograniczeniu poszkodowanym prawa wyboru części zamiennych potrzebnych do naprawy pojazdu.

Z doświadczenia Rzecznika Ubezpieczonych wynika, iż część zakładów ubezpieczeń kierując się orzecnictwem sądowym realizuje zasadę pełnego odszkodowania zawartą

konieczne jest użycie nowych części to poniesione na nie wydatki wchodzi w skład kosztów naprawienia szkody. Powyższe stanowisko znajduje odzwierciedlenie w orzecznictwie sądów niższej instancji, które przeważnie przyznają rację poszkodowanym i nakazują ubezpieczycielom, żeby skorygowali wypłacone wcześniej odszkodowania, jak również w wypowiedziach większości komentatorów do kodeksu cywilnego a także przedstawicieli doktryny prawa ubezpieczeniowego.

W praktyce likwidacyjnej istnieje również odmienny pogląd, prezentowany przez niektóre zakłady ubezpieczeń a także, co prawda rzadko, pojawiający się w orzecznictwie sądów niższej instancji. Głosi on, że naczelną zasadą ustalania wysokości szkody komunikacyjnej jest odpowiednie jej wartościowe urealnienie, które należy stosować w powiązaniu z okresem eksploatacji pojazdu, co prowadzi do wniosku, że zarówno sam pojazd jak i zamontowane w nim elementy tracą z upływem czasu na wartości. Zatem, zdaniem zwolenników przytaczanego obecnie poglądu, z uwagi na wiek i markę pojazdu przy wyliczaniu wartości części na potrzeby odszkodowania istnieje konieczność zastosowania współczynników urealnających ich wartość. Podkreśla się przy tym, iż istotą stosowania w wycenach wysokości szkód komunikacyjnych współczynników urealnających wartości części jest zastosowanie optymalnego ekonomicznie sposobu przywrócenia pojazdu do stanu sprzed szkody. Podnoszony dodatkowy argument wskazuje na obecne rynkowe realia ekonomiczne, zwłaszcza ograniczenie konkurencji przez Autoryzowane Stacje Naprawy poprzez kształtowanie poziomu cen usług i części. Podkreślają przy tym, że ustalenie kosztów naprawy kilkuletniego pojazdu na maksymalnym poziomie cenowym stosowanym przez autoryzowane stacje obsługi wykracza poza normalne następstwa szkody określone w przepisie art. 361 k.c.

WNIOSKI RZECZNIKA DOTYCZĄ ZASADNICZYCH DLA KONSUMENTÓW USŁUG UBEZPIECZENIOWYCH PROBLEMÓW UJAWNIAJĄCYCH SIĘ NA TLE INTERPRETACJI PRZEPISÓW PRAWA

z art. 361 i 363 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (DzU nr 16 poz. 93 z późn. zm.) zakład ubezpieczeń wypłacając odszkodowanie z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych może pomniejszyć je o różnicę między wartością nowych części potrzebnych do jego naprawy, a wartością wynikającą ze stopnia ich zużycia (tzw. amortyzację, urealnienie wartości części czy merkantylny ubytek wartości) oraz czy możliwe jest ograniczenie

w art. 361 kc, jako priorytetową regulację w zakresie likwidacji szkód komunikacyjnych. Zgodnie z tym założeniem zakład ubezpieczeń powinien ponieść koszty naprawy wszelkich, uzasadnionych ekonomicznie wydatków w celu przywrócenia uszkodzonego pojazdu do stanu sprzed szkody. Przywrócenie do takiego stanu polega na doprowadzeniu pojazdu do używalności i jakości w takim zakresie, jaki istniał przed wyrządzeniem szkody. W związku z tym jeżeli do osiągnięcia tego celu

Inną zauważoną przez Rzecznika Ubezpieczonych rozbieżnością w stosowaniu w praktyce ubezpieczeniowej jest kwestia wyboru części koniecznych do naprawienia pojazdu w ramach ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu. Również w tym przypadku ścierają się dwa odmiennie stanowiska.

Pierwsze z nich zakłada, że użyte do przywrócenia pojazdu do stanu sprzed zdarzenia części zamiennie nie muszą być oryginalne. Argumentem podnoszonym przez zwolenników tej teorii jest, że jeżeli autoryzowany serwis nie wykonuje danej naprawy na koszt producenta, to ma prawo użyć do naprawy w porozumieniu z klientem bądź części oryginalnych zakupionej od niezależnego dystrybutora lub tzw. części o porównywalnej jakości. Przytaczane są postanowienia Rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1400/2002 z dnia 31 lipca 2002 r. w sprawie stosowania art. 81 ust. 3 Traktatu do kategorii porozumień wertykalnych i praktyk uzgodnionych w sektorze motoryzacyjnym (DzU UE L z dnia 1 sierpnia 2002 r.), które wprowadzają m.in. pewne ograniczenia przywilejów producentów samochodów. Oryginalne części zamiennie to w świetle tych uregulowań, już nie tylko części sygnowane przez producenta (z oznaczeniem jego firmy) pojazdu ale także części wyprodukowane zgodnie ze specyfikacją i standardami producenta, w tym wyprodukowane na tych samych liniach produkcyjnych co komponenty używane do produkcji danego modelu. Natomiast części o porównywalnej jakości to elementy o tej samej jakości co komponenty stosowane do montażu aut. Tym samym, podkreślają zwolennicy przedstawionego poglądu, zapewnia się konkurencję w segmencie rynku części zamiennych oraz obniżenie cen usług w tym sektorze poprzez m.in. umożliwienie sprzedaży w sieciach dealerskich części zamiennych, pochodzących bezpośrednio od producenta części i nie obciążonych marżą producenta pojazdu.

RZECZNIK UBEZPIECZONYCH WYRAŻA NADZIEJĘ, ŻE ROZSTRZYGNĘCIE ROZBIEŻNOŚCI W PRZEDMIOTOWYCH SPRAWACH W DRODZE UCHWAŁY SĄDU NAJWYŻSZEGO DOPROWADZI DO UNIFIKACJI ZASAD LIKWIDACJI SZKÓD

Przeciwnicy zaprezentowanego powyżej poglądu optują za możliwością swobodnego wyboru uszkodowanemu wyborowi części zamiennych do naprawy pojazdu. Argumentują, że powstaje znaczny problem praktyczny jak kwalifikować jakość tych części i czy istnieje możliwość używania do napraw jeszcze innych kategorii części (tzw. pozostałych zamienników) nie mieszczących się w tych dwóch kategoriach – czyli de facto takich, które nie mają tej samej jakości co oryginały lub części o porównywalnej jakości. Innym zarzutem kierowanym pod adresem przeciwnego rozwiązania jest kwestia bezpieczeństwa w ruchu drogowym, do którego wprowadzane są pojazdy naprawiane przy użyciu części nieoryginalnych oraz pozostałych zamienników. Dodatkowo zwolennicy przytaczanego obecnie poglądu popierają swe twierdzenia orzeczeniem Sądu Najwyższego (sygn. akt I CKN 1466/99), z którego wynika, iż ubezpieczony nabywając części samochodowe nie ma obowiązku poszukiwać sprzedawcy oferującego je najtaniej, jak również podnoszą że zakłady ubezpieczeń powołując się na nowe regulacje unijne – GVO⁴, niewłaściwie „wypaczyły” ideę wolnego rynku motoryzacyjnego jednostronnie dyktując konieczność stosowania części nieoryginalnych, w tym przypadku części o porównywalnej jakości w razie likwidacji szkód z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów. Zwraca również ich uwagę że materiał z którego są wykonane zamienniki nie są identyczne z oryginalnym i może mieć to niekorzystny wpływ na bezpieczeństwo jazdy. Równie istotny jest nierozwiązany problem badania jako-

ści tych części, w praktyce niedostępny dla konsumenta.

Przy tak różnorodnym podejściu do wyżej wskazywanych problemów rozstrzygnięcie rozbieżności w drodze uchwały podjętej przez Sąd Najwyższy wydaje się najlepszym i najskuteczniejszym sposobem na ukształtowanie jednolitych praktyk w zakresach objętych wyżej omówionymi wnioskami.

Rzecznik patrząc, co prawda z perspektywy wyjątkowo krótkiego czasu, w którym posiadał omawiane wyżej możliwości z nieukrywanym żalem rozstaje się z możliwością kierowania zapytań do Sądu Najwyższego w przypadkach różnic interpretacyjnych w przepisach prawa. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż Rzecznikowi znacznie łatwiej jest uchwycić różnice w stosowaniu prawa w oparciu o analizę bieżących sygnałów z rynku ubezpieczeniowego (np. analiza skarg i wystąpień konsumentów, sygnały odbierane podczas dyżurów telefonicznych) niż pozyskać rozbieżne orzeczenia sądów powszechnych szczególnie zaś tych niższej instancji, które nie są powszechnie dostępne głównie z uwagi na brak ich publikacji. ■

Opr. **Aleksander Daszewski**
radca prawny w BRU
Wydział Prawny Biura
Rzecznika Ubezpieczonych
a.daszewski@rzu.gov.pl

¹ Ustawa o Sądzie Najwyższym oraz ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

² Przywołana informacja pochodzi z Dziennika Rzeczypospolita, Prawo co dnia z 16.08.2005 r. „Rzecznik zada mniej pytań”.

³ Prawo Ubezpieczeń ustawy z komentarzem pod redakcją Stanisława Rogowskiego, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2004 r. str. 485.

⁴ Gruppenfreistellungsverordnung.

Rok działalności Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych

Realizując swe ustawowe zadania na mocy art. 20 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz. 1153 z późn. zm.) Rzecznik Ubezpieczonych podjął działania mające na celu stworzenie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów pomiędzy ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń, między towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw, oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych.

Nowelizacja powołanej wyżej ustawy umożliwiła również poddanie pod rozstrzygnięcie sądu polubownego sporów powstałych pomiędzy ubezpieczającymi a agentami lub brokerami ubezpieczeniowymi. W kompetencjach sądu jest również rozstrzygnięcie sporów o świadczenia do PBU-iK oraz do UFG.

Sąd polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych został utworzony zarządzeniem Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 25 marca 2004 r. jako stała i samodzielna jednostka organizacyjna, a w dniu 5 kwietnia 2004 r. wszedł w życie regulamin działania tego sądu. Sąd powstał z myślą o ułatwieniu stronom umowy ubezpieczenia oraz innym podmiotom związanym ze stosunkiem ubezpieczenia, rozstrzygnięcia powstałych pomiędzy nimi sporów. Z uwagi na fakt, iż postępowanie przed sądem powszechnym jest zazwyczaj długotrwałe oraz kosztowne, jedną z metod zachęcenia stron

do skorzystania z możliwości jakie daje sądownictwo polubowne jest zapewnienie opłat sądowych na możliwie najniższym, przystępnym poziomie. Środki finansowe uzyskane z tytułu opłat rejestracyjnych i arbitrażowych najczęściej nie pokrywają całości kosztów związanych z działalnością sądu, dlatego też koszty tej działalności pokrywa w części Rzecznik Ubezpieczonych. Również z uwagi na prokonsumencki charakter sądu uproszczone zostały procedury zarówno postępowania polubownego, jak i mediacyjnego. Uproszczenie procedur podyktowane jest także faktem, iż sąd polubowny przy Rzeczniku ma siedzibę w Warszawie i – o ile nie zajdą szczególne okoliczności – jedynie w Warszawie prowadzone są rozprawy lub spotkania pojednawcze. Znaczne złagodzenie niektórych wymogów proceduralnych istniejących w postępowaniu przed sądem powszechnym służyć ma również realizacji

zasady krótkotrwałości postępowania polubownego oraz łatwego do niego dostępu.

Realizowanie zasady łatwego dostępu do sądu wyraża się m.in. w przygotowaniu przystępnych opracowań zawierających informacje o sądzie polubownym, sposobie jego działania, a także warunkach wszczęcia postępowania polubownego bądź mediacyjnego. Zarówno podstawowe informacje o sądzie, jak i jego regulamin, lista arbitrów oraz taryfa za czynności sądu polubownego zamieszczone są na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych. Informacje na temat sądu udzielane są również telefonicznie, za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz mediów. Opracowania i dokumenty dotyczące działalności sądu przesyłane są zainteresowanym także drogą pocztową. Jednocześnie osoby składające skargę do Rzecznika informowane są o możliwości poddania sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego, a także o wiążącym charakterze wyroku wydanego przez skład orzekający. Pomimo dość szerokiej informacji na temat podstawowych wymogów wniosku kierowanego do sądu nie miała ich część wymaga uzupełnienia bądź korekty, co niejednokrotnie znacznie wydłuża czas postępowania polubownego bądź mediacyjnego. Dotyczy to najczęściej braku opłaty rejestracyjnej oraz niewyznaczenia arbitra mającego zasiąść w składzie orzekającym. Dopiero dokonanie odpowiednich uzupełnień lub zmian umożliwia wszczęcie właściwego postępowania polubownego.

Od dnia rozpoczęcia działalności przez sąd polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych wpłynęło do niego 115 wniosków. Wnioski te dotyczą najczęściej sporów powstałych na tle ubezpieczeń komunikacyjnych, co pokrywa się ze statystykami prowadzonymi w zakresie skarg kierowanych do Biura Rzecznika. Niestety jedynie w 7 przypadkach zakłady ubezpieczeń wyraziły zgodę na przystąpienie do sporu, co stanowi zaledwie nieco ponad 6%

ogółu wniosków skierowanych do sądu. W swej argumentacji ubezpieczyciele wskazują fakt, iż sąd polubowny powstał przy Rzeczniku Ubezpieczonych, a więc przy urzędzie, którego ustawowym obowiązkiem jest ochrona interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Dodatkowym argumentem uzasadniającym niewyrażanie zgody na przystąpienie do postępowania polubownego jest – zdaniem ubezpieczycieli – fakt, iż zgodnie z regulaminem sądu arbitrzy powoływani są przez Rzecznika Ubezpieczonych, co może mieć przełożenie na ewentualny, choćby mimowolny, brak obiektywizmu arbitrów niezbędnego przy orzekaniu. Polemizując z tym stanowiskiem podnieść trzeba, iż niezależnie od tego, iż arbitrów powołuje Rzecznik Ubezpieczonych, regulamin nie ogranicza w żaden sposób kręgu podmiotów mogących te kandydatury zgłaszać. Regulamin przewiduje jedynie ograniczenia w zakresie pełnienia funkcji arbitra, wyłączając m.in. osoby, których status zawodowy wyrażający się zwłaszcza w pozostawaniu w stosunku pracy może rodzić wątpliwości co do ich bezstronności i obiektywizmu. Prezentowana przez zakłady ubezpieczeń argumentacja może być niestety odczytywana jako votum nieufności w stosunku do osób, które posiadając najwyższe kwalifikacje i wiedzę ubezpieczeniową, a więc znając przepisy i zasady regulujące kwestie ubezpieczeniowe, jednocześnie z powagą podchodzą do zadania powierzonego im przez obie strony, nie reprezentując przecież żadnej z nich. Dlatego też nie ma żadnego znaczenia, czy sąd polubowny będzie istniał przy Rzeczniku Ubezpieczonych, czy też przy Polskiej Izbie Ubezpieczeń, ani też kto wysunie kandydata na arbitra – jedną bowiem z przesłanek objęcia funkcji arbitra jest danie rękojmii należytego wykonania obowiązków arbitra i przesłanka ta musi być spełniona niezależnie od tego, kto

te kandydaturę wysunie. A jej elementami są także obiektywizm i niezależność.

Innym argumentem wysuwany przez zakłady ubezpieczeń, który ich zdaniem uzasadnia niewyrażanie zgody na przystąpienie do postępowania polubownego jest fakt, iż osoby pełniące rolę arbitrów sądu są w dziedzinie ubezpieczeń jedynie teoretykami, działającymi w oderwaniu od realiów postępowania likwidacyjnego i wszystkich zagadnień z nim związanych, co nie gwarantuje dokonania poprawnej analizy wszystkich zagadnień związanych z rozstrzyganym sporem. Jednak zastrzeżenie to nie wydaje się być trafne, bowiem rola arbitrów orzekających w sądzie polubownym jest identyczna z rolą sędziów orzekających w sądzie powszechnym – a przecież od sędziów tych nie wymaga się wiedzy praktycznej przy rozstrzyganiu w sprawach z dziedziny ubezpieczeń, stąd rola biegłego jest tu często rozstrzygająca.

Sąd Polubowny przy Rzeczniku jest instytucją mającą ułatwić stronom rozstrzyganie sporów nie tylko dzięki uproszczonym procedurom, ale też dzięki odformalizowanemu charakterowi tego sądu w znaczeniu czysto technicznym.

Można postawić tezę, iż instytucja sądownictwa polubownego nie jest wykorzystana w stopniu na to zasługującym. Prawdą jest również, iż nie zawsze są stworzone ku temu odpowiednie warunki, co wyraża się m.in. brakiem dostatecznej informacji o pozytywach tego rozwiązania, a także – niejednokrotnie

– brakiem zainteresowania tym rozwiązaniem strony silniejszej, jaką jest niewątpliwie w tym przypadku zakład ubezpieczeń. Nie bez znaczenia jest także mylne przekonanie samych ubezpieczających, iż wskazani przez nich arbitrzy są pełnomocnikami stron, a w konsekwencji wygrana w sporze jest uzależniona od osoby, której nie znają osobiście i nie mogą ocenić jej umiejętności w reprezentowaniu strony przed sądem.

Jak już zostało wspomniane, do dnia dzisiejszego zgodę na przystąpienie do postępowania polubownego lub mediacyjnego zakłady ubezpieczeń wyraziły w 7 przypadkach. Były to: PZU na Życie w jednej sprawie, LINK 4 w dwu oraz HDI SAMOPOMOC w czterech. Zarówno HDI SAMOPOMOC jak i LINK 4 wyraziły zgodę we wszystkich przypadkach ich dotyczących, które wpłynęły do sądu od początku jego działalności. Na uznanie zasługuje więc konsekwencja tych zakładów ubezpieczeń w gotowości do rozstrzygania sporów przez sąd polubowny. Nasuwającym się automatycznie wnioskiem jest to, iż – jak widać – prezes HDI SAMOPOMOC Stanisław Godlewski nie obawia się braku niezależności i obiektywizmu arbitrów, czy też braku praktyki. W trzech przeprowadzonych do chwili obecnej postępowaniach z udziałem HDI SAMOPOMOC doszło do zawarcia ugody, co niewątpliwie jest korzystne dla obu stron. Czwarta sprawa znajduje się w fazie przygotowywania, a rozprawa odbędzie się zapewne w najbliższym czasie. Wobec decyzji HDI SAMOPOMOC o korzystaniu z sądownictwa polubownego można postawić tezę, iż wszystkie następne wnioski o wszczęcie postępowania – obojętne czy to z akceptacją tego trybu rozstrzygania sporów.

Na podobną ocenę zasługuje również LINK 4 kierowany obecnie przez prezesa Zofię Dzik. Do dnia dzisiejszego do sądu polubownego wpłynęły dwa wnioski dotyczące tego ubezpieczyciela – oba o przepro-

wadzenie postępowania mediacyjnego – i w obu przypadkach zakład ubezpieczeń wyraził zgodę na przeprowadzenie spotkania pojednawczego. Pierwsze postępowanie mediacyjne zakończyło się zawarciem ugody, drugie natomiast zostało zakończone bez przeprowadzenia spotkania pojednawczego z uwagi na nieusunięcie braków formalnych przez wnioskodawcę.

Korzystanie z sądu polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych ma – oprócz krótkiego czasu trwania postępowania sądowego – również inne korzystne strony. Są to nie tylko niższe koszty postępowania, ale także przekazanie ubezpieczającym informacji o gotowości do rozmów przy wykorzystaniu obiektywizmu i wiedzy osób trzecich, co przyczynia się jednocześnie do tworzenia pozytywnego wizerunku firmy. Informacja o akceptowaniu przez zakład ubezpieczeń sądow-

nictwa polubownego, tj. przystępowanie do postępowania sądowego choć nie ma takiego przymusu, jest z pewnością bardzo istotna dla potencjalnych klientów tego zakładu. Dobrowolne przystąpienie ubezpieczyciela do sporu w sytuacji, gdy realia naszego sądownictwa powszechnego niejednokrotnie wymuszają na ubezpieczonych rezygnację z dochodzenia swych roszczeń przed tymi sądami, z pewnością będzie przez ubezpieczających doceniane.

Pisząc o zakładach ubezpieczeń, które decydują się na poddanie sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego, należy wspomnieć także i o tych, które z zasady zgody na postępowanie polubowne nie wyrażają. Zarówno HDI SAMOPOMOC jak i LINK 4 skorzystały z możliwości sądu polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, choć w porównaniu z innymi sądami po-

lubownymi jest on młody i nadal się rozwija. Być może w ocenie tych zakładów istnieją elementy, które należałoby dopracować czy skorygować – niemniej już o nich wiedzą i mają możliwość zgłoszenia swych uwag. Sąd polubowny przy Rzeczniku jest instytucją mającą ułatwić stronom rozstrzygnięcie sporów nie tylko dzięki uproszczonym procedurom, ale też dzięki odformalizowanemu charakterowi tego sądu w znaczeniu czysto technicznym. Praktyka sądowa z pewnością wskaże konieczność dokonania pewnych zmian czy uzupełnień, które – wprowadzane w miarę możliwości, w tym finansowych – wpłyną korzystnie na pracę sądu. ■

Ewa Kiziewicz

e.kiziewicz@rzu.gov.pl
sekretarz sądu polubownego
przy Rzeczniku Ubezpieczonych

RZECZNIK UBEZPIECZONYCH W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ EMERYTALNYCH 2002-2005

Wraz z reformą systemu emerytalnego wprowadzoną w życie w 1999 r. konstrukcja polskiego systemu zabezpieczenia emerytalnego uległa diametralnej zmianie. Zamiast systemu repartycyjnego o zdefiniowanym świadczeniu wprowadzono wielowarstwowy system emerytalny o zdefiniowanej składce.

Zmiana systemu była konieczna ze względu na niekorzystne zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo, obniżający się wskaźnik urodzeń i wydłużające się dalsze przeciętne trwanie życia), społeczne (m.in. zmiana modelu rodziny, aktywność zawodowa kobiet, wzrost poziomu życia) oraz gospodarcze (rosnące obciążenie budżetu wydatkami emerytalny-

mi i niższe tempo wzrostu gospodarczego).

Wprowadzenie zreformowanego systemu emerytalnego złożonego z trzech filarów było nieodłącznie związane z pojawieniem się na polskim rynku finansowym nowych graczy. Pierwszy segment systemu tworzy zreformowany Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, z którego wyodrębniono fundusz emerytal-

ny i fundusz rezerwy demograficznej, w drugim segmencie pojawiły się otwarte fundusze emerytalne, natomiast w trzecim – kapitałowe fundusze o charakterze pracowniczym bądź indywidualnym. Pierwszofilarowy fundusz emerytalny uległ swoistemu zreformowaniu, natomiast pozostałe drugo- i trzeciofilarowe fundusze pojawiły się w systemie emerytalnym jako elementy zupełnie nowe. Pierwsza warstwa systemu pozostała publiczna i zarządzana przez państwo (ZUS), natomiast pozostała część systemu została oddana w zarządzanie prywatne: powszechnych towarzystw emerytalnych i innych instytucji finansowych oferujących produkty emerytalne.

Otwarte fundusze emerytalne gromadzą środki w ramach II kapitałowego filara systemu emerytalnego, które po przejściu na emeryturę będą wypłacane w formie dożywotniego świadczenia. Powszechne towarzystwa emerytalne (PTE) zarządzające otwartymi funduszami emerytalnymi funkcjonują w celu osiągnięcia zysku, prowadzą zatem działalność komercyjną, ograniczoną jednak pod pewnymi względami z uwagi na ich rolę w obowiązkowym systemie ubezpieczeń społecznych. Organizację i funkcjonowanie otwartych funduszy emerytalnych oraz powszechnych towarzystw emerytalnych reguluje ustawa z 28 sierpnia 1998 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, której zapisy dotyczą również działania pracowniczych dobrowolnych form grupowego oszczędzania w trzecim filarze. Pomimo precyzyjności i szczegółowości przepisów regulujących kapitałowy segment emerytalny, nie są one jednak wystarczające dla właściwego funkcjonowania rynku emerytalnego. Uczestnik otwartego funduszu emerytalnego jest bowiem z założenia słabszą stroną umowy uczestnictwa w funduszu, głównie ze względu na asymetrię informacji i często niewystarczającą świadomość ubezpieczeniową. Stąd konieczne było powołanie nowych instytucji nadzorczych oraz rozszerzenie zakresu kompetencji dotychczas istniejących podmiotów reprezentujących interesy uczestników nowego systemu emerytalnego, zwłaszcza w części zarządzanej przez podmioty prywatne.

Już w początkowej fazie wdrażania i funkcjonowania systemu emerytalnego słyhać było głosy postulujące powołanie instytucji reprezentującej konsumentów interesy uczestników II i III filara. Początkowo za nadzór nad tym sektorem i ochronę interesów uczestników systemu odpowiadał Urząd Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi (UNFE). Wraz jednak z likwidacją UNFE i przekazaniem jego kompetencji nowopowstałej

Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUiFE), zdecydowano również o poszerzeniu zakresu działalności Rzecznika Ubezpieczonych. Nowy kształt organizacyjno-kompetencyjny organu nadzoru oraz Rzecznika Ubezpieczonych został wprowadzony ustawą z 1 marca 2002 r. oraz przyjęty także w obowiązującej obecnie pacjcie ustaw ubezpieczeniowych uchwalonych 22 maja 2003 r.

Zakres działalności Rzecznika Ubezpieczonych określono w ustawie z 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz. 1153). Zgodnie z jej regulacjami, Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, **członków funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych** (art. 5 ust. 1 ustawy). Do szczegółowego katalogu zadań Rzecznika należy (art. 20 ustawy):

- 1) rozpatrywanie skarg w sprawach indywidualnych,
- 2) opiniowanie aktów prawnych,
- 3) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej, bądź o wydanie lub zmianę innych aktów prawnych,
- 4) informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń i organizacji gospodarczych powszechnych towarzystw emerytalnych o dostrzeżonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów rynku ubezpieczeniowego i emerytalnego,
- 5) stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między: ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a zakładami ubezpieczeń; ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub upraw-

nionymi z umów ubezpieczenia a agentami ubezpieczeniowymi; ubezpieczającymi, ubezpieczonymi, uposażonymi lub uprawnionymi z umów ubezpieczenia a brokerami ubezpieczeniowymi; towarzystwami emerytalnymi a członkami tych towarzystw oraz wynikłych z uczestnictwa w pracowniczych programach emerytalnych, w szczególności poprzez organizowanie sądów polubownych do rozpatrywania tych sporów,

- 6) inicjowanie i organizowanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony konsumentów na rynku ubezpieczeniowym i emerytalnym.

ROZPATRYWANIE SKARG INDYWIDUALNYCH

Jedną z najbardziej rozpoznawanych, lecz nie jedyną, form działalności Rzecznika, wymienioną zresztą na pierwszym miejscu przez ustawodawcę jest rozpatrywanie skarg indywidualnych. W okresie od kwietnia 2002 r. do końca września 2005 r. do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło ponad 600 pisemnych skarg od uczestników systemu emerytalnego. Najliczniejsza ich grupa dotyczyła działalności powszechnych towarzystw emerytalnych i otwartych funduszy emerytalnych, a zatem funkcjonowania II filara polskiego systemu emerytalnego (ok. 42% skarg). Tematem wystąpień były w szczególności: możliwość anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu co do treści oświadczenia woli (z powodu utraty wcześniejszych uprawnień emerytalnych), problem fałszowania umów o członkostwo, utrudnienia towarzyszące zmianie otwartego funduszu emerytalnego, problemy w zakresie dokonania wypłaty transferowej oraz błędy w prowadzeniu rejestru członków. Nieprawidłowości w zakresie wypłat transferowych przejawiały się opóźnieniami lub błędami w zgłoszeniach do Centralnego Rejestru Członków OFE prowadzo-

nego przez ZUS, wskutek czego na rachunek członka nie wpływały terminowo składki emerytalne.

Na drugim miejscu pod względem liczebności znalazły się wystąpienia będące reakcją na nieprawidłowości w funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ok. 35% skarg). Głównymi zarzutami podnoszonymi w skargach na działalność ZUS były: nieprzekazywanie lub nieterminowe przekazywanie składek emerytalnych na rachunek ubezpieczonego w otwartym funduszu emerytalnym, opóźnienia w aktualizacji danych ubezpieczonych zmieniających OFE.

Pozostałe pisemne wystąpienia dotyczyły interpretacji obowiązujących przepisów z zakresu organizacji i funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych oraz działalności pracowniczych programów emerytalnych.

Po otrzymaniu pisemnej skargi w sprawie indywidualnej Rzecznik podejmował interwencję we właściwym podmiocie – jeśli skarga była uzasadniona lub konieczne było uzyskanie dodatkowych wyjaśnień od instytucji finansowej świadczącej daną usługę, lub nie podejmował interwencji – gdy brak było podstaw do takiego działania. W okresie od kwietnia 2002 r. do końca września 2005 r. Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję w przypadku ok. 60% skierowanych do niego skarg indywidualnych z zakresu ubezpieczeń emerytalnych.

O skuteczności podjętych przez Rzecznika interwencji świadczy wskaźnik pozytywnego zakończenia spraw. Około 45% interwencji podjętych przez Rzecznika w okresie od kwietnia 2002 r. do września 2005 r. zakończyło się wynikiem pozytywnym, 44% postępowań jest nadal w toku i tylko ok. 11% zakończyło się wynikiem niekorzystnym dla członka funduszu bądź uczestnika PPE. Warto przy tym zaznaczyć, że Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy powszechne товариство emerytalne uznawało zasadność inter-

wencji i zmieniało swoją wcześniejszą decyzję lub gdy w świetle kolejnych wyjaśnień i po wnikliwej analizie sprawy Rzecznik ocenił, iż interesy członków otwartych funduszy emerytalnych nie zostały naruszone. W przypadku interwencji w ZUS pozytywne zakończenie sprawy następowało w przypadku wyjaśnienia przyczyn powstania nieprawidłowości w przekazywaniu składek i po ustaleniu działań, których podjęcie jest niezbędne do usunięcia zaistniałych nieprawidłowości.

OPINIOWANIE AKTÓW PRAWNYCH

Wypełniając swoje ustawowe obowiązki Rzecznik Ubezpieczonych brał udział w pracach legislacyjnych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Przedstawiciele Biura Rzecznika Ubezpieczonych przekazywali opinie i propozycje zmian do następujących aktów prawnych:

- ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych,
- ustawy o pracowniczych programach emerytalnych,
- ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych.

Rzecznik Ubezpieczonych opiniował ponadto liczne akty wykonawcze do wymienionych ustaw, m.in.: projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie obowiązków informacyjnych funduszy emerytalnych, projekt rozporządzenia w sprawie trybu i terminu powiadamiania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przez otwarty fundusz emerytalny o zawarciu umowy z członkiem oraz dokonywania wypłaty transferowej, projekt rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia szczegółowego zakresu danych podawanych przez instytucję finansową na dokumencie płatniczym w przypadku przekazywania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek podstawowych wpłaconych do pracowniczego programu emerytalnego oraz sposobu i trybu przeliczania kwoty przekazanych

składek, projekt rozporządzenia w sprawie przekazywania przez instytucje finansowe oraz organy nadzoru półrocznych i rocznych informacji o prowadzonych indywidualnych kontach emerytalnych, projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie przekazywania informacji dotyczących uczestników pracowniczych programów emerytalnych, projekt rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przekazywania przez pracodawcę organowi nadzoru rocznej informacji dotyczącej realizacji prowadzonego pracowniczego programu emerytalnego, projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie określenia wzoru informacji o dokonaniu wypłaty z indywidualnego konta emerytalnego, projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie określenia wzoru informacji o środkach zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym, terminu oraz trybu jej przekazywania przez instytucje finansowe prowadzące indywidualne konta emerytalne.

INFORMOWANIE ORGANU NADZORU, IGTE I INNYCH INSTYTUCJI EMERYTALNYCH O DOSTRZEŻONYCH NIEPRAWIDŁOŚCIACH

Od początku aktywności w sferze zabezpieczenia emerytalnego Rzecznik Ubezpieczonych podjął szereg działań o charakterze ogólnym mających na celu ochronę interesów członków otwartych funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych. Działania te obejmują głównie informowanie o dostrzeżonych nieprawidłowościach następujących instytucji:

- Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych,
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych.

W zakresie ochrony interesów członków otwartych funduszy eme-

rytalnych Rzecznik Ubezpieczonych współpracuje m.in. z organem nadzorującym rynek emerytalny. Istotne rozszerzenie ram współpracy i jej intensyfikacja jest możliwe dzięki uczestnictwu Rzecznika Ubezpieczonych w posiedzeniach Komisji. Wynikiem tej współpracy jest m.in. zawarte w dniu 18 grudnia 2002 r. porozumienie pomiędzy Rzecznikiem Ubezpieczonych a Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, określające zasady współpracy w zakresie rozpatrywania skarg ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia na działalność zakładów ubezpieczeń oraz członków otwartych funduszy emerytalnych. W ramach współpracy z Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Rzecznik Ubezpieczonych otrzymał informację o stosowaniu wprowadzającego w błąd określenia „plan emerytalny” w reklamach medialnych Credit Suisse Life & Pensions Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie. Prezentowana reklama naruszała przepis art. 8 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych i mogłaby zostać uznana za wprowadzającą w błąd w rozumieniu art. 23a ust. 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, stanowiąc praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Po przeanalizowaniu materiałów w sprawie oraz regulacji prawnych w powyższym zakresie, Rzecznik Ubezpieczonych, działając na podstawie art. 100a ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, skierował do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wniosek o wszczęcie postępowania w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. W efekcie zakład ubezpieczeń zaprzestał emisji kwestionowanej reklamy.

Ze względu na fakt, iż największa grupa pisemnych skarg w sprawach indywidualnych i rozmów prowadzonych podczas dyżurów telefo-

nicznych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego dotyczyła możliwości anulowania umowy uczestnictwa w otwartym funduszu emerytalnym na skutek błędu co do treści oświadczenia woli, Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych z wnioskiem o określenie zasad postępowania w takich sytuacjach. Większość skarżących powoływała się w takim przypadku na niewiedzę o utracie prawa do przejścia na wcześniejszą emeryturę, z którego mogliby skorzystać, gdyby nie przystąpili do otwartego funduszu emerytalnego.

W tym zakresie, na wniosek Rzecznika Ubezpieczonych, powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w Izbie Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych przyjęły jednolitą procedurę postępowania w przypadku anulowania umowy z powodu utraty wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Na mocy oświadczenia członków IGTE, z II filara mogą obecnie wystąpić osoby, które uzyskają prawo do wcześniejszej emerytury do końca 2006 r., a członkostwo w II filarze jest jedyną przeszkodą w uzyskaniu wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Ustalono, że podstawą do unieważnienia umów będą łącznie:

- 1) oświadczenie członka OFE, że umowa została zawarta pod wpływem błędu,
- 2) odmowna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie przyznania wcześniejszego świadczenia emerytalnego, tylko i wyłącznie z powodu członkostwa w OFE.

Rzecznik Ubezpieczonych został poinformowany o przyjęciu przez PTE tych warunków pismem Ewy Lewickiej, Prezes IGTE, z dnia 15 kwietnia 2005 r.

10 towarzystw emerytalnych działających w ramach Izby (5 pozostaje poza Izbą) zobowiązało się do respektowania zaproponowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych zasad postępowania. Powyższy tryb będzie stosowany do końca 2006 roku na podstawie stosowne-

go oświadczenia Izby. Rzecznik Ubezpieczonych podjął również działania w celu zachęcenia pozostałych, niezrzeszonych w IGTE towarzystw, do stosowania wymienionej procedury.

Jednym z ważniejszych problemów związanych z funkcjonowaniem kapitałowego filara emerytalnego jest również kwestia sfalszowania umów o członkostwo w OFE i toczących się w związku z nimi postępowań wyjaśniających. Najwięcej zarzutów kierowanych przez uczestników systemu dotyczyło postępowań wyjaśniających w sytuacji, gdy przeciwko przedstawicielowi OFE toczy się postępowanie w prokuraturze. Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Izby Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych o przyjęcie przez wszystkich członków jednolitej procedury anulowania umów w takich przypadkach, mającej na celu skrócenie niekorzystnego dla ubezpieczonych długiego okresu oczekiwania na prawomocny wyrok sądu.

W znacznej części indywidualnych skarg dotyczących nieterminowego przekazywania składek przez ZUS do otwartych funduszy emerytalnych ustosunkowanie się do sprawy utrudniał niesprawny system komputerowy ZUS. Wówczas często z powodu czasowej niemożności ustalenia bliższych szczegółów Rzecznik Ubezpieczonych zmuszony był zawiesić rozwiązanie sprawy do momentu wyjaśnienia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wszystkich jej okoliczności. Aby przyspieszyć wymianę informacji dotyczących przyczyn nieprawidłowości w przekazywaniu składek emerytalnych na rachunki ubezpieczonych w OFE, Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przekazanie szczegółowych informacji dotyczących kolejnych etapów prac nad usprawnieniem Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS. W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika zorganizowano spotkanie robocze przedsta-

wicieli ZUS z przedstawicielami Biura Rzecznika Ubezpieczonych, na którym omówiono szczegóły powstających nieprawidłowości, podano przybliżone terminy ich usunięcia oraz zobowiązano się do wzajemnego bieżącego informowania o postępach prac w zakresie przekazywania składek i koniecznych do rozwiązania problemów.

W ramach szerokiej wymiany informacji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie przekazywania składek do otwartych funduszy emerytalnych, Rzecznik Ubezpieczonych systematycznie otrzymywał i przekazywał członkom OFE wyjaśnienia dotyczące przebiegu procesu ponownej weryfikacji dokumentów ubezpieczeniowych za lata 1999-2001 oraz stopnia zaawansowania prac nad aplikacjami usprawniającymi działanie ZUS w zakresie przekazywania składek do OFE. Dzięki tej wymianie informacji możliwe było rzetelne informowanie skarżących o niezidentyfikowanych przez Zakład dokumentach ubezpieczeniowych za poszczególne okresy oraz planowych terminach ich ponownego przetwarzania, nieprzekazywaniu składek z powodu istnienia wielu kont jednego ubezpieczonego i przyjętym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych harmonogramie scalania wielu kont ubezpieczonych.

Począwszy od maja 2002 r., ZUS przekazuje już terminowo większość składek do OFE, z uwzględnieniem korekt dokumentów składanych przez płatników. Natomiast jeśli chodzi o dokumenty zaległe, w Zakładzie trwa nadal proces ich ponownej weryfikacji. Zakończenie procesu ponownego przetwarzania dokumentów i przekazanie zaległych składek powinno się ostatecznie zakończyć do 31 grudnia 2007 r. Również problem istnienia wielu kont jednego ubezpieczonego ma zostać usunięty do tego czasu dzięki wdrożeniu specjalnego oprogramowania do scalania kont.

DZIAŁALNOŚĆ EDUKACYJNA I INFORMACYJNA

W dobie społeczeństwa informacyjnego nie sposób przecenić roli edukacji ubezpieczeniowej prowadzonej przez Rzecznika, w tym dotyczącej funkcjonowania systemu emerytalnego. Dzięki wzmożonym wysiłkom pracowników i współpracowników tej instytucji świadomość ubezpieczeniowa Polaków jest codziennie podwyższana, można wręcz zaryzykować stwierdzenie, iż w tym przypadku mamy do czynienia z kształceniem ciągłym. Dzieje się to głównie za sprawą zróżnicowania źródeł komunikowania się ubezpieczonych z Biurem Rzecznika i zintensyfikowania tych działań, dzięki następującym dodatkowym usługom świadczonym nieodpłatnie przez Biuro Rzecznika Ubezpieczonych członkom otwartych funduszy emerytalnych i uczestnikom PPE:

- dyżurom telefonicznym,
- stronie internetowej,
- możliwości zadania pytania e-mailem,
- analizom rynku funduszy emerytalnych oraz interpretacjom bieżących zmian w systemie emerytalnym publikowanym na łamach wydawanego przez Rzecznika Ubezpieczonych kwartalnika „Monitor Ubezpieczeniowy”.

Od kwietnia 2002 r. w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych pełnione są dyżury telefoniczne z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Najwięcej rozmów przeprowadzonych podczas dyżurów odnosiło się do nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotów działających w ramach II filara polskiego systemu emerytalnego, w tym głównie możliwości anulowania umowy o członkostwo w funduszu w ze względu na nabycie prawa do wcześniejszej emerytury. Kolejnym często podejmowanym tematem były nieprawidłowości w działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, głównie w zakresie nieterminowego przekazywania składek do

otwartych funduszy emerytalnych. Pozostałe rozmowy dotyczyły problemów związanych ze zmianą funduszu i dokonaniem wypłaty transferowej, nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE i interpretacji przepisów z zakresu zabezpieczenia emerytalnego.

Od października 2002 roku działa strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl). Strona ta stanowi dodatkowy sposób wypełniania przez RU obowiązków ustawowych. Główny akcent położono na funkcję edukacyjną.

Na stronie Rzecznika można się zapoznać m.in. z:

- informacjami ogólnymi dotyczącymi zabezpieczenia emerytalnego, funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych i pracowniczych programów emerytalnych,
- problematyką konstrukcji przyszłych świadczeń emerytalnych wypłacanych z I filara (FUS) i II filara (OFE),
- poradami ekspertów z zakresu zabezpieczenia emerytalnego,
- odpowiedziami na najczęściej zadawane przez konsumentów pytania,
- sposobem składania skarg (wymogi formalne) oraz możliwością korzystania z dyżurów telefonicznych ekspertów,
- „Monitorem Ubezpieczeniowym” – periodykiem urzędu RU,
- statystykami skarg napływającymi do Rzecznika Ubezpieczonych,
- sprawozdaniami z działalności Urzędu za poprzednie okresy,
- adresami instytucji emerytalnych,
- „linkami tematycznymi” do innych stron o tematyce emerytalnej.

W 2004 roku uruchomiono w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych poradnictwo prowadzone za pośrednictwem poczty elektronicznej.

W ramach prowadzonej działalności edukacyjnej w zakresie zabezpieczenia emerytalnego i podnosze-

nia świadomości emerytalnej Polaków RU jest uczestnikiem, jak i współorganizatorem seminariów oraz konferencji o systematyce emerytalnej. Na szczególne wyróżnienie zasługuje zorganizowanie w listopadzie 2004 r. seminarium z zakresu Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE) podejmującego problematykę upowszechnienia dobrowolnego oszczędzania w trzecim filarze. Pomysłodawcy rozwiązań nie prowadzili wówczas akcji informacyjnej dotyczącej dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego. Ponieważ sukces IKE zależał w dużej mierze od przekazania ubezpieczonym informacji o konieczności dodatkowego zabezpieczenia się na okres starości, a ciężar podjęcia akcji uświadamiania emerytalnego Polaków spoczął wyłącznie na instytucjach finansowych oferujących IKE oraz mediach, Rzecznik Ubezpieczonych podjął decyzję o aktywnym włączeniu się do tej akcji.

Różnorodność działań Rzecznika w zakresie zabezpieczenia emerytalnego i ich rosnąca liczba wskazuje, że ten nowy i krótko jeszcze funkcjonujący zakres działalności Urzędu jest nie mniej ważny niż aktywność w sferze ubezpieczeń gospodarczych. W przypadku skarg indywidualnych zaobserwować można węższy ich zakres tematyczny niż w ubezpieczeniach gospodarczych, głównie ze względu na fakt jednolitych zasad emerytalnych dotyczących wszystkich uczestników systemu. Nowe problemy mogą się jednak pojawić wraz z uregulowaniem wciąż niejasnej kwestii wypłaty świadczeń emerytalnych z kapitałowej części systemu. Ze względu na stopień skomplikowania proponowanych rozwiązań, pomoc Rzecznika Ubezpieczonych w wielu przypadkach może się okazać dla ubezpieczonych bezcenna. ■

Joanna Owczarek
ekspert w Biurze Rzecznika
Ubezpieczonych

Warto przeczytać



Ubezpieczenie społeczne Teoria dla praktyki

Ukazała się nowa książka dr hab. Tadeusza Szumlicza, profesora Szkoły Głównej Handlowej, Kierownika Katedry Ubezpieczenia Społecznego, Przewodniczącego Sądu Polubownego przy Rzeczniku Ubezpieczonych, wybitnego znawcy tematyki społecznej i ubezpieczeń, zatytułowana „Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki”.

Prezentowana pozycja podejmuje przede wszystkim kwestię zastosowania metody ubezpieczenia. Autor podkreśla, że w swojej pracy szczególną uwagę poświęcił niedocenianym aspektom społecznym ubezpieczenia. We Wprowadzeniu znajdujemy wyjaśnienie tytułu publikacji, a mianowicie związku wyrazowego „ubezpieczenie społeczne”. Autor wskazuje na trzy jego znaczenia: wyjątkowe urządzenie społeczne, szczególna metoda zarządzania ryzykiem społecznym oraz zastosowanie ubezpieczenia w polityce społecznej, zwłaszcza w systemie zabezpieczenia społecznego zdaniem Potrójne rozumienie „ubezpieczenia społecznego” wynika z faktu, że niezwykle ważnym podmiotem i przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest (rodzinne) gospodarstwo domowe, i to zarówno, gdy ochrona przed skutkami pojawienia się ryzyka polega na ubezpieczeniach publicznych, jak też na ubezpieczeniach prywatnych. Przy takich właśnie założeniach prof. Szumlicz podejmuje próbę przedstawienia „teorii dla

praktyki”, prezentując nowatorski sposób myślenia o metodzie ubezpieczenia i jego zastosowaniu w sferze społecznej, nazywając go w skrócie „szkołą” ubezpieczenia społecznego.

W pierwszej części książki, poświęconej podstawom teoretycznym ubezpieczenia społecznego, znajdujemy interesujące rozważania dotyczące działań o charakterze antycypacyjnym w polityce społecznej, których założeniem jest zasadność kształtowania stosunków społecznych poprzez uprzedzanie ryzyka społecznego. Uprzedzające działania można w ujęciu modelowym (ryzyko społeczne jako podstawowa kategoria konstrukcyjna modelu polityki społecznej) dość wyraźnie odróżnić od działań interwencyjnych i kreujących. Autor zwraca uwagę, że ryzyko jest w tych rozważaniach zdefiniowane, jako zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach podmiotu ekonomicznego, a z kolei ryzyko społeczne, konsekwentnie, zdefiniowane bardzo szeroko jako zagrożenie

zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego. W tej części książki zasadnicze znaczenie ma oryginalna charakterystyka metody ubezpieczenia dokonana poprzez schemat ideowy metody ubezpieczenia, a następnie jego interpretacja społeczna.

Prof. Szumlicz wyróżnia sześć aspektów zabezpieczenia społecznego: aspekt przedmiotowy (od jakiego ryzyka ma „uwalniać” system?), aspekt podmiotowy (kogo powinien obejmować system?), aspekt instrumentalny (jakie zasady [metody i techniki] zabezpieczenia zastosować w systemie?), aspekt redystrybucyjny (jakie ustalić reguły partycypacji finansowej w systemie?), aspekt kompensacyjny (w jakim zakresie powstałe straty ma pokrywać system?), aspekt prawny (jak w praktyce stanowić i stosować dotyczące zabezpieczenia rozwiązania systemowe?).

Autor podkreśla, że największy problem w społecznej interpretacji schematu ideowego ubezpieczenia i jego zastosowania w zabezpieczeniu społecznym stanowi kategoria składki, czyli opłaty za przejęcie przez zakład ubezpieczeń finansowych skutków zaistnienia ryzyka (opłaty za korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej). Składka powinna być ekwiwalentnym wkładem pieniężnym, wnoszonym przez (lub na rzecz) wszystkich członków zorganizowanej wspólnoty ryzyka, do funduszu ubezpieczeniowego, z którego mają być kompensowane straty, wynikłe z określonych zdarzeń losowych doświadczanych tylko przez niektórych członków tej wspólnoty.

Ekwiwalentność składkowego wkładu pieniężnego trzeba rozpatrywać w dwojakim znaczeniu „ekwiwalentności ubezpieczeniowej”:

- zgromadzenia ze składek adekwatnej wielkości funduszu ubezpieczeniowego, pokrywającego wypłatę należnych świadczeń, kompensujących człon-

kom wspólnoty ryzyka straty wynikłe z określonych zdarzeń losowych – „ekwiwalentność funduszowa” (porównanie sumy składek z sumą świadczeń);

- zachowania adekwatnej relacji między składką a świadczeniem, uzależniającej wprost proporcjonalnie wielkość kompensaty straty od wysokości aktuarialnie ustalonego wkładu pieniężnego wniesionego przez danego członka wspólnoty ryzyka do funduszu ubezpieczeniowego – „ekwiwalentność kompensacyjna” (porównanie wysokości składki z wysokością świadczenia).

Takie rozumienie ekwiwalentności ubezpieczeniowej, zdaniem Autora – stanowi zasadniczy dylemat w ubezpieczeniu o charakterze społecznym.

Prof. Szumlicz przyjmuje też, że ubezpieczenie o charakterze gospodarczym polega na zastosowaniu metody ubezpieczenia w procesach gospodarczych, w celu wyrównywania zakłóceń przede wszystkim w procesach produkcji dóbr i usług (ochrona sfery produkcji). Dotyczy ono, zatem zarządzania ryzykiem przez przedsiębiorstwo. Natomiast ubezpieczenie o charakterze społecznym polega na zastosowaniu metody ubezpieczenia w polityce społecznej, w celu stabilizowania materialnych warunków życia (ochrona sfery konsumpcji). Dotyczy ono zatem przede wszystkim zarządzania ryzykiem przez gospodarstwo domowe.

Autor stwierdza: „Rozumiem przyzwyczajenia językowe. Może dlatego należałoby poszukiwać mniej utrwalonych nazw dla wprowadzenia takiego rozróżnienia, ale nie znajduję, póki co, lepszej terminologii. Najważniejsze wydaje mi się odróżnianie zastosowań samej metody ubezpieczenia, która niewątpliwie ma zastosowanie „podwójne”: ubezpieczenie w gospodarce rynkowej i ubezpieczenie w polityce społecznej.” W sprawie klasyfikacji ubezpieczeń za najważniejsze Autor uznaje wyekspono-

wanie ich podziału podmiotowego. Podział na ubezpieczenia gospodarcze i ubezpieczenia społeczne odwołuje się, więc do zarządzania ryzykiem, które – z jednej strony – zagraża przedsiębiorstwu (ubezpieczenia w sferze gospodarczej), a z drugiej – gospodarstwu domowemu (ubezpieczenia w sferze społecznej).

Pierwszą część książki zamykają rozważania nad teorią doubezpieczenia społecznego. Autor uznaje, że doubezpieczenie społeczne jest komplementarne wobec bazowego systemu zabezpieczenia społecznego, że powinno być ono objęte konkretnymi preferencjami i opowiada się za rozwiązaniami społecznymi, stymulującymi przede wszystkim (rodzinne) gospodarstwa domowe do podniesienia standardu bezpieczeństwa socjalnego ich członkom dzięki dodatkowej ochronie ubezpieczeniowej.

Druga – równie interesująca – część książki poświęcona została refleksjom teoretycznym nad praktyką. Autor krytycznie omawia w niej doświadczenia dotyczące zatrudnienia i ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, zdrowia i ubezpieczenia chorobowego, istniejącego systemu ubezpieczeń społecznych oraz reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego, formułując wiele cennych uwag na ten temat.

Opracowanie zamyka Zakończenie skupiające się na wskazaniu zasadniczych cech propagowanej przez Autora „szkoły” ubezpieczenia społecznego.

Książka jest przeznaczona dla wszystkich zajmujących się problematyką ubezpieczeniową, zarówno naukowo, jak i zawodowo. ■

Anna Dąbrowska

Tadeusz Szumlicz, Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.

ZMIANY DO WYKAZU ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

DZIAŁ I

1. **MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**

(poprzednio pod nazwą
CITIINSURANCE Polska TU na Życie S.A.)
Ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa
Prezes Zarządu: **Adam Michon**

2. **FinLife TU na Życie S.A.**

Al. Jana Pawła II 80, 00-175 Warszawa
Prezes Zarządu: **Bogusław Sosnowski**

DZIAŁ II

1. **Towarzystwo Ubezpieczeń Euler Hermes S.A.**

Ul. Chocimska 17, 00-791 Warszawa
Prezes Zarządu: **Eckhard Horst**

2. **HDI ASEKURACJA TU S.A.** (poprzednio pod nazwą: TRYG Polska TU S.A.)

Pl. Jagielloński 15, 26-600 Radom
Prezes Zarządu: **Stanisław Godlewski**

3. **LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

Al. Jerozolimskie 92, 00-807 Warszawa
Prezes Zarządu: **Zofia Dzik**

4. Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych decyzją z dnia 30 marca 2005 r. wydaną na podstawie art. 101 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU nr 124, poz. 1151 ze zm.) cofnęła TUV FLORIAN zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej.

Portfel ubezpieczeń TUV FLORIAN przejął HDI SAMOPOMOC TU S.A.
główny udziałowiec Towarzystwa i koasekurator znacznej części portfela ubezpieczeń.

Strona internetowa Rzecznika Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Na stronie można zapoznać się z:

- Genezą powstania Urzędu**
- Informacjami ogólnymi o ubezpieczeniach z podziałem na tematy:**
 - ubezpieczeń majątkowych**
 - ubezpieczeń na życie (ubezpieczeń życiowych dobrowolnych)**
 - zabezpieczenia społecznego (problematyka przyszłych świadczeń emerytalnych z ZUS, OFE i PPE)**
 - ubezpieczenia komunikacyjne z zakresu OC i AC wyodrębnione z uwagi na częstotliwość występowania problemów**
- Odpowiedziami na najczęściej zadawane przez konsumentów pytania**
- Sposobem składania skarg (wymogi dokumentowe)**
- Możliwością korzystania z telefonicznych dyżurów ekspertów**
- Funkcjonowaniem Sądu Polubownego działającego przy Rzeczniku Ubezpieczonych**
- Orzecznictwem sądów**
- Monitorami Ubezpieczeniowymi – periodykiem Rzecznika Ubezpieczonych**
- Działalnością Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej**
- Sprawozdaniem z działalności Urzędu za poprzednie okresy**
- Adresami instytucji ubezpieczeniowych i zakładów ubezpieczeń**
- Innymi zagadnieniami z rynku ubezpieczeń**

Strona w miarę możliwości będzie uzupełniana i aktualizowana w zakresie nowych uregulowań prawnych, orzecznictwa oraz nowych problemów konsumentów pojawiających się podczas likwidacji szkód.

Na stronie publikowane są na bieżąco aktualne informacje z rynku oraz najnowsze wiadomości z zakresu działalności Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych.

Serdecznie zapraszamy Państwa do odwiedzania strony, jak również przekazywania nam swoich uwag i spostrzeżeń.

PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, 00-024 Warszawa, Al. Jerozolimskie 44, IV piętro