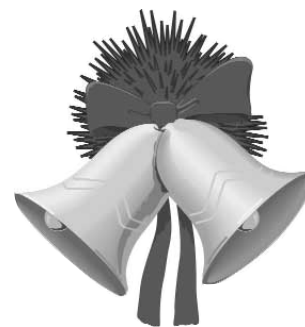


**POGODNYCH, ZDROWYCH i RADOSNYCH  
ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA**  
oraz  
**POMYŚLNOŚCI w NOWYM ROKU 2007**  
życzą  
**Rzecznik Ubezpieczonych**  
**Zarząd Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej**  
**Redakcja Monitora Ubezpieczeniowego**



## SPIS TREŚCI

■ Z Tomaszem Mintoftem-Czyżem, Prezesem Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, rozmawia Anna Arwaniti .....	3
■ Aktualności .....	4
■ Wpływ integracji z Unią Europejską na pozycję konsumentów na polskim rynku ubezpieczeń .....	5
■ Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego w okresie 3 kwartałów 2006 r. ....	10
■ Prawo jazdy a umowy ubezpieczeń komunikacyjnych .....	18
■ Polubowne rozstrzygnięcie sporów na rynku ubezpieczeń .....	21
■ Koszt leczenia ofiar wypadków z polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w opinii Rzecznika Ubezpieczonych .....	23
■ Rozprawy Ubezpieczeniowe – nowość na rynku wydawniczym .....	30
■ Nowelizacja Kodeksu Cywilnego w zakresie regulacji umowy ubezpieczenia – wybrane zagadnienia .....	32
■ Edukacja ubezpieczeniowa w szkołach .....	36
■ Warto przeczytać – <i>Prawo asekuracyjne nr 3(480)</i> .....	37
■ Rola Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej w Polsce .....	38
■ Zmiany do wykazu zakładów ubezpieczeń .....	39



### 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](http://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

Nakład 2500 egz.

# Budowanie dobrych relacji na rynku ubezpieczeniowym



Z Tomaszem Mintoftem-Czyżem, Prezesem Zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń, rozmawia Anna Arwaniti

**Anna Arwaniti:** 4 grudnia br. miałam przyjemność uczestniczyć w Gali z okazji 15-lecia Polskiej Izby Ubezpieczeń. Przy tej okazji sięgnijmy do historii. Prace nad stworzeniem PIU, a także pierwsze lata działalności, były burzliwe.

**Tomasz Mintoft-Czyż:** To prawda. 19 września 1990 roku, niespełna dwa miesiące po przyjęciu przez Sejm pierwszej nowoczesnej ustawy ubezpieczeniowej, szefowie 8 członków-założycieli powołali do życia własną Izbę. Stworzenie silnego samorządu gospodarczego działającego w oparciu o racjonalny system prawny było podstawowym celem działania w pierwszych latach powstania Izby. W 1992 roku została powołana Rada Naukowa PIU, która stała się między innymi ciałem opiniotwórczym w przygotowaniu ustaw ubezpieczeniowych.

**A.A.:** Izba nie zawężyła swojej działalności tylko do Polski.

**T.M-Cz.:** Izba rozwinęła swoją działalność nie tylko na Wiejskiej w Warszawie, ale dużo dalej – w Hamburgu i Paryżu. Już w 1991 roku PIU rozpoczęła bowiem współpracę ze Związkiem Ubezpieczycieli Niemieckich oraz Francuską Federacją Towarzystw Ubezpieczeniowych. Sprawą kluczową dla tego

czasu była wymiana doświadczeń i informacji. Polski rynek ubezpieczeniowy potrzebował wiedzy, którą gromadzili europejscy partnerzy. Cały projekt rozwinął się na tyle mocno, że nie ograniczono się wyłącznie do spotkań, seminariów i szkoleń. Po kilku latach dopracowano się Polsko-Francuskiego Instytutu Ubezpieczeń. Dziś kilkuset absolwentów może się poszczycić ukończeniem studiów podyplomowych na tej uczelni.

**A.A.:** Początki jak zwykle bywają trudne, Izba zaczynała bez stałej siedziby i z prezesem pełniącym funkcje społecznie.

**T.M-Cz.:** Tak, to prawda, ale po pięcioletniej działalności nie tylko wprowadzono wielopoziomowość władz – zgromadzenie, radę oraz zarząd, rozwinięto struktury samorządowe. Powstało siedem stałych komisji problemowych, specjalistyczne zespoły ds. reasekuracji oraz przestępczości zorganizowanej, grupy robocze m.in. do spraw systemów ochrony danych osobowych gromadziły około 300 osób. Dlatego też w drugiej połowie dekady Izba, z nowym, teraz już nie społecznym lecz kontraktowym prezesem, Jerzym Wysockim, stała się czołowym autorytetem w sektorze ubezpieczeniowym. Od 1995 roku PIU jest organizacją obowiązkową, reprezentującą problemy całego środowiska. Nie mogło więc zabraknąć jej głosu przy tworzeniu nowego prawa ubezpieczeniowego.

**A.A.:** PIU działa na wielu płaszczyznach.

**T.M-Cz.:** Izba od początku swojego istnienia zabiegała o integrację środowiska ubezpieczeniowego, podejmowała szereg działań związanych z umacnianiem prawa. Od początku naszej działalności dbaliśmy o ułatwianie dobrych kontaktów między uczestnikami rynku.

W ramach kształtowania i upowszechniania zasad dobrej praktyki ubezpieczeniowej PIU zaproponowało spójny dla całej branży zbiór zasad etyki i dobrych praktyk biznesu. Zakłady dobrowolnie zobowiązały się do jego przestrzegania, a cały projekt stał się unikatowym w skali Europy.

**A.A.:** Izba bardzo silnie włączyła się w działalność europejską i światową.

**T.M-Cz.:** Do Europejskiego Komitetu Ubezpieczeń (CEA) PIU wstąpiła co prawda już w 1998 roku, jednak prawdziwy prestiż zdobyła sobie w roku 2001. Wtedy to prezes Izby został powołany do Rady Prezydenckiej CEA. To był wyraźny znak uznania dla rozwoju polskiego sektora ubezpieczeniowego.

Z roku na rok PIU obsadzała Komisje i Podkomisje CEA coraz większą ilością swoich przedstawicieli. Wraz z Europejskim Komitetem Ubezpieczeń przedstawiciele Polski podjęli szereg prac nad rozwiązaniami prawnymi dla całej UE.

Równocześnie PIU przyjęło w poczet członków-obszerników Międzynarodowego Stowarzyszenia Organów Nadzoru Ubezpieczeniowego (IAIS). PIU stało się organizacją wyjątkową w całej Europie Środkowo-wschodniej. Udział w obradach IAIS umożliwił polskim ekspertom łatwy dostęp do globalnych standardów w dziedzinie ubezpieczeń, a szczególnie w kwestiach bezpieczeństwa rynku oraz instytucji.

Wymiar międzynarodowy działalności PIU zyskał na znaczeniu wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Izba nawiązała bowiem stały kontakt z grupą deputowanych Europarlamentu zajmujących się sprawami sektora finansowego oraz unijnymi Komisarzami. Za namową PIU polscy posłowie prezentowali na forum

## AKTUALNOŚCI

■ 5 września br. w Brukseli odbyło się spotkanie zarządu przedstawicieli członków sieci FIN-NET, w którym z ramienia Rzecznika Ubezpieczonych uczestniczył – Marcin Kawiński. Spotkanie było kontynuacją aktywnego udziału w tworzeniu jednolitego, europejskiego rynku ubezpieczeń w zakresie ustawowych zadań RU.

■ 17-19 września br. w Warszawie miała miejsce międzynarodowa konferencja zorganizowana przez Urząd Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych pod patronatem Międzynarodowej Organizacji Narodów nad Funduszami Emerytalnymi oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Narodów Ubezpieczeń poświęcona tematyce funkcjonowania nadzoru emerytalnego w zmieniającej się rzeczywistości.

■ 19 września br. w Warszawie odbyła się konferencja prasowa zorganizowana przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, na której UOKiK przedstawił raport w związku z kontrolą wzorców stosowanych w umowach zawieranych z konsumentami przez operatorów turystyki, spółdzielnie mieszkaniowe i deweloperów, operatorów telewizji kablowej oraz niepubliczne szkoły wyższe. W każdym z tych przypadków stwierdził liczne nieprawidłowości. Podczas konferencji mec. Aleksander Daszewski zaprezentował stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych związane z analizą owu, prowadzoną przez Urząd RU.

■ 19 września 2006 r. weszła w życie ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem

struktur unijnych stanowiska i informacje istotne dla polskiego rynku ubezpieczeniowego.

**A.A.:** *Wiele kontrowersji wywołał projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych. Jest to sprawa płatności za leczenie ofiar wypadków drogowych z polisy OC sprawcy wypadku. Firmy ubezpieczeniowe wskazywały, że wprowadzenie 20-procentowego ryczałtu spowoduje wzrost cen polis OC średnio o 30 proc.*

**T.M-Cz.:** PIU po ogłoszeniu ostatniej wersji projektu przekazała na ręce Ministra Zdrowia uwagi zgłoszone przez zakłady ubezpieczeń, a także swoją opinię.

Wskazujemy na konieczność doprecyzowania niektórych przepisów projektu ustawy w celu uniknięcia przyszłych wątpliwości interpretacyjnych. W szczególności dotyczy to jednoznacznego określenia, że opłata na rzecz NFZ nie stanowi części składki przypisanej i jako taka będzie dla zakładów ubezpieczeń obciążeniem parafiskalnym.

Ostatni projekt Ministerstwa zakłada zmniejszenie z 20 do 12 proc. wysokość opłaty ryczałtowej od składki za obowiązkowe OC, ale to też nie jest rozwiązanie. Pragnę zwrócić uwagę, że pomysł finansowania kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych jest powszechny w wielu krajach europejskich. Żeby mówić o dofinansowaniu, trzeba mieć dobrze wyliczone koszty leczenia ofiar wypadków i tak np. w Austrii ryczałtowa formuła funkcjonuje poprawnie. Trzeba czerpać doświadczenia z innych krajów i słuchać tego, co mówią ubezpieczyciele.

**A.A.:** *Przy każdej okazji rozmawiamy o świadomości ubezpieczeniowej naszego społeczeństwa, myślę, że z roku na rok poziom się podnosi dzięki licznym zabie-*

*gom edukacyjnym, w tym także Izby.*

**T.M-Cz.:** To słuszna uwaga, a wynika to na pewno z lepszej, bardziej rzetelnej informacji w prasie fachowej i massmediach. Należy położyć szczególny nacisk na aspekt społeczny popularyzacji wiedzy ubezpieczeniowej. Myślę, że blisko już jesteśmy do wprowadzenia do programów nauczania w szkołach wszystkich poziomów tematyki ekonomii na szczeblu najważniejszym dla każdego, czyli własnych finansów, w tym także w tematyce ubezpieczeń. Wspólnie ze Stowarzyszeniem na Rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP prowadzimy innowacyjny projekt dla szkół – Edukacja Ubezpieczeniowa – który będzie prezentowany w ramach przedmiotu Podstawy Przedsiębiorczości. Myślę, że wspólnymi działaniami wielu środowisk, organizacji funkcjonujących na rynku ubezpieczeń, organów władzy zbudujemy program mogący przynieść zmianę społecznej świadomości ubezpieczeniowej.

**A.A.:** *PIU w swoich wypowiedziach pozytywnie wyraża się o działalności Rzecznika Ubezpieczonych.*

**T.M-Cz.:** Rola Rzecznika jest bardzo złożona, to nie tylko rozpatrywanie skarg, ale edukowanie klientów i rynku. Jak pani widzi, ciągle pozostajemy w obszarze edukacji.

Oczywiście Rzecznik jest niezależną instytucją, służy konsumentom, którzy muszą mieć swoją instancję, gdzie istnieje możliwość polubownego załatwiania skarg. W swojej pracy Rzecznik dowiódł, że jego działania są bardzo skuteczne dla klientów rynku ubezpieczeniowego.

**A.A.:** *Dziękuję za rozmowę.* ■

Rozmawiała: **Anna Arwaniti**

Rzecznik Ubezpieczonych dr **Stanisław Rogowski** został uhonorowany **Medalem 15-lecia Polskiej Izby Ubezpieczeń**.

# Wpływ integracji z Unią Europejską na pozycję konsumentów na polskim rynku ubezpieczeń

**Wśród wielu elementów systemu prawa wspólnotowego (unijnego), istotne miejsce zajmują regulacje zawierające przepisy dotyczące w bardziej lub mniej bezpośredni sposób ochrony konsumentów. Pod ich wpływem zmienia się również treść prawa krajowego państw Unii, przy czym zjawisko to ma charakter procesu zapoczątkowanego w latach 70. ubiegłego wieku i kontynuowanego w różnym tempie i kształcie.**

Pamiętać przy tym trzeba o zróżnicowanym charakterze źródeł prawa wspólnotowego; dyrektywy unijne zajmujące poczesne miejsce w odniesieniu do interesującej nas tu problematyki chociaż nie posiadając charakteru ściśle normatywnego, zawierając jedynie zalecenia dotyczące „harmonizacji prawa wspólnotowego z prawem krajowym”, wytyczają jednak główny kierunek przemian<sup>1</sup>.

Owa harmonizacja nie przebiega w poszczególnych państwach jednakowo, tym bardziej, iż przynajmniej w zakresie dyrektyw konsumencjonalnych, daje się zauważyć ich „minimalny charakter”<sup>2</sup> powodujący, iż konkretne formy dostosowania mogą być rozmaite, przy czym najistotniejszym czynnikiem wpływającym na to, są wewnętrzne uwarunkowania istniejące w danym państwie, zarówno natury prawnej jak i gospodarczej a także społecznej, przejawiające się m.in. w stanie świadomości, zwyczajów i doświadczeń, zwłaszcza związanych z funkcjonowaniem rynku. Obserwując sytuację w państwach Unii, nawet tych najwcześniej zintegrowanych na płaszczyznach trzech najdawniejszych Wspólnot, można stwierdzić, iż mimo upływu czasu oraz obecności w konstytucjach państw członkowskich zasady nadrzędności prawa międzynarodowego nad prawem

krajowym a także orzecznictwa Trybunału Wspólnot i sądów krajowych, zmierzającego ku unifikacji m.in. poprzez powoływanie się na tę zasadę, odmienności te istnieją nadal<sup>3</sup>.

Nie wydaje się, aby zjawisko to miało charakter jednoznacznie negatywny, zwłaszcza gdy dotyczy konkretnych form a nie istoty zasad obecnych w dyrektywach. Tym niemniej owe odmienności, obecne zwłaszcza w dziedzinach funkcjonujących stosunkowo długo i przez to stosunkowo najlepiej ukształtowanych – zaliczyć tu można także ubezpieczenia – mogą spowodować pewne trudności, szczególnie w zakresie względnie nowych zasad i regulacji do jakich należy również ochrona konsumentów. Nie należy przy tym – a odnosi się to zwłaszcza do państw wchodzących dopiero od niedawna w orbitę unijną, w tym i Polski – traktować prawa unijnego (wspólnotowego) jako w pełni ukształtowanego i zamkniętego katalogu norm i zasad, od konkretnego brzmienia których, nie ma odstępstwa. Odwrotnie – można i trzeba poszukiwać oryginalnych dla danego państwa form i mechanizmów obecnych w treści dyrektyw czy w wewnętrznym porządku prawnym „starych” państw Unii zgodnych z istotą i ogólnym kierunkiem owych zasad. Mogą one wręcz wzbogacić dotychczasowe doświadczenia. Po-

stawa pilnego, acz mało kreatywnego uczenia przyniesie, tak jak i w innych dziedzinach, efekty ograniczone. Pewnym nieporozumieniem jest więc, spotykana niekiedy metoda wąskiej interpretacji tekstów dyrektyw i poszukiwania przy każdej okazji, wyraźnych zapisów, które można by dosłownie przenieść do prawa krajowego. Zjawisko takie występowało niekiedy także w trakcie prac nad znajdującymi się w końcowej fazie prac legislacyjnych nad ustawami ubezpieczeniowymi uchwalonymi 22 maja 2003 r.<sup>4</sup>

Inne nieporozumienie wynika z traktowania prawa unijnego, jako zamkniętego i w pełni ukształtowanego systemu prawnego, co stoi, poza wszystkim innym, w zasadniczej sprzeczności z istotą procesu kształtowania się prawa, jako zjawiska historycznego i dynamicznego, który nie ma końca a tylko kolejne postaci i fazy wynikające z różnych czynników i uwarunkowań. Tym regułem podlega także prawo unijne, tym więcej, że jest to system stosunkowo młody, a zmiany uwarunkowań związane chociażby z nabywaniem członkostwa przez kolejne państwa, implikują szybsze przemiany niż w tradycyjnych gałęziach prawa.

Tak więc nie możemy oczekiwać, że wprowadzając do prawa krajowego nawet najbardziej aktualne regulacje unijne, zakończymy proces jego modernizacji. Oczywiście nie może to oznaczać rezygnacji z prób tworzenia prawa odpowiadającego obowiązującemu kształtowi zasad unijnych i zapewniającego stabilizację stanu prawnego, trwalszą niż miało to miejsce w ostatnich latach właśnie w ubezpieczeniach. Nie oczekujemy jednak, że w perspektywie kilku lat nie nastąpi konieczność zmian niektórych przepisów, nawet tych, które w chwili obecnej są zgodne z aktualnym prawem unijnym.

## AKTUALNOŚCI

finansowym (DzU z 2006 r., nr 157, poz. 1119) powołująca Komisję Nadzoru Finansowego. W pierwszym etapie połączone zostaną nadzory ubezpieczeniowy i giełdowy, a od 2008 roku Komisja Nadzoru Finansowego przejmie nadzór nad bankami.

■ Rzecznik Ubezpieczonych zaopiniował projekt dokumentu „Analiza propozycji rozwiązań systemu organizacji wypłaty świadczeń ze środków gromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych” przekazany przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

■ Przedstawiciele Rzecznika Ubezpieczonych uczestniczyli w zorganizowanym przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej spotkaniu uzgodnieniowym dotyczącym projektu ustawy o zmianie ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych oraz niektórych innych ustaw.

■ Minister Zdrowia przekazał Rzecznikowi Ubezpieczonych do zaopiniowania projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

■ Rzecznik Ubezpieczonych zapoznał się z treścią przygotowanego przez PiS projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz zmianie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym. Projekt ten został przez PiS złożony do Komisji Rozwoju Regionalnego, skąd trafił do Podkomisji ds. Rzemiosła. Proponowane

Zjawisko to wcale nie musi wynikać ze złego tworzenia prawa. Stabilność jest ważną, lecz nie jedyną cechą świadcząca o jego wartości. Równie ważnym, a może i ważniejszym jest dostosowanie obowiązującego prawa do zmieniających się uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych w taki sposób, aby nie hamowało ono rozwoju, lecz go pobudzało. Dobrze jest w związku z tym, gdy czyni się próby pewnego wyprzedzania regulacji prawnych w stosunku do aktualnego stanu tychże uwarunkowań, zwłaszcza natury formalnej.

Wymóg ten, jak się wydaje, spełnili twórcy ustaw ubezpieczeniowych, przynajmniej w zakresie interesującej nas tu problematyki i to zarówno w regulacjach instytucjonalnych, bezpośrednio odnoszących się do ochrony interesów i praw ubezpieczonych, jak i w przepisach tworzących płaszczyznę właściwego funkcjonowania rynku ubezpieczeń i stosunków ubezpieczeniowych.

Warto tu podkreślić, że inspiracje i wzorce wynikające z prawa unijnego, były stosowane już wcześniej, zarówno w kolejnych nowelizacjach ustawy o działalności ubezpieczeniowej jak i tzw. ustawodawstwie konsumenckim w tym zwłaszcza w ustawach: z 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (DzU nr 22 poz. 271) i z 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (DzU nr 122 poz. 1319), a także ustawie z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DzU nr 133 poz. 885 z późn. zm.). Pozytywne zmiany, zgodne z prawodawstwem wspólnotowym przyniosła przede wszystkim pierwsza z tych ustaw wprowadzając m.in. istotne modyfikacje i uzupełnienia przepisów kodeksu cywilnego, kodeksu postępowania cywilnego a także kodeksu wykroczeń, chroniące interesy konsumentów, m.in. poprzez znaczne ograniczenie dowolności kształtowania wzorców umownych ze strony producentów dóbr i usług. Obecna

w kodeksie cywilnym konstrukcja tzw. klauzul abuzywnych odnosząca się w ubezpieczeniach do tekstów ogólnych warunków ubezpieczeń, daje możliwość realnego wpływu na osiągnięcie faktycznej a nie tylko formalnej równości stron umowy także poprzez wprowadzanie instytucjonalnych instrumentów ochrony, w tym sankcji za nieprzestrzeganie owych przepisów<sup>5</sup>.

Niezależnie od sporów występujących w doktrynie oraz niejednorodnych ujęć prawnych w zakresie podmiotowego zakresu pojęcia konsumenta w ubezpieczeniach<sup>6</sup>, stan ten zbliżył nas do poziomu ochrony obecnego w tym zakresie w państwach Unii, mimo – że jak na razie – głównie w sferze teoretycznej, bowiem praktyka znajduje się tu jeszcze w stosunkowo wczesnej fazie rozwoju.

Sytuacja ta wskazuje na ważny aspekt omawianej problematyki, dość zresztą oczywisty i występujący także w innych gałęziach prawa; wprowadzenie do systemu słabo znanych i nie zawsze powszechnie akceptowanych nowych konstrukcji jest dopiero początkiem drogi ich realnego funkcjonowania. Niestety, polskie doświadczenia wskazują, że niejednokrotnie proces taki ulega w tym momencie znacznemu spowolnieniu, a samozadowolenie z wprowadzenia zmian powoduje iż mają one charakter fasadowy i w gruncie rzeczy – niewiele zmieniają. Oprócz swego rodzaju niedbalstwa stojącego u podstaw takich sytuacji, wpływa także na to organizacyjno – formalna słabość organów, które posiadają w tym zakresie określone kompetencje i obowiązki (zwłaszcza sądów), brak pełnej akceptacji ze strony części producentów usług a także słaba znajomość nowych przepisów głównie ze strony ich beneficjentów.

Są to okoliczności mogące w istotny sposób zahamować faktyczną implantację norm unijnych do porządku prawnego państw, w których transformacja systemowa zapoczątkowana została stosunkowo niedawno.

Odnosząc się do aktualnego stanu prawa ubezpieczeniowego, stwier-

dzić trzeba, iż ustawy obowiązujące od 01.01.2004 r. przyniosły w interesującym nas zakresie mimo pewnych zastrzeżeń, pozytywne zmiany. Nie mając – z powodu sukcesywnie wprowadzanych regulacji, o których wyżej była mowa a także ze względu na brak kompleksowych zmian odpowiednich przepisów kodeksu cywilnego, zwłaszcza dotyczących umowy ubezpieczenia – przełomowego charakteru, stanowi swego rodzaju podsumowanie i zakończenie etapu przemian systemowych zapoczątkowanych w 1990r., upodabniając w znacznym stopniu przepisy prawa polskiego do powszechnie obowiązujących regulacji rynkowych, na kształt których wpływa w istotny sposób prawo unijne.

Do regulacji wynikających bądź bezpośrednio z dyrektyw unijnych, bądź z praktyki stosowanej w krajach Unii, w istotny sposób polepszających pozycję konsumenta można m.in. zaliczyć w ustawie o działalności ubezpieczeniowej:

- uporządkowanie systemu pozyskiwania danych, poprzez ustanowienie procedury postępowania odszkodowawczego prowadzonego przez zakład ubezpieczeń w związku ze zgłoszoną szkodą, w tym wyraźne określenie ciężącego na nim obowiązku udostępniania ubezpieczającym i ubezpieczonym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i wysokość odszkodowania (świadczenia), (art. 16 oraz art. 25 ust. 3);
- nałożenie obowiązku udostępniania informacji i materiałów będących w posiadaniu: sądów, prokuratury, policji, innych organów i instytucji gdy z wnioskiem o udostępnienie takich danych wystąpi zakład ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Rzecznik Ubezpieczonych – a dane te są niezbędne do ustalenia okoliczności, wypadku i wysokości należnego od-

szkodowania (świadczenia), (art. 22 i 25 ust. 1 i 2);

- modyfikacja przepisów Kodeksu Cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia (Tytuł XXVII k.c.) o zapisy będące konsekwencją przemian rynku ubezpieczeniowego wywołanych zmianami systemowymi po 1989 roku, w tym szczególnie odnoszących się do prokonsumenckich ustaleń,

dzających w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych) oraz podstawach ich ustalania; informacje takie powinny zawierać m.in. analizę szkodowości oraz kosztów obsługi ubezpieczenia uzasadniającą wprowadzenie zmiany w taryfie; z punktu widzenia ochrony interesów ubezpieczonych jest to o tyle

### **Realizacja prokonsumenckich celów i zamierzeń uzależniona będzie od umiejętności i aktywności różnych czynników w poszczególnych państwach Unii.**

np. objęcie statusem konsumenta wszystkich osób będących stroną umowy ubezpieczenia, nadanie ramowego kształtu ogólnym warunkom umowy ubezpieczenia, odrębne zdefiniowanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, że wymienimy tylko najważniejsze zmiany (art. 384 § 5 i 812 kc);

- zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do zamieszczenia w warunkach umowy ubezpieczeń na życie określonych w ustawie informacji, pozwalającej potencjalnemu ubezpieczającemu pełniej ocenić treść umowy i dostosować produkt do potrzeb osoby ubezpieczonej (art. 13).

W ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych:

- wprowadzenie obowiązku przedstawiania organowi nadzoru przez zakład ubezpieczeń informacji o taryfach składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia obowiązkowe (ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, ubezpieczenie OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego, ubezpieczenie budynków wcho-

interesujący zapis, iż organ nadzoru będzie miał możliwość obserwowania zmian w taryfach oraz przyczyn ich wprowadzania (art. 8);

- doprecyzowanie przepisów związanych z terminem wypłaty odszkodowania oraz obowiązków zakładu ubezpieczeń związanych z ustaleniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokością odszkodowania (art. 14);<sup>7</sup>
- objęcie ochroną ubezpieczeniową OC posiadaczy pojazdów na terytorium państw Unii Europejskiej oraz Węgier, Czech, Słowacji, Słowenii, Chorwacji, Szwajcarii, Cypru i Islandii, połączonych umową dotyczącą zaspokajania roszczeń wynikających z międzynarodowego ruchu pojazdów (art. 25 ust. 2, też: 162 i 163);
- wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących opłat karnych za niespełnienie ustawowego obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia; korzystniejsze dla ubezpieczonych są tu dwie regulacje:
  - gradacja wysokości opłat powiązana z okresem opóźnienia spełnia obowiązek ubezpieczenia, (art. 88 ust. 3);
  - wprowadzenie unormowań dotyczących utworzenia ośrod-

## AKTUALNOŚCI

w nim zmiany dotyczą zawężenia wypłat z ubezpieczenia OC i casco do tych szkód, które będą likwidowane przez podmioty gospodarcze, które wystawiają faktury i rachunki.

■ Rzecznik Ubezpieczonych opracowuje dwa kolejne wnioski do Sądu Najwyższego. Pierwszy dotyczy uwzględniania w odszkodowaniach podatku VAT. Drugi wniosek dotyczy zagadnienia: czy jest osobą trzecią (uprawnioną do odszkodowania) jeden ze współmałżonków w sytuacji, gdzie sprawcą jest drugi współmałżonek i kiedy nie ma między nimi rozdzielności majątkowej?

■ Rzecznik Ubezpieczonych na prośbę Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w związku z prowadzonym przez Prezesa UOKiK postępowaniem wobec PZU S.A. w sprawie podejrzenia stosowania w procedurze likwidacji szkody w ramach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, przekazał swoją opinię w kwestiach:

- stosowania przy szacowaniu wysokości szkody wartości części zamiennych o porównywalnej jakości,
- wypłacenia odszkodowania w kwocie netto,
- wykorzystywania zasad do ustalenia odszkodowania w razie tzw. „szkody całkowitej”,
- odmowy naprawy pojazdu, jeżeli koszt tej naprawy przekracza 70% wartości rynkowej pojazdu,
- stosowania tzw. „amortyzacji” części przy ustaleniu wysokości szkody,
- braku informacji w dokumentacji szkodowej

ka informacji o umowach ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i powierzenie funkcji Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu (art. 102 i nast.).

W ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym:

- wprowadzenie ostrzejszych wymagań odnośnie pośredników w tym zwłaszcza agentów, w szczególności takich jak: brak karalności za oznaczone rodzaje przestępstw, rękojmia należytego wykonywania swoich czynności, wykształcenie, obowiązek szkolenia w kształcie programowym określonym przez Ministra Finansów zakończonego egzaminem, którego zakres i tryb także ustala Minister (art. 7, 9, 28);
- wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla agentów ubezpieczeniowych wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń (art. 11 ust. 3);
- stworzenie powszechnie dostępnego i aktualizowanego rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego obok rejestru brokerów przez organ nadzoru (art. 40 i 44).

W ustawie o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych:

- zapis umożliwiający Rzecznikowi Ubezpieczonych stworzenie sądownictwa polubownego dla ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia toczących spór z zakładami ubezpieczeń oraz członków otwartych funduszy emerytalnych i uczestników pracowniczych programów emerytalnych (art. 20 pkt 5)<sup>8</sup>.
- rozszerzenie kompetencji Rzecznika o prawo zwracania się do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały mającej na celu wyjaśnienie przepisów prawnych budzących wątpliwości lub których stosowanie wywołało roz-

bieżności w orzecznictwie (art. 28).<sup>9</sup>

Charakter i zakres tych i innych zmian potwierdzają, iż zbliżenie z Unią Europejską musi przynieść upodobnienie regulacji prawnych, co nie oznacza ich całkowitej i dosłownej unifikacji.

Ogromną rolę odegra praktyka i chęć dostosowania się do prorynkowych – w nowoczesnym rozumieniu tego pojęcia – reguł i przepisów. Wydaje się, że sytuację taką wymusza także uwarunkowania współpracy a zwłaszcza konkurencji już istniejące, a w dalszej perspektywie, rozszerzone i wzmocnione, z otwarciem rynku świadczenia usług ubezpieczeniowych na czele.

Przestrzec jednak należy przed oczekiwaniami automatycznej realizacji tych celów; integracja z Unią stwarza tu jedynie pozytywne uwarunkowania i odniesienia rozwijające i wzbogacające rynek, do których należy również ochrona konsumenta. Realizacja prokonsumenckich celów i zamierzeń uzależniona będzie od umiejętności i aktywności różnych czynników w poszczególnych państwach Unii. Odnosi się do właściwych organów państwa, instytucji rynku ubezpieczeń a wreszcie do organizacji pozarządowych, które mogą i powinny w stymulujący sposób oddziaływać na samych zainteresowanych i tworzyć prokonsumenckie wzorce i mechanizmy działania. Tylko wówczas sprzyjająca sytuacja, wynikająca z inkorporacji zasad prawa unijnego, ma szansę być we właściwy sposób wykorzystana.

Nie można również nie dostrzegać pewnych zagrożeń, wynikających z niektórych regulacji prawnych, odnoszących się do prawa swobody świadczenia usług (r. VII ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W chwili obecnej już ponad 200 zakładów zgłosiło zamiar wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terytorium Polski. Trudno ocenić jakie będą faktyczne rozmiary prowadzenia tej działalności, jak również sprzedaży ubezpieczeń także drogą internetową. Z jednej strony

oznaczać to będzie zwiększenie konkurencyjności co zawsze – najogólniej ujmując – sprzyja konsumentom.

Z drugiej jednak pojawić się mogą problemy wynikające przede wszystkim z niewielkich, a właściwie niemal żadnych kompetencji organów chroniących konsumentów, w stosunku do działalności nowych podmiotów którym zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzieliły organy innych państw Unii. Zasada jednolitego nadzoru nie pozostawia tu krajowemu nadzorowi żadnych uprawnień kontrolno nadzorczych poza przyjęciem wspomnianej wyżej notyfikacji i prawie przedstawiania swych uwag dotyczących ewentualnych naruszeń prawa or-

ganowi nadzoru danego państwa, jednak bez prawa domagania się konkretnych zachowań tego ostatniego w tym nawet informacji o zajętych stanowisku.

Problematyka ta zasługuje na odrębne omówienie – tu jedynie wskażę na niektóre, jak się wydaje najistotniejsze kwestie.

Innym – stricte prawnym zagadnieniem – jest stosowanie obowiązujących przepisów kolizyjnych i ewentualna potrzeba ich nowelizacji.<sup>10</sup>

Oczywiście można oczekiwać, że praktyka w tym zwłaszcza współpraca właściwych organów państw Unii pozwoli wypracować – przy ogólnym pozytywnym nastawieniu prokonsumentckim – zasady i metody które będą uzupełniać istnie-

jące braki i niedopowiedzenia w regulacjach prawnych. Nie wydaje się jednak aby zlikwidowało to potrzebę obserwacji i analizy prawnodogmatycznej; jest to zresztą wymóg dość oczywisty i dotyczący różnych sfer prawa która jest – raz jeszcze przypomnijmy – zjawiskiem dynamicznym, oczywiście jeżeli ma spełniać rolę regulatora stosunków społecznych i gospodarczych. ■

**dr Stanisław Rogowski**

Artykuł ukazał się  
w „Szkicach o ubezpieczeniach”  
wydawnictwa Akademii  
Ekonomicznej w Poznaniu.

<sup>1</sup> Kazimierz Kruczalak „Dostosowanie polskiego prawa ubezpieczeniowego do prawa europejskiego (prawa wspólnotowego) w; Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej” 4, pod red. T. Sangowskiego, Bydgoszcz Poznań 2002., str. 115.

<sup>3</sup> Zasada ta obecna jest również w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 87 ust.1). Nie wchodząc tu w istniejący w nauce spór, czy prawo wspólnotowe jest częścią prawa międzynarodowego czy też stanowi odrębną dziedzinę, przyjąć trzeba, iż przynajmniej w odniesieniu do ratyfikowanych umów międzynarodowych dotyczących różnych aspektów funkcjonowania Unii, taka właśnie hierarchia źródeł prawa obowiązuje.

<sup>4</sup> M.in. we wstępnej fazie tych prac kwestionowano m.in. potrzebę istnienia Urzędu Rzecznika Ubezpieczonych używając właśnie podobnej argumentacji.

<sup>5</sup> Mowa tu zwłaszcza o art. 384, 3841, 385, 3851, 3852, 3853, 3854 k.c., 4791, 47935 – 47945 k.p.c. oraz art. 138b k.w.

<sup>6</sup> O tym m.in. S. Rogowski, Ochrona konsumentów usługi ubezpieczeniowej w prawie polskim, w: Ubezpieczenia w gospodarce ... str. 79 i nast.

<sup>7</sup> Rzecznik Ubezpieczonych zabiegał o zmiany w tym zakresie, w szczególności z uwagi na fakt, że w indywidualnych skargach kierowanych do Urzędu Rzecznika przez konsumentów często powtarzały się problemy z nieterminowością realizacji zobowiązań z ubezpieczeń obowiązkowych oraz informowaniem poszkodowanych o przebiegu likwidacji szkód, por. roczne sprawozdanie RU.

<sup>8</sup> W sytuacji znacznego przedłużania się postępowania przed sądami powszechnymi, co wynika głów-

nie z przyczyn materialno – organizacyjnych, a także stosunkowo znacznych kosztów sądowych, sądy polubowne powinny odegrać pozytywną, prokonsumentcką rolę. Należy podkreślić, że podobne instytucje są znane w niektórych państwach Unii (m.in. w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Finlandii) i zajmują tam ważne miejsce w rozstrzyganiu sporów właśnie w sektorze ubezpieczeń. W Polsce, podobne rozwiązania wprowadzono niedawno w zakresie funkcjonowania banków. Niestety, odnotować należy sporą, jak dotychczas, powściągliwość większości zakładów ubezpieczeń przed poddaniem sporów z klientami tej procedurze.

<sup>9</sup> W tym zakresie w nowelizacji z dnia 17 sierpnia 2005 r. (DzU nr 143, poz. 1204) art. 28 został skreślony. W tej sytuacji zakres kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych został ograniczony do występowania do Sądu Najwyższego w przypadku rozbieżności istniejących w orzecznictwie, co zresztą zrównuje go z uprawnieniami pozostałych organów mogących zwracać się do Sądu Najwyższego o podjęcie takiej uchwały (por. art. 60 ust. 2 ustawy o Sądzie Najwyższym z 2002 r. DzU nr 240 poz. 2052). Jak dotąd Sąd Najwyższy podjął jedną uchwałę dzieląc stanowisko Rzecznika (uchwała składu siedmiu sędziów SN z 22 kwietnia 2005 r. III CZP 99/04). W ostatnim czasie Rzecznik Ubezpieczonych skierował do Sądu Najwyższego cztery kolejne wnioski.

<sup>10</sup> W tej sprawie – E. Kowalewski „Problematyka kolizyjnego prawa ubezpieczeniowego”, „Państwo i Prawo” nr 2/2005 r.



## AKTUALNOŚCI

o stosowaniu przy wycenie cen netto, udostępnienia dokumentacji i informacji mających wpływ na wysokość odszkodowania.

■ 21 września br. w Poznaniu odbyło się seminarium zorganizowane przez Akademię Ekonomiczną w Poznaniu poświęcone pamięci prof. Tadeusza Sangowskiego – „Profesorowi Tadeuszowi Sangowskiemu – in memoriam”.

■ 25-27 września br. w Szklarskiej Porębie miała miejsce konferencja zorganizowana przez Katedrę Inwestycji Finansowych i Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu pt. „Inwestycje finansowe i ubezpieczeniowe. Tendencje światowe a rynek polski”.

■ 5 października br. w Warszawie odbyła się konferencja zorganizowana przez firmy z sektora IT-ATENA Usługi Informatyczne i Finansowe Sp. z o.o., IBM Polska oraz SAP Polska pt. „Jak Cię widzą... tak Cię kupują. Towarzystwo ubezpieczeń w oczach klienta i agenta”.

■ 14-15 listopada br. w Poznaniu odbyła się ogólnopolska konferencja zorganizowana przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa ELSA pt. „Przełom w ubezpieczeniach. Projekt zmian regulacji prawnej umowy ubezpieczenia”

■ W okresie III kwartałów 2006 r. do Biura R.U. wpłynęło 4793 skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. W porównaniu z analogicznym okresem roku ubiegłego liczba ta wzrosła o 1352 skargi.

# Skargi kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych dotyczące problematyki ubezpieczeń gospodarczych oraz zabezpieczenia emerytalnego w okresie 3 kwartałów 2006 r.

## I. ROZPATRYWANIE SKARG INDYWIDUALNYCH Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH

W okresie 3 kwartałów 2006 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 4793 pisemnych skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Należy podkreślić, iż liczba skarg odnoszących się do przedstawianej problematyki wykazuje tendencję wzrostową.

Dla porównania – w okresie 3 kwartałów 2005 roku ich liczba wynosiła 3441.

W przedstawianym okresie sprawozdawczym – podobnie jak w minionych latach, najliczniejsza grupa skarg, odnosiła się do ubezpieczeń komunikacyjnych – 2981 skarg (62,2%). Wśród nich najwięcej skarg odnotowano na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – 1947 skarg (40,6%), oraz ubezpieczenie auto-casco – 642 skargi (13,4%). Ubezpieczający w skargach dotyczących składek na ubezpieczenia komunikacyjne (297 skarg tj. 6,2%), skarżyli się przede wszystkim na: występowanie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych do którego doszło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza; problemy z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za OC komunikacyjne w następstwie zbycia pojazdu; wysokość składek na

ubezpieczenia komunikacyjne. Ponadto część skarg dotyczyła Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w tym najczęściej nakładania opłat tytułem niedopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych, zgłaszanych do Funduszu po 28 skarg (0,6%). Pozostałe wystąpienia skarżących dotyczyły ubezpieczenia Zielonej Karty – 19 skarg (0,4%), ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – 11 skarg (0,2%) oraz ubezpieczeń assistance – 9 skarg (0,2%) (tabela nr 1).

Drugie miejsce z uwagi na liczbę, zajmowały skargi dotyczące ubezpieczeń na życie – łącznie 733 skargi, co stanowiło 15,3% 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 tej grupie w okresie 3 kwartałów 2006 roku odnotowano 108 spraw tj.

2,3%. Drugi rodzaj umów wchodzących w zakres skarg dotyczących ubezpieczeń na życie to umowy zawarte po 1989 roku. Spory najczę-

ściej dotyczyły odmowy uznania roszczenia przez zakład ubezpieczeń, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieściło się w granicach

ochrony gwarantowanej umową lub z powodu zatajenia lub podania przez ubezpieczonego niewłaściwych informacji o stanie jego zdro-

**Tabela nr 1.** Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba	%
Ubezpieczenia komunikacyjne:	2981	62,2
- OC	1947	40,6
- AC	642	13,4
- Zielona Karta	19	0,4
- Assistance	9	0,2
- Składki: sposób naliczania, wymiar, zwrot, tzw. podwójne ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych	297	6,2
- NNW kierowcy i pasażerów	11	0,2
- UFG (kary i regres)	28	0,6
- UFG (dot. likwidacji szkód)	28	0,6
Ubezpieczenia na życie:	733	15,3
Ubezpieczenia zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	108	2,3
Ubezpieczenia zawarte po 1989 r.	625	13,0
- Ubezpieczenia na życie	240	5,0
- Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci	5	0,1
- Ubezpieczenia na życie z ub. funduszem kapitałowym	61	1,3
- Ubezpieczenia rentowe	1	0,0
- Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (z opcją NNW)	318	6,6
Ubezpieczenia mienia	236	4,9
OC (pozostałe)	348	7,3
Ubezpieczenia NNW	77	1,6
Ubezpieczenia NNW młodzieży szkolnej	22	0,5
Ubezpieczenia zdrowotne:	5	0,1
- Ubezpieczenie dziennego pobytu szpitalnego	4	0,1
- Ubezpieczenie operacji	1	0,0
Ubezpieczenia turystyczne:	39	0,8
- Ubezpieczenia kosztów leczenia podczas pobytu za granicą	27	0,6
- Ubezpieczenia bagażu	8	0,2
- Ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży	4	0,0
Ubezpieczenia finansowe:	9	0,2
- Ubezpieczenie kredytu	5	0,1
- Ubezpieczenie ryzyk finansowych	2	0,05
- Ubezpieczenia kart płatniczych	2	0,05
OC rolników	31	0,7
Ubezpieczenia budynków w gospodarstwach rolnych	24	0,5
Ubezpieczenia zwierząt w gospodarstwie rolnym	2	0,0
Ubezpieczenia rybackie	1	0,0
Ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej	1	0,0
Składki (pozostałe): sposób naliczania, wymiar, zwrot	31	0,7
Upadłość zakładów ubezpieczeń	4	0,1
UFG (upadłości)	1	0,0
Regresy	43	0,9
Interpretacja przepisów ubezpieczeniowych	124	2,6
Procedury stosowane przez zakład ubezpieczeń	29	0,6
Brak danych umożliwiających podjęcie interwencji w sprawie	40	0,8
Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	12	0,2
<b>Ogółem</b>	<b>4793</b>	<b>100</b>

wia przed zawarciem umowy ubezpieczenia; zbyt niskiej wobec oczekiwań tzw. wartości wykupu polisy, proponowanej osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania (tzw. wykup polisy) czy spory wynikające z okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia, zwłaszcza niewłaściwa ocena

noszące się do ubezpieczenia mienia na wypadek kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych – 236 skarg (4,9%). Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez zakład ubezpieczeń były najczęściej: brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją zakresu ochrony wynikającej z zawartej

z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenia, gdy – zdaniem zakładu ubezpieczeń – nie mieści się ono w granicach określonych warunkami umowy ubezpieczenia oraz spory o wysokość odszkodowania – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zaniżenia rozmiaru procentowego uszczerbku na zdrowiu, jak też

**Tabela nr 2.** Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Przyczyna skargi	Liczba	%
1.	Zaniżone odszkodowanie/świadczenie	1853	38,7
2.	Odmowa odszkodowania/świadczenia	1565	32,6
3.	Opieszałość w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym	608	12,7
4.	Zaniżona wartość wykupu polisy (dot. ub. na życie)	61	1,3
5.	Odmowa wykupu wartości polisy (dot. ub. na życie)	11	0,2
6.	Opieszałość w wykupie polisy (dot. ub. na życie)	6	0,1
7.	Zmiana sumy ubezpieczenia	4	0,1
8.	Zmiana owu w trakcie trwania umowy	8	0,2
9.	Odmowa przejścia opłacania składek (dot. ub. na życie)	9	0,2
10.	Odmowa kontynuacji ubezpieczenia	12	0,2
11.	Inne, w tym; wysokość składek, poprawność ich naliczania, zwrot składek; interpretacja przepisów ubezpieczeniowych; kara za brak OC kom.; regresy	626	13,1
12.	Brak wyraźnej przyczyny skargi	18	0,4
13.	Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych	12	0,2
14.	<b>Ogółem</b>	<b>4793</b>	<b>100</b>

produktu przez ubezpieczających – łącznie takich skarg odnotowano 625 (13,0%).

Wzrosła liczba skarg zawierających zarzuty odnoszące się do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym jak również w związku z wykonywanym zawodem – 348 skarg (7,3%). 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 wynikającej z zakresu zawartej umowy oraz zbyt niską kwotą ustalonego odszkodowania wynikającą ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy od-

umowy, wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia; niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w ogólnych warunkach umowy; nieopłacenie w terminie składki lub jej raty oraz niedopełnienie wymogów ustalonych dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

W okresie 3 kwartałów 2006 roku odnotowano 124 (2,6%) wystąpienia zawierające zapytania dotyczące interpretacji przepisów ubezpieczeniowych, w tym 56 spraw dotyczyło odmowy udostępniania akt szkodowych.

Następna grupa skarg dotyczyła ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – łącznie 99 skarg (2,1%), w tym skarg odnoszących się do ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków młodzieży szkolnej – 22 (0,5%). Przyczyną tych skarg były najczęściej problemy dotyczące odmowy przyznania odszkodowania

zbyt niskiej kwoty przyznanego odszkodowania.

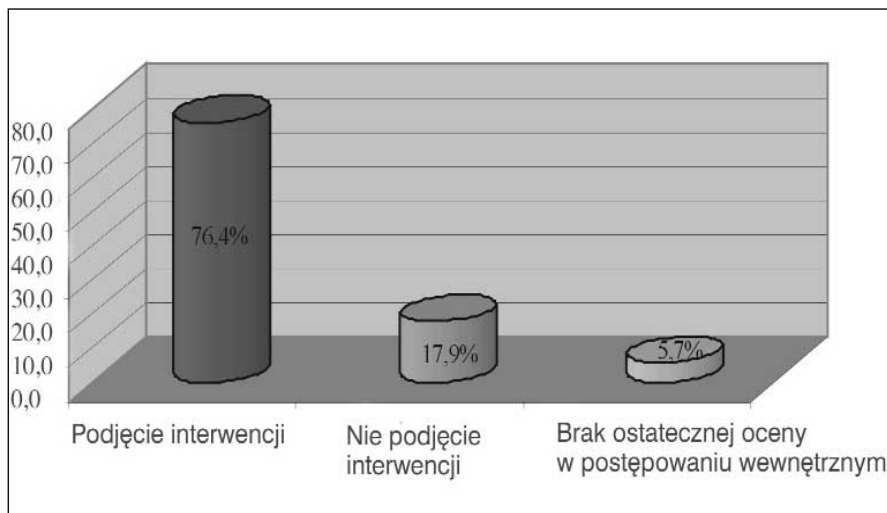
W okresie objętym sprawozdaniem, tak jak w latach poprzednich zdecydowanie dominowały zarzuty zawarte w trzech grupach problemów (tabela nr 2):

- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia – 1853 skargi (38,7%);
- oddalenia roszczenia zgłaszanego z tytułu umowy ubezpieczenia – 1565 skarg (32,6%);
- opieszałości w prowadzonym postępowaniu odszkodowawczym – 608 skarg (12,7%).

Inne przyczyny skarg tj. 626 (13,1%) dotyczyły między innymi: wysokości, poprawności naliczania oraz zwrotu składek; interpretacji przepisów ubezpieczeniowych; nakładania i egzekwowania opłat za niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia oraz regresów.

W omawianym okresie sprawozdawczym 61 spraw (1,3%) dotyczyło

**Wykres nr 3.** Tryb rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartałów 2006 r.



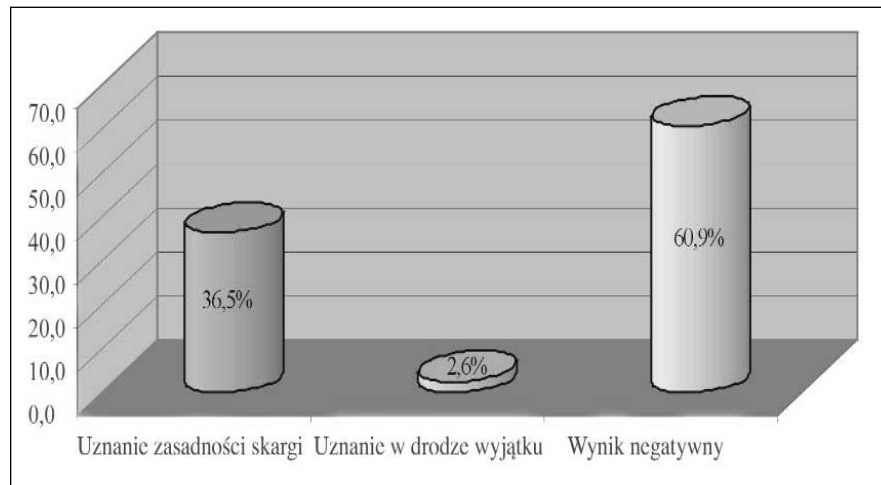
zbyt niskiej wobec oczekiwań tzw. wartości wykupu polisy odnoszącej się do ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

W większości spraw, tj. 3661 (76,4%) Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję (wykres nr 3). Podjęcie interwencji w danej sprawie miało miejsce wówczas gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub interes osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. Jej podjęcie odmówił w 856 przypadkach, co stanowiło 17,9% wszystkich skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych. Podstawową przyczyną niepodjęcia interwencji było stwierdzenie, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na stwierdzenie naruszenia prawa bądź interesów ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia.

Nie podejmowano również interwencji w sprawach kierowanych do Rzecznika jako do kolejnego adresata („do wiadomości”), gdyż ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą. Pewna grupa spraw wymagała uzupełnienia w zakresie opisu stanu faktycznego, bez których dalsze badanie jej było niemożliwe.

Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji zaliczono również przypadki, w których toczy się

**Wykres nr 4.** Wynik interwencji spraw zakończonych podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu ubezpieczeń gospodarczych w okresie 3 kwartałów 2006 r.



postępowanie przed sądem, zapadły już wyroki sądowe lub zawarto ugodę z zakładem ubezpieczeń, która zawierała zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń.

W 276 sprawach, co stanowiło 5,7% skarg z uwagi na znaczny wzrost dynamiki wnoszonych skarg nie dokonano jeszcze ostatecznej oceny w postępowaniu wewnętrznym i dopiero jego zakończenie pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie dalszego postępowania.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartałów 2006 roku łącznie w odniesieniu do 1038 skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, co stanowiło 39,1% wszystkich spraw zakończonych, w tym 68 spraw zostało uznanych w drodze wyjątku (2,6%) (wykres nr 4).

1620 spraw zostało zakończonych wynikiem negatywnym, co stanowiło 60,9% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych 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.

1049 spraw nadal pozostaje przedmiotem analizy Rzecznika Ubezpieczonych, co stanowi 28,6% wszystkich spraw, w których podjęta została interwencja.

W okresie 3 kwartałów 2006 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło łącznie 760 skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale I.

**Tabela nr 5.** Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu I kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych – w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział I	Liczba	Procent ogólnej liczby skarg	Udział z.u. w rynku (stan na 30.06.2006 r.)
1.	AEGON TU na Życie S.A.	4	0,526	8,083
2.	TU Allianz Życie Polska S.A.	12	1,579	8,542
3.	PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	46	6,053	7,368
4.	ASPECTA Życie TU S.A.	-	-	0,080
5.	BENEFIA TU na Życie S.A.	1	0,132	0,131
6.	TU na Życie Cardif Polska S.A.	33	4,342	1,678
7.	Commercial Union Polska TU na Życie S.A.	29	3,816	11,638
8.	TU na Życie Compensa S.A.	13	1,711	0,831
9.	WTUŻiR Concordia Capital S.A.	1	0,132	0,027
10.	STU na Życie Ergo Hestia S.A.	9	1,184	0,838
11.	TU na Życie Europa S.A.	2	0,263	1,601
12.	FinLife TU na Życie S.A.	7	0,921	0,383
13.	Generali Życie TU S.A.	18	2,368	2,285
14.	Gerling Polska TU na Życie S.A.	6	0,789	1,222
15.	TU na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A.	22	2,895	5,936
16.	TU INTER -ŻYCIE Polska S.A.	3	0,395	0,038
17.	MACIF Życie TUW	-	-	0,005
18.	MetLife TU na Życie S.A.	6	0,789	0,562
19.	NL TU na Życie S.A.	2	0,263	0,090
20.	Nordea Polska TU na Życie S.A.	11	1,447	2,357
21.	TU na Życie Polisa – Życie S.A.	46	6,053	0,276
22.	PRAMERICA Życie TUiR S.A.	-	-	0,690
23.	PZU Życie S.A.	431	56,711	37,446
	● Ub. zawarte przed 1989 r. (tzw. stary portfel)	108		
	● Ub. na życie zawarte po 1989 r.	323		
24.	TUW Rejent Life	-	-	0,049
25.	Royal Polska TU na Życie S.A.	9	1,184	0,515
26.	Signal Iduna Życie Polska TU S.A.	2	0,263	0,057
27.	Skandia Życie TU S.A.	6	0,789	2,629
28.	TU na Życie SKOK S.A.	2	0,263	0,255
29.	UNIQA TU na Życie S.A.	1	0,132	0,828
30.	Uniwersum – Życie TU S.A.	-	-	0,018
31.	TUnŻ WARTA S.A.	16	2,105	2,409
32.	Winterthur Życie TU S.A.	12	1,579	1,135

Na funkcjonowanie określonych zakładów ubezpieczeń działu I odnotowano 750 wystąpień (tabela nr 5). W czterech przypadkach sprawa dotyczyła zagranicznego podmiotu, a w sześciu sprawach brak było wskazania nazwy zakładu ubezpieczeń na życie, którego dotyczyła skarga.

W omawianym okresie sprawozdawczym skarg odnoszących się do nieprawidłowości w dziale II odnotowano łącznie 3965.

Na działalność poszczególnych zakładów ubezpieczeń działu II

wpłynęło 3895 skarg (tabela nr 6). W odniesieniu do 55 spraw skarżący nie określili nazwy zakładu ubezpieczeń działu II będącego podmiotem skargi. W 9 przypadkach wystąpienia skarżących odnosiły się do funkcjonowania podmiotów ustanowionych przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń jako reprezentat do spraw roszczeń na terenie Polski. Cztery skargi odnotowano na działalność zagranicznych zakładów ubezpieczeń i dwie na Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

## II. ROZPATRYWANIE SKARG DOTYCZĄCYCH PROBLEMATYKI OTWARTYCH FUNDUSZY EMERYTALNYCH

W okresie 3 kwartałów 2006 roku do Biura Rzecznika Ubezpieczonych wpłynęło 171 pisemnych skarg dotyczących zabezpieczenia emerytalnego.

Najliczniejsza grupa skarg, które wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych odnosiła się do funkcjonowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

**Tabela nr 6.** Liczba skarg na poszczególne zakłady ubezpieczeń działu II kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych – w porównaniu do ich udziału w rynku w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Zakłady ubezpieczeń dział II	liczba	Procent ogólnej liczby skarg	Udział z.u. w rynku (stan na 30.06.2006 r.)
1.	AIG Polska TU S.A.	7	0,177	1,072
2.	TU Allianz Polska S.A.	254	6,406	6,630
3.	BENEFIA TU Majatkowych S.A.	19	0,479	0,682
4.	TUW Bezpieczny Dom	-	-	0,010
5.	TUiR CIGNA STU S.A.	83	2,093	2,637
6.	Commercial Union Polska TU Ogólnych S.A.	4	0,101	0,595
7.	TU Compensa S.A.	171	4,313	2,346
8.	Concordia Polska TUW	9	0,227	0,402
9.	TUW Cuprum	-	-	0,246
10.	D.A.S. Ubezpieczenie Ochrony Prawnej S.A.	1	0,025	0,037
11.	STU Ergo Hestia S.A.	247	6,230	7,010
12.	TU Euler Hermes S.A.	1	0,025	0,750
13.	TU Europa S.A.	-	-	0,759
14.	TU Filar S.A.	50	1,261	1,463
15.	Generali TU S.A.	73	1,841	1,396
16.	Gerling Polska TU S.A.	3	0,076	0,787
17.	HDI Asekuracja TU S.A.	114	2,875	1,415
18.	HDI Samopomoc TU S.A.	220	5,549	3,257
19.	TU INTER Polska S.A.	11	0,277	0,198
20.	KUKE S.A.	1	0,025	0,133
21.	Link 4 TU S.A.	106	2,673	0,987
22.	MTU Moje TU S.A.	108	2,724	1,136
23.	Pocztowe TUW	7	0,177	0,190
24.	Polskie Towarzystwo Reasekuracyjne S.A.	-	-	1,220
25.	PTU S.A.	108	2,724	2,042
26.	TU Polski Związek Motorowy S.A.	-	-	0,048
27.	PZU S.A.	1539	38,815	48,170
28.	Signal Iduna Polska TU S.A.	21	0,530	0,300
29.	TUW SKOK	4	0,101	0,365
30.	TUW TUW	49	1,236	0,676
31.	TUW TUZ	12	0,303	0,175
32.	UNIQA TU S.A.	130	3,279	2,119
33.	TUiR WARTA S.A.	540	13,619	10,747
34.	Winterthur TU S.A.	-	-	-
35.	TUW Florian (w likwidacji)	-	-	-
36.	TUiR Partner S.A. (w likwidacji)	3	0,076	-

który zarządza Funduszem Ubezpieczeń Społecznych, prowadzi konta ubezpieczonych w I filarze systemu emerytalnego i jest podmiotem przekazującym składki emerytalne do filara II (łącznie 122 skargi, 71,3% skarg ogółem, tabela nr 7). Część skarg dotyczyła jednak działalności ZUS nie związanej z funkcjonowaniem II i III filara emerytalnego – wówczas Rzecznik Ubezpieczonych nie mógł podjąć interwencji i wskazywał skarżącym instytucję właściwą w danej sprawie (58 skarg – 47,5%

wszystkich skarg które wpłynęły na ZUS). Skargi na funkcjonowanie ZUS dotyczyły głównie problemu nieprzekazywania składek bądź przekazywanie składek w niepełnej wysokości na rachunek ubezpieczonego w otwartym funduszu emerytalnym z powodu błędów w przetwarzaniu dokumentów ubezpieczeniowych w Kompleksowym Systemie Informatycznym ZUS oraz utworzenia dla jednego ubezpieczonego wielu kont.

Na miejscu drugim pod względem liczby otrzymanych skarg uplasowa-

ły się wystąpienia dotyczące dostrzeżonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych (35 skarg; 20,5% skarg ogółem).

Pisemne wystąpienia uczestników systemu w zakresie otwartych funduszy emerytalnych dotyczyły przede wszystkim:

- możliwości anulowania umowy o członkostwo wskutek błędu, co do treści oświadczenia woli i nabycia wcześniejszych uprawnień emerytalnych,

**Tabela nr 7.** Zestawienie podmiotów skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Podmiot	Liczba skarg	%
1.	OFE	35	20,5
2.	ZUS*	122	71,3
3.	PPE	2	1,2
4.	INNE	12	7,0
5.	<b>Ogółem</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

\*64 skargi w sprawie ZUS (52,5%) dot. zabezpieczenia emerytalnego, a 58 skarg (47,5%) to zła właściwość

- nieprawidłowości w wypłacie – w przypadku śmierci członka OFE,
- nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez powszechne towarzystwa emerytalne,
- nieprawidłowości w przypadku zmiany funduszu i dokonania wypłaty transferowej,

kład Ubezpieczeń Społecznych na rachunki uczestników II filara w otwartych funduszach emerytalnych (62 skargi, 36,3%, tabela nr 8). Opóźnienia w przekazywaniu składek emerytalnych do OFE były zwykle spowodowane niezidentyfikowaniem w Kompleksowym Systemie Informatycznym ZUS odpowiednich dokumentów ubezpieczenio-

możliwości systemu komputerowego.

Na kolejnym miejscu znalazły się wystąpienia poruszające problem anulowania umowy członkostwa w otwartym funduszu emerytalnym na skutek błędu co do treści oświadczenia woli (17 skarg 9,9%, tabela nr 8). W przeważającej liczbie skarg prośba o anulowanie umowy o członkostwo kierowana była od osób, którym przysługuje wcześniejsza emerytura, nieświadomych konsekwencji przystąpienia do II filara w formie utraty wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Skarżący powoływali się w takich przypadkach na błąd co do treści oświadczenia woli, a Rzecznik Ubezpieczonych informował o warunkach, jakie muszą spełniać, aby mogli skorzystać z jednolitej procedury anulowania umowy o członkostwo, która została przyjęta przez towarzystwa zrzeszone w Izbie Gospodarczej Towarzystw

**Tabela nr 8.** Przedmiot skarg wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Przedmiot	Liczba skarg	%
1.	Nieprzekazywanie składek do OFE	62	36,3
2.	Anulowanie umowy ze względu na nabycie prawa do wcześniejszej emerytury	17	9,9
3.	Brak informacji o stanie rachunku	1	0,6
4.	Nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych	1	0,6
5.	Nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE	4	2,3
6.	Nieprawidłowości w wypłacie ? śmierć członka OFE	5	2,9
7.	Inne	4	2,3
8.	Interpretacja przepisów	1	0,6
9.	Sfałszowanie umowy	3	1,8
10.	Zmiana funduszu i dokonanie wypłaty transferowej	3	1,8
11.	Zła właściwość	70	40,9
12.	<b>Ogółem</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

- podejrzenia sfałszowania podpisu osoby przystępującej do funduszu na formularzu umowy o członkostwo,
- braku informacji o stanie rachunku,
- interpretacji przepisów.

Zdecydowaną większość pisemnych wystąpień z obszaru zabezpieczenia emerytalnego skierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych zajmowały skargi na nieterminowe przekazywanie składek przez Za-

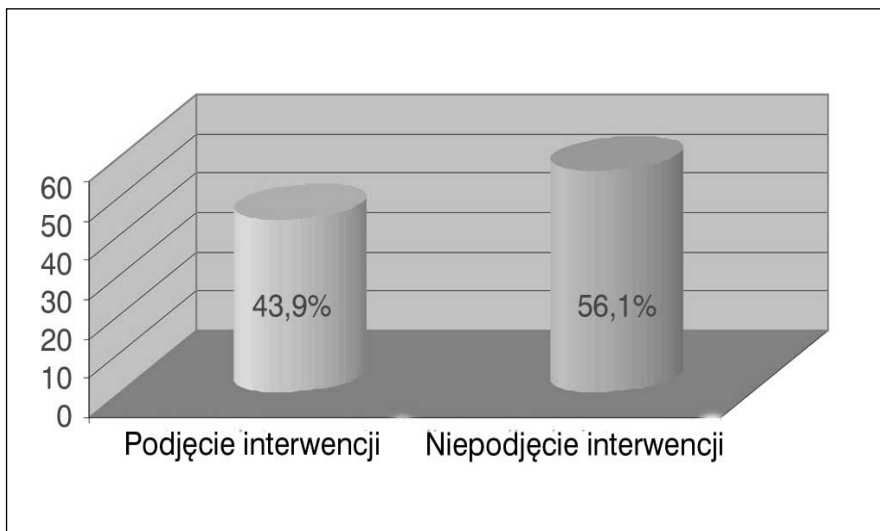
wych i koniecznością ich ponownego przetworzenia. Brak części składek wynikał ponadto z powodu utworzenia wielu kont dla jednego ubezpieczonego i brakiem możliwości ich scalenia ze względu na niepełną jeszcze funkcjonalność systemu informatycznego ZUS. Część składek została już przekazana w formie obligacji skarbu państwa, natomiast pozostałe zaległe składki zostaną przekazane po uruchomieniu kolejnych aplikacji rozszerzających

Emerytalnych (IGTE) na wniosek Rzecznika.

Kolejną, pod względem liczebności, grupę skarg stanowiły wystąpienia w sprawie nieprawidłowości w wypłacie środków w przypadku śmierci członka OFE (5 spraw 2,9%).

W sprawach dotyczących nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez OFE spowodowane głównie błędami w danych identyfikacyjnych uczestników wpłynęły 4

**Wykres nr 9.** Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartału 2006 r.



skargi co stanowiło 2,3% ogółu skarg.

W sprawach takich jak podejrzenie sfałszowania podpisu osoby przystępującej do funduszy na formularzu umowy o członkostwo oraz utrudnienia w trakcie zmiany otwartego funduszu emerytalnego, wpłynęło po 3 skargi (1,8% ogółu skarg).

Nieprawidłowe zgłoszenie zawartych umów do Centralnego Rejestru Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych prowadzonym przez ZUS, brak informacji o stanie rachunku czy prośba o interpretację przepisów stanowiły niewielki procent wszystkich skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego (1 skarga – 0,6%).

Dość liczna grupa wystąpień (70 skarg 40,9%) nie dotyczyła kompetencji Rzecznika Ubezpieczonych. Sprawy te były kierowane do właściwych adresatów z powiadomieniem autorów wystąpień o przekazaniu ich spraw zgodnie z właściwością.

Spośród skarg, jakie wpłynęły do Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartałów 2006 roku, podjęto interwencję w 75 sprawach (43,9% ogółu skarg – wykres nr 9).

Nie podjęcie interwencji często spowodowane było brakiem kompetencji ze strony Rzecznika do ich

rozpatrywania, brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem w którym zawarta była jedynie prośba o wyjaśnienie przepisów prawnych dotyczących działalności otwartych funduszy emerytalnych. Interwencje nie były również podejmowane w przypadku spraw o anulowanie umowy o członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym z powodu uzyskania prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli skarżący spełniał warunki do skorzystania z jednolitej procedury anulowania umów o członkostwo przyjętej przez powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w IGTE i nie wystąpił z prośbą o przekazanie do OFE wymaganych dokumentów w jego imieniu. W takich przypadkach Rzecznik infor-

**Tabela nr 10.** Wynik interwencji w sprawach zakończonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Wynik interwencji	Liczba skarg	%
1.	Uznanie zasadności skargi	35	94,6
2.	Wynik negatywny	2	5,4
3.	<b>Ogółem</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

\* W tylu sprawach zajęto ostateczne stanowisko. W toku pozostaje 38 spraw, co stanowiło 50,7% wszystkich skarg, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję

rytalnym z powodu uzyskania prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli skarżący spełniał warunki do skorzystania z jednolitej procedury anulowania umów o członkostwo przyjętej przez powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w IGTE i nie wystąpił z prośbą o przekazanie do OFE wymaganych dokumentów w jego imieniu. W takich przypadkach Rzecznik infor-

mował szczegółowo o warunkach koniecznych do anulowania umowy a ostateczną decyzję, co do skorzystania z wymienionych procedur, pozostawiał skarżącemu. W części spraw interwencje nie zostały podjęte na skutek braku niezbędnej dokumentacji bądź gdy skargi były kierowane tylko do wiadomości Rzecznika Ubezpieczonych.

W wyniku interwencji Rzecznika Ubezpieczonych podjętych omawianym okresie sprawozdawczym 94,6% spraw zakończyło się pozytywnym wynikiem dla członków otwartych funduszy emerytalnych. Warto zwrócić uwagę, iż 50,7% spraw, w których Rzecznik Ubezpieczonych podjął interwencję w okresie 3 kwartałów 2006 roku, nie została jeszcze rozstrzygnięta (tabela nr 10). Znaczną część spraw w toku stanowią skargi na nieterminowe przekazywanie składek przez ZUS do otwartych funduszy emerytalnych i problem scalania kont ubezpieczonych w I filarze. W takich przypadkach sprawne i szybkie rozstrzygnięcie sprawy nie było zwykle możliwe ze względu na niekompletny jeszcze system komputerowy ZUS.

Rzecznik Ubezpieczonych uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- powszechne towarzystwo emerytalne uznawało zasadność interwencji i zmieniało swoją wcześniejszą decyzję,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyjaśnił przyczyny nieterminowego przekazania składek emerytalnych i przekazał zaległe składki bądź wskazał plano-



**Tabela nr 12.** Liczba skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego z podziałem na poszczególne podmioty w okresie 3 kwartałów 2006 r.

Lp.	Podmioty	Liczba skarg	%	Udział w rynku (Stan na 30.06. 2006 r.)
1.	AIG OFE	2	2	8,373
2.	Allianz Polska OFE	3	3	2,534
3.	Bankowy OFE	1	1	3,166
4.	Commercial Union OFE BPH CU WBK	6	6,1	26,985
5.	OFE „DOM”	1	1	1,559
6.	OFE Ergo Hestia	3	3	2,332
7.	ING Nationale-Nederlanden Polska OFE	3	3	23,072
8.	Pekao OFE	1	1	1,584
9.	OFE PZU „Złota Jesień”	6	6,1	13,630
10.	OFE Pocztylion	1	1	2,02
11.	NORDEA OFE	3	3	3,685
12.	OFE Skarbiec-Emerytura	1	1	2,712
13.	Winterthur OFE	3	3	4,002
14.	OFE (brak nazwy)	1	1	-
15.	ZUS*	64	64,6	-

\* skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego

wany termin ich przekazania do OFE,

● w świetle kolejnych wyjaśnień i po wnikliwej analizie sprawy ocenił, że prawo bądź interesy członków otwartych funduszy

emerytalnych nie zostały naruszone,

● wyczerpał wszystkie możliwości działania, jednak towarzystwo bądź ZUS nie zmieniło stanowiska w sprawie – wówczas Rzecznik informował

skarżących o przysługujących im prawach wystąpienia na drogę sądową.

Źródło: Sprawozdanie RU za 3 kwartały 2006 r.

## Prawo jazdy a umowy ubezpieczeń komunikacyjnych

**Posiadacze praw jazdy co pewien czas – ostatnio głównie za sprawą konieczności dostosowania wzorców blankietów do wymogów Unii Europejskiej – wzywani są przez administrację rządową do ich wymiany.**

Ostatnio rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 29 kwietnia 2002 r. w sprawie wymiany praw jazdy w którym określono warunki i terminy wymiany praw jazdy i innych dokumentów uprawniających do kierowania pojazdami lub potwierdzających dodatkowe kwalifikacje kierujących pojazdami oraz wysokość opłat za ich wymianę. Dla tych dokumentów wydanych między 1 stycznia 1984 r. a 30 kwietnia 1993 r. zakreślono termin wymiany do 30 kwietnia 2005 r.

zaś dla wydanych po 1 lipca 1999 r. – do 30 czerwca 2006 r. (§ 6 ust. 1, pkt 1, lit. b, c).

Tyle suche przepisy, jednak ich realizacja odbiegła w praktyce od przyjętych norm, bowiem wielu kierowców nie dokonało w oznaczonym terminie wymiany dokumentów, wskazując jako przyczynę niewydolność organizacyjną działających przy starostwach wydziałów komunikacji. Z drugiej strony starostwa wskazywały na olbrzymią liczbę wniosków o wymianę praw jazdy składanych

pod koniec okresu wskazanego w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury, co uniemożliwiło załatwienie tych wniosków w przypisanym terminie.

W opinii niektórych zakładów ubezpieczeń osoby, które w terminie nie wymieniły prawa jazdy, z mocy prawa utraciły status osób posiadających uprawnienia do kierowania pojazdami, a do Rzecznika Ubezpieczonych zaczęły napływać pytania zarówno dziennikarzy jak i zaniepokojonych „spóźnialskich”, którzy nie zdążyli dokonać wymiany dokumentu we wskazanym terminie, zasadniczo w dwóch kwestiach.

Czy nie dokonanie w terminie wymiany prawa jazdy może skutkować:

- 1) odmową zakładu ubezpieczeń wypłaty zgłoszonego roszczenia odszkodowawczego zgłoszonego w ramach ubezpieczenia auto-casco;
- 2) wszczęciem postępowania regresowego wobec sprawcy szkody objętej ochroną z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia

odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Odpowiedź na te pytania udziela ubezpieczonym przez niektóre zakłady ubezpieczeń w zakresie roszczeń zgłaszanych z tytułu ubezpieczenia autocasco znalazła swoje odzwierciedlenie w kilkunastu przypadkach skarg w sprawie odmowy wypłaty odszkodowania w sytuacji gdy kierujący w momencie powstania szkody nie posiadał wymienionego blankietu prawa jazdy. Zakłady ubezpieczeń uzasadniając odmowę wypłaty odszkodowania powoływały się przy tym na zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco, a konkretnie na teksty (zamieszczone na ogół w części dotyczącej wyłączenia odpowiedzialności) o następujących treściach:

- 1) zakres ochrony nie obejmuje szkód spowodowanych przez osoby, które nie posiadały w chwili wypadku wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
- 2) ubezpieczeniem nie są objęte szkody powstałe podczas kierowania pojazdem przez osobę bez ważnego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem.

Do Rzecznika Ubezpieczonych napłynęły również sygnały o przypadkach wszczęcia postępowania regresowego przez zakład ubezpieczeń wobec ubezpieczonego sprawcy wypadku, za którego gwarancyjnie odpowiadał ubezpieczyciel, w sytuacji gdy sprawca nie posiadał wymienionego w terminie blankietu prawa jazdy. Ubezpieczyciel w takim przypadku powoływał się na treść art. 43, pkt 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (DzU z 16 lipca 2003 r. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). Wyżej wskazywany przepis stanowi, iż zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania, jeżeli kierujący

nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa.

Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym w rozdziale poświęconym uprawnieniom do kierowania stwierdza w art. 87 ust. 1 pkt 1-3, iż kierującym może być osoba, która osiągnęła wymagany wiek i jest sprawna pod względem fizycznym i psychicznym oraz spełnia jeden z określonych warunków:

- posiada wymagane umiejętności do kierowania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu ruchu drogowego i nienarażający kogokolwiek na szkodę oraz wymagany dokument stwierdzający uprawnienie do kierowania pojazdem;
- odbywa, w ramach szkolenia, naukę jazdy odpowiednio przystosowanym pojazdem pod nadzorem instruktora;
- zdaje egzamin państwowy odpowiednio przystosowanym pojazdem pod nadzorem egzaminatora.

Dla omawianej problematyki istotne jest przede wszystkim przywołanie przepisu zawartego w art. 150 ust. 1 Prawa o ruchu drogowym, który stwierdza cytując: „Prawa jazdy i inne dokumenty uprawniające do kierowania pojazdami lub potwierdzające dodatkowe kwalifikacje i wymagania w stosunku do kierujących pojazdami wydane na podstawie dotychczasowych przepisów, zachowują ważność do czasu ich wymiany dokonywanej na koszt osoby uprawnionej w zakresie na jaki zostały wydane.”

Nadto art.150 ust. 2 ww. ustawy wskazuje organ administracji rządowej, który obowiązany jest do określenia warunków i terminów właściwych dla procedury wymiany prawa jazdy, który wskazuje że cyt.: Minister właściwy do spraw transportu, uwzględniając wszystkie wydawane przed dniem wejścia w życie ustawy dokumenty uprawniające do kierowania pojazdem oraz koszty związane z ich wymianą określi w drodze rozporządzenia, warunki i terminy wymiany praw jazdy i innych dokumentów uprawniających do kierowania pojazdami lub potwierdzających dodatkowe kwalifikacje kierujących pojazdami oraz wysokość opłat za ich wymianę.

Realizując omawianą delegację ustawową, Ministerstwo wydało rozporządzenie, wykraczając jednak poza zakres określony w ustawowym upoważnieniu, na co zwrócił uwagę NSA po rozpoznaniu skargi kasacyjnej Samorządowego Kolegium Odwoławczego w Gorzowie Wlkp. na wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W wyroku z dnia 20 czerwca 2006 r. sygn. akt I OSK 933/05, NSA wskazał przy tym na zapis § 7 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 29 kwietnia 2002 r. w sprawie wymiany praw jazdy stwierdzający iż „Dokumenty podlegające wymianie tracą ważność po upływie terminów ustalonych w § 6 terminów.” – jako wykraczające poza ustawową delegację.

Stan faktyczny dotyczył odmownej decyzji Naczelnika Wydziału Komunikacji i Dróg Starostwa Powiatowego wydania kierowcy – w trybie wymiany – prawa jazdy wydanego w 1973 r. przez Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w zakresie ka-

**Prawa jazdy i inne dokumenty uprawniające do kierowania pojazdami lub potwierdzające dodatkowe kwalifikacje i wymagania w stosunku do kierujących pojazdami wydane na podstawie dotychczasowych przepisów, zachowują ważność do czasu ich wymiany dokonywanej na koszt osoby uprawnionej w zakresie, na jaki zostały wydane.**

tegorii: A,B, B+E, C, C+E,T . Odmowa ta dotyczyła potwierdzenia w wymienianym prawie jazdy uprawnień kierowcy w zakresie kategorii B,B+E. Uzasadniając decyzję organ wyjaśnił, że dokonano weryfikacji materiałów źródłowych i stwierdzono, że kierowca ten nie spełnia warunków do wydania mu prawa jazdy wraz z kwestionowanymi przez organ kategoriami (B, B+E).

NSA orzekł między innymi że wydziały komunikacji działające przy starostwach, które na podstawie delegacji zawartej w art. 152 ust. 2 ustawy Prawo o ruchu drogowym są uprawnione do dokonywania wymiany praw jazdy, nie mają jednak uprawnień do weryfikowania w tym postępowaniu uprawnień, które kierowca nabył po zdaniu egzaminu państwowego, teoretycznego i praktycznego, a które zostały potwierdzone w decyzji o wydaniu prawa jazdy. Sąd stwierdził, że wydane w drodze decyzji administracyjnej prawo jazdy jest ważne, zaś sama czynność jego wymiany ma jedynie charakter czynności materialno-technicznej, a tryb wymiany prawa jazdy nie jest właściwy do wzruszenia prawomocnej decyzji w sprawie nabytych uprawnień do kierowania pojazdami. Zatem postępowanie w sprawie wymiany prawa jazdy nie jest równoznaczne z weryfikacją uprawnień kierowcy do kierowania pojazdami i jako takie nie znajduje uprawnienia w obowiązującym prawie.

Kwestia braku okazania przez kierującego w momencie szkody dokumentu potwierdzającego fakt posiadania uprawnień do kierowania pojazdem była także przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który w wyroku z dnia 11 lutego 2005 r. sygn. akt SN CK 352/04 orzekł iż: Niemożność okazania przez kierowcę dokumentu stwierdzającego nabyte uprawnienie do prowadzenia pojazdów mechanicznych nie wyłącza odpowiedzialności PZU S.A. przewidzianej w § 8 ogólnych warunków ubezpieczenia autocasco, zatwierdzonych uchwałą zarządu z dnia 30 sierpnia 2000 r. nr UZ/195/2000.

Przywołane ogólne warunki ubezpieczenia autocasco przewidują wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej min. w razie prowadzenia pojazdu przez właściciela lub upoważnionego kierowcę, bez ważnego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem. W rozpatrywanej sprawie stan faktyczny był właśnie w ten sposób ukształtowany, gdyż pojazd w momencie wypadku prowadził syn ubezpieczonego właściciela pojazdu, który uprzednio zgłosił fakt kradzieży posiadanego prawa jazdy.

Sąd w swoich rozważaniach skupił się na odpowiedzi na pytanie, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy zważywszy na użycie we wzorcu umowy wyrażenia „ważny dokument uprawniający do kierowania pojazdem” i stwierdził, że jest ono niejednoznaczne, może bowiem oznaczać zarówno brak dokumentu w jego fizycznej postaci, jak i brak możliwości wykazania dokumentem nabytych umiejętności prowadzenia pojazdem. Sąd uznał, że kontekst w jakim użyto wyrażenia „brak dokumentu” (obok stanu nietrzeźwości, stanu wskazującego na użycie alkoholu, pozostawania pod wpływem narkotyków i inne wskazujące na stan przyczynowości) wskazuje iż istotny dla stwierdzenia braku ochrony ubezpieczeniowej jest przypadek w którym kierujący nie posiada nabytych umiejętności do kierowania pojazdem – nie zaś sam fakt braku dokumentu.

Dalej oceniając to zagadnienie warto zwrócić uwagę, iż ułożenie stosunku ubezpieczeniowego, w którym o braku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń decyduje nieokazanie dokumentu, którego znaczenia dla istoty danego ryzyka ubezpieczyciel nie może uzasadnić – jest niedozwolonym postanowieniem naruszającym konsumentem interesy ubezpieczających. Postanowienia umowy zawierane z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Należy je uznać za

niedozwoloną klauzulę umowną, wymienioną w katalogu niedozwolonych postanowień umownych art. 385 3 k.c., który w pkt. 2 wyłącza lub istotnie ogranicza odpowiedzialność względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania.

Analizując przywołane wyżej tezy i uzasadnienia do wyroków zarówno Naczelnego Sądu Administracyjnego jak i Sądu Najwyższego dochodzi się do jednoznacznego wniosku, iż sam brak dokumentu stwierdzającego zdolność do prowadzenia pojazdu, lub też nie dokonanie wymiany takiego dokumentu zarządzanego w trybie postępowania administracyjnego, w żadnym przypadku nie może być oceniane przez zakłady ubezpieczeń jako równoznaczne z brakiem zdolności do prowadzenia pojazdu, a tym samym dające podstawy do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową zdarzeń powstałych w takich okolicznościach.

Należy więc jednoznacznie stwierdzić, że odmowa udzielenia ochrony ubezpieczeniowej uzasadniania przez zakład ubezpieczeń brakiem uprawnień do prowadzenia pojazdu jest nieuprawniona jeśli tego przesłanką jest fizyczny brak prawa jazdy w momencie wystąpienia szkody lub niedokonanie w terminie wymiany dokumentu prawa jazdy.

Zatem zarówno odmowa wypłaty odszkodowania dochodzonego przez osobę ubezpieczoną w trybie ubezpieczenia autocasco, jak i wszczęcie postępowania regresowego przez zakład ubezpieczeń wobec sprawcy szkody może dotyczyć wyłącznie sytuacji stwierdzenia faktycznego braku posiadania przez kierującego uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, a nie braku fizycznego blankietu prawa jazdy bądź nie dokonania jego wymiany w terminie określonym w § 6 ww. rozporządzenia Ministra Infrastruktury. ■

**Krystyna Krawczyk**  
Dyrektor Biura Rzecznika  
Ubezpieczonych

# Polubowne rozstrzyganie sporów na rynku ubezpieczeń

**Instytucja sądów polubownych była znana już w prawie rzymskim. Ustanowiony przez strony sędzia rozjemczy (arbiter ex compromisso) przyjmował funkcje arbitra (receptum arbitri), zaś wykonalność tej funkcji zapewniał pretor środkami urzędowego nacisku.**

**W**ykonalność orzeczenia arbitra zabezpieczały sobie nawzajem strony przez przysięgę lub przyrzeczenie zapłacenia kary umownej. Osiągnięcie kompromisu umożliwiało szybkie i łagodne rozwiązanie sporu i jednocześnie dawało możliwość uchylenia się od kontroli opinii publicznej. Dlatego też, z sądownictwa polubownego (kompromisowego) korzystali zazwyczaj ludzie bogaci, chcąc w ten sposób uniknąć rozgłosu w swoich sprawach majątkowych. Cesarz Justynian nadał wykonalność pisemnym umowom odwołującym się do sądu polubownego oraz orzeczeniom wydanym na ich podstawie. Za cesarza Dioklecjana zaś sądownictwo państwowe zastąpiono całkowicie sądownictwem polubownym. Już w czasach nowożytnych, w związku z rozwojem handlu międzynarodowego, giełd, itp. nastąpił gwałtowny rozwój sądownictwa polubownego. Sądy tworzone były przez korporacje, syndykaty, zrzeszenia, a największy rozwój sądownictwa polubownego występował w krajach anglosaskich.

W Polsce przedrozbiorowej sąd polubowny występował w formie uroczystego „jednania”, z czego korzystano na równi z sądownictwem państwowym. W okresie zaborów społeczeństwo polskie korzystało z sądownictwa polubownego celem uniknięcia rozpoznawania sporów

przez sądy państw zaborczych, a także dla uniknięcia samopomocy w rozstrzyganiu spraw majątkowych (słynne „zajazdy”, jak ten ostatni na Litwie w „Panu Tadeuszu”).<sup>2</sup>

Współczesne przesłanki promowania drogi polubownej w rozstrzyganiu sporów dość dobrze wyraża stwierdzenie pochodzące sprzed przeszło 75 lat: „jeżeli sądy państwowe sądzą w sposób przewlekły, czy to dlatego, że procedura jest nieodpowiednia i przestarzała, czy też dlatego, że zbyt mała ilość sędziów powoduje zaległości w sądzie, jeżeli wreszcie proces przed sądem państwowym jest zbyt kosztowny; wówczas strony z konieczności niejako unikają takich sądów państwowych i poddają swe sprawy ocenie sądów polubownych.”<sup>3</sup> Oczywiście słowa te nie oddają w pełni wszystkich uwarunkowań doktrynalnych i praktycznych organizacji i funkcjonowania tych sądów. Warto zatem przytoczyć więcej opinii dosadnie wykazujących na „wyższość” drogi arbitra-

żowej: „Sąd arbitrażowy jest obiektywnie skutecznym środkiem zaradczym na skomplikowane i ociążałe formy procesowe w sądownictwie państwowym, które utrudniają wymiar sprawiedliwości, podczas gdy życie wymaga szybkiego postępowania. W sądownictwie państwowym panuje rytuał, tajemniczy obrządek sprawiedliwości, opatrzony w insygnia trzeciej władzy (toga, łańcuch sędziowski, godło), słowem – atmosfera swoistej liturgii, niczym w świątyni, która ma w rzeczy samej podłoże psychologiczne, ukierunkowane na wzbudzanie respektu petenta do miejsca sprawowania sprawiedliwości, by poczuł się sparaliżowany i malutki, by po prostu bał się już z chwilą przekroczenia progu gmachu sądowego. A przy tym – w sądzie państwowym czas płynie inaczej niż w życiu, sprawy toczą się w ślimaczym tempie, słono kosztują i w dodatku trzeba podporządkować się rygorystycznym procedurom i terminom. Przez to – długi czas oczekiwania na wyroki sprawiedliwości państwowej w efekcie sprzyja nieuczciwym dłużnikom umożliwiając im ukrycie majątku, postawienie w stan upadłości lub w inny sposób uniemożliwienie odzyskania należności.

Taka sytuacja w żaden sposób nie przystaje do życia, szczególnie w biznesie, gdzie pośpiech jest wkalkulowany w jego skuteczność. Dlatego też sądownictwo arbitrażowe jest skuteczną receptą na powszechną zapaść polskiego sądownictwa państwowego i stanowi alternatywę, a nie konkurencję, dla sądownictwa państwowego, a przy tym jest tanie, szybkie, skuteczne, przyjazne i odformalizowane.

**Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych został powołany zarządzeniem Rzecznika z 25 marca 2004 r. w sprawie utworzenia Sądu Polubownego oraz nadania Regulaminu Sądu.**

Sąd arbitrażowy, w większym stopniu niż państwowy, zapewnia rozstrzygnięcie sprawy zgodnie z jej specyfiką głównie dlatego, że arbitrami są osoby o dużej wiedzy z dziedziny związanej z rozpoznawaną sprawą. Arbitr sądu arbitrażowego, jako fachowiec w problemie, potrafi lepiej rozstrzygać spory niż sędzia państwowy, który ma minimalny kontakt z życiem gospodarczym.

Idea sądownictwa arbitrażowego zasadza się na współdziałaniu, a nie walce, poróżnionych stron. Jest to konsekwencją faktu, iż podanie sporu kompetencjom sądu arbitrażowego wymaga porozumienia się stron, przybierającego postać zapisu na sąd polubowny. Sąd arbitrażowy nie antagonizuje stron, co ma miejsce w postępowaniu przed sądem powszechnym, gdzie strony są przeciwnikami procesowymi.

W sądzie arbitrażowym, inaczej niż w sądzie państwowym, przebiega postępowanie. Strony siadają przy jednym stole z arbitrami, często przy kawie i ciastkach, i dyskutują o przedmiocie sporu oraz przekonują do swoich racji. Jak na spotkaniu biznesowym. Tu nie ma tog i łańcuchów, nie ma formułek, nie ma nabożeństwa. Nie ma stresu. Nie ma petenta. Jest Klient.

Postępowanie przed sądem arbitrażowym, a raczej w sądzie arbitrażowym, jest poufne (bez publiczności), podczas gdy w sądownictwie państwowym rozprawa jest, co do zasady jawna. Na jawną rozprawę w sądzie państwowym – wstęp ma każdy, w tym przedstawiciele mediów, konkurencji.

Sąd arbitrażowy rozpatruje sprawę szybciej i taniej niż sąd państwowy, stwarza możliwość rozstrzygnięcia sporu według z góry ustalonych, jasnych, jednoznacznych i znanych stronom zasad.

Sprawne rozstrzygnięcie sporu pozwala zminimalizować straty osobiste lub związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.<sup>4</sup>

Na tym „ideologicznym” tle warto podkreślić, iż obecnie arbitraż

(fr. arbitrage), czyli rozpoznawanie spraw przez sąd polubowny i udział w nim arbitrów-sędziów sądu polubownego staje się coraz bardziej zinstytucjonalizowany. Polubowny sąd konsumencki rozpatruje spory o prawa majątkowe wynikające z umów sprzedaży produktów i świadczenia usług zawartych, najogólniej mówiąc, pomiędzy konsumentami i przedsiębiorcami. Zgodnie z obowiązującym prawem, aby sprawa mogła być rozstrzygana przez sąd polubowny obie strony sporu muszą wyrazić na to zgodę.

Aktualnie dla ułatwienia konsumentom dochodzenia roszczeń szczególne znaczenie mają wytyczne zawarte w Dyrektywach unijnych. Tak też należy traktować uregulowania zawarte w Dyrektywie 202/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r., dotyczącej sprzedaży konsumentom usług finansowych na odległość, oraz zmieniającej dyrektywę Rady 90/619/EWG oraz dyrektywy 97/7/WE i 98/27/WE. Zgodnie z nimi państwa członkowskie Unii winny posiadać – niezależnie od organów nadzorujących rynek usług finansowych – instrumenty stwarzające konsumentom tych usług możliwość rozstrzygnięcia sporów na drodze polubownej.

Prawo unijne w formie dyrektywy wskazuje zatem nie tylko na konieczność stworzenia przyjaznych konsumentowi procedur reklamacyjnych, ale też umożliwienia konsumentom polubownego rozstrzygnięcia sporów z usługodawcami. Realizując te wskazania utworzona została ogólnoeuropejska sieć podmiotów prowadzących pozasądowe postępowania rozjemcze dla konsumentów usług finansowych (FIN-NET). Sieć FIN-NET została założona przez Komisję Europejską w lutym 2001 i zrzesza podmioty prowadzące pozasądowe postępowania rozjemcze dla konsumentów usług finansowych. Głównym założeniem tego przedsięwzięcia jest ułatwienie konsumentom dochodzenia roszczeń kierowanych do

usługodawców mających siedzibę w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej poprzez umożliwienie wniesienia skargi transgranicznej. Zasady działania i przesłanki warunkujące przystąpienie do sieci FIN-NET zawarte są w Zaleceniach Komisji Europejskiej Nr 98/257. Zalecenia te dotyczą siedmiu zasad tj. zasady niezależności, przejrzystości, poszanowania zasad przeciwnika, efektywności, legalności, wolności oraz prawa do reprezentacji. W chwili obecnej do sieci FIN-NET wchodzi kilkadziesiąt organizacji i instytucji reprezentujących państwa członkowskie. W dniu 13 lipca 2005 r. we współpracy z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych przystąpił do ogólnoeuropejskiej sieci podmiotów prowadzących pozasądowe postępowania rozjemcze dla konsumentów usług finansowych. FIN-NET stwarzając konsumentom na rynku ubezpieczeń możliwość rozstrzygnięcia sporów transgranicznych w drodze postępowania polubownego bądź mediacyjnego. Zjazd przedstawicieli organizacji zrzeszonych w sieci FIN-NET odbył się 26 marca 2006 r.

Sąd Polubowny przy Rzeczniku Ubezpieczonych został powołany zarządzeniem Rzecznika z 25 marca 2004 r. w sprawie utworzenia Sądu Polubownego oraz nadania Regulaminu Sądu. 5 kwietnia 2004 r. wszedł w życie Regulamin, który określa właściwość sądu, jego organizację i tryb postępowania. ■

prof. dr hab. **Tadeusz Szumlicz**  
Kierownik Katedry  
Ubezpieczenia Społecznego SGH

<sup>1</sup> www.kancelarie.waw.pl.

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> S. Gołąb, Z. Wustanowski, Kodeks sądów polubownych, Kraków 1933, cyt. za: www.pssp.org.pl.

<sup>4</sup> www.kancelarie.waw.pl

# Koszty leczenia ofiar wypadków z polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w opinii Rzecznika Ubezpieczonych

**Ostatnie miesiące przyniosły emocjonującą dyskusję na temat pokrywania kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych ze środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych za ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.**

Rzecznik Ubezpieczonych korzystając ze swoich uprawnień do opiniowania projektów aktów prawnych przekazał Ministerstwu Zdrowia szeroką opinię do propozycji resortu, szczególnie zwracając uwagę na zagrożenia płynące z tego nowatorskiego na polskim rynku ubezpieczeniowego rozwiązania postrzegając skutki planowanych zmian przez pryzmat ochrony interesów jego konsumentów. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych przyjęte w projekcie generalne cele reformy wydają się, co do zasady słuszne, tym nie mniej projekt zarówno w pierwotnej jak i wersji skierowanej na Radę Ministrów wywołuje nadal szereg poważnych wątpliwości, które wymagają szerszej analizy i dłuższej dyskusji, która miejmy nadzieję odbędzie się podczas dalszego postępowania legislacyjnego w ramach komisji sejmowych.

Rzecznik prezentując swoje stanowisko do pierwotnego projektu zwracał uwagę, że odrębnym zagadnieniem w projektowanej ustawie są zapisy, które przewidują restrykcje wobec „pijanych kierowców”, a zupełnie innym w swym charakterze kwestie związane z pokrywaniem przez wszystkich posiadaczy pojazdów kosztów leczenia ofiar wypadków postulując,

aby te dwie zasadniczo różne płaszczyzny, którymi zajmuje się projekt ustawy dyskutować odrębnie, gdyż istnieje obawa, aby te w czasie prac nie przenikały się prowadząc do pochopnych i nietrafnych rozstrzygnięć. Tak się po trosze stało, bowiem w ostatecznie sformułowanym w resorcie zdrowia projekcie z dnia 7 listopada 2006 r. poza pierwotnym zakresem regulacji znalazły się kwestie związane z „sankcjonowaniem” za pomocą podwyższonej składki osób prowadzących pojazdy mechaniczne po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, w tym pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii. Opiniując regulacje pierwotnego projektu Rzecznik pozytywnie odniósł się do planowanych kierunków zmian mających na celu dodatkowe obciążanie podwyższonymi składkami za ubezpieczenie OC osób, które dopuścili się wykroczenia bądź przestępstwa, prowadząc pojazd w stanie nietrzeźwości lub po użyciu innych środków w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii. Rzecznik, bowiem od szeregu lat pozostaje zdecydowanym zwolennikiem radykalnych, możliwie jak

najszerzych działań w tym zakresie, co bez wątpienia pozostaje zgodne z wolą ogółu polskiego społeczeństwa. Zdaniem Rzecznika oprócz sankcji karnych prewencyjną i wyjątkowo efektywną jest sankcja finansowa, która czasami bardziej od sankcji karnej zmusza do zastanowienia się potencjalnego sprawcy przed podjęciem określonych czynności (tutaj szczególnie jazdy pojazdem pod wpływem alkoholu). Rzecznik wyrażał nadzieję, iż wprowadzenie regulacji w tym zakresie, a następnie odpowiednie jej medialne nagłośnienie poprawi sytuację w tym obszarze. Niestety z tych pierwotnie planowanych rozwiązań w ostatniej fazie prac legislacyjnych w Ministerstwie z niewiadomych względów zrezygnowano<sup>1</sup>. W ocenie Rzecznika zasadnym w przyszłości wydaje się powrót do tych pomysłów, gdyż pewnego rodzaju „sankcja finansowa”, co do zasady wydawała się rozwiązaniem słusznym w możliwie szerokim wspieraniu działań na rzecz przeciwdziałania pladze pijanych kierowców na polskich drogach.

Drugą i jak się okazało zasadniczą dla projektu materią stało się obciążenie sprawców wypadków drogowych kosztami leczenia ich ofiar występujące w znacznej części systemów prawnych, w tym

## **W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych propozycje Ministerstwa Zdrowia wywołują szereg wątpliwości zarówno konstytucyjnych, jak i cywilnoprawnych.**

również w krajach wspólnoty europejskiej. Można sądzić, że polski projekt regulacji to kolejny krok do upowszechniania tego typu rozwiązań w systemach prawnych. Abstrahując od oceny słuszności tego typu rozwiązań systemowych zarówno pierwotne jak i ostateczne propozycje resortu zdrowia wywołują szereg wątpliwości zarówno konstytucyjnych, cywilnoprawnych jak i funkcjonalnych. Opiniując pierwotny projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw zwrócono uwagę na zasadniczy w ocenie Rzecznika problem, którym było objęcie obowiązkiem pokrywania kosztów leczenia ofiar wypadków wyłącznie posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zdaniem Rzecznika pozostawienie poza projektowaną regulacją innych zobowiązanych do odszkodowania podmiotów, jak w przypadku odpowiedzialności pracodawców względem pracowników,<sup>2</sup> wszelkich podmiotów gospodarczych względem osób trzecich, np. firm budowlanych, właścicieli nieruchomości, zarządców nieruchomości, producentów za produkt niebezpieczny i szeregu innych stwarzało zagrożenie zarzutu niekonstytucyjności projektowanego rozwiązania polegającego na nierównym traktowaniu obywateli (tutaj zobowiązanych deliktowo) wobec prawa. Podobne zagrożenie w ocenie Rzecznika stwarzało równe ryczałtowe obciążanie kosztami leczenia ofiar wypadków wszystkich posiadaczy bez względu na to, czy byli oni w poprzedzających okresach ubezpieczenia sprawcami wypadku czy też nie. Oceniając to rozwiązanie przez pryzmat „sprawie-

dliwości społecznej” słusznym wydawało się różnicowanie obciążeń składkowych po ich stronie uwzględniające przebieg ich dotychczasowego ubezpieczenia (szkodowy, bezszkodowy). Potwierdzeniem tego spojrzenia jest również norma wynikająca z art. 32 Konstytucji gdzie zostało przyjęte, że wszyscy obywatele są równi wobec prawa, mając prawo do równego traktowania przez władze publiczne i osoby te nie mogą być dyskryminowane w życiu społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny. W dotychczasowych analizach i wstępnych opiniach do projektu zwracał na to uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich jednocześnie informując media, że prawdopodobnie projektowane przez resort zdrowia rozwiązanie w pierwotnym brzmieniu zostanie zaskarżone do Trybunału Konstytucyjnego. Dokonując szerszej analizy konstytucyjności projektowanego rozwiązania Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił również uwagę na art. 68 Konstytucji, który określa zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Obciążenie posiadaczy pojazdów mechanicznych obowiązkiem ponoszenia kosztów leczenia ofiar wypadków, stawia tę grupę poszkodowanych w lepszej sytuacji wobec innych poszkodowanych osób w wypadkach (poza komunikacyjnych, np. przy pracy, w wyniku zaniedbań ze strony zarządcy nieruchomości, właściciela budynku etc.), co również może być zakwalifikowane jako rozwiązanie niekonstytucyjne. Można, bowiem wnioskować, że wsparcie systemu leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych środkami pochodzącymi z polis ubezpieczenia

OC posiadaczy pojazdów poprawia sytuację ofiar wypadków na tle innych osób korzystających z publicznej ochrony zdrowia. Innym równie ważnym problemem na tle równości podmiotów wobec prawa, na którą wskazywał Rzecznik w swojej opinii, jest bezsporny fakt, iż znaczną część (około 20%) wypadków drogowych powodują piesi, rowerzyści lub właściwe zarządy dróg, (gdy szkoda jest wynikiem złego stanu drogi). Wskazywane podmioty w świetle obowiązujących regulacji nie są objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych a tym samym finansowanie ofiar wypadków z ich winy, co w ocenie Rzecznika nie znajduje uzasadnienia, bowiem obciążało będzie wyłącznie posiadaczy pojazdów. Ten widoczny brak równouprawnienia zobowiązanych podmiotów (sprawców wypadków) zdaniem Rzecznika przemawiał również za rozszerzeniem obowiązku pokrywania leczenia ofiar wypadków przez wszystkich sprawców odpowiadających deliktowo. Kolejne zagrożenie niekonstytucyjności proponowanego rozwiązania, polega w ocenie Rzecznika na tym, iż posiadacza pojazdu mechanicznego, który odprowadza składki zdrowotne do ZUS obciąża się podwójnie kosztami leczenia ofiar wypadków. Po raz pierwszy obciążony zostaje składką „zdrowotną”, która obecnie przeznaczona jest na leczenie m.in. skutków wypadku i po raz drugi w ramach planowanego przez resort zdrowia ryczałtu z polisy OC. Posiadacze pojazdów mechanicznych, którzy rzetelnie odprowadzają składki do ZUS tym sposobem niejako zostają „podwójnie obciążeni” składką, która ma na celu finansowanie skutków tych samych zdarzeń, tj. kosztów leczenia wypadków. Wobec projektowanej regulacji można dojść do wniosku, że taki posiadacz po wprowadzeniu polisowego ryczałtu nie będzie równo traktowany w stosunku do pozostałych obywateli. Na koniec tych uwag, co przemawia za odmiennym sta-

nowiskiem Rzecznik zwrócił uwagę, że doktryna prawa konstytucyjnego w części przypadków stwierdza, że nie każde różnicowanie sytuacji podmiotów stanowi naruszenie zasady równości, a zgoła odwrotnie właśnie ze względu na tę zasadę różnicowanie jest dopuszczalne, zwłaszcza, gdy służy ważnym celom społecznym. Zaznaczając, iż urząd Rzecznika z oczywistych względów specjalizuje się w prawie ubezpieczeń gospodarczych i zastrzega, że nie jest ekspertem z zakresu prawa konstytucyjnego, wszystkie wyżej poruszone kwestie przed wprowadzeniem regulacji do obrotu prawnego winny być szczegółowo rozważone pod kątem ich zgodności z ustawą zasadniczą. Pozwoliłoby to w przyszłości uniknąć szeregu problemów we wdrażaniu, a następnie stosowaniu zreformowanego prawa.

Wskazywane powyżej przez Rzecznika a także inne podmioty uwagi niestety jedynie w bardzo wąskim zakresie zostały przez resort skonsumowane w zmodyfikowanym art. 1 (wprowadzającym art. 14 a) projektu ustawy z dnia 7 listopada br. poprzez wprowadzenie możliwości regresu wobec osób, które popełniły umyślnie przestępstwo lub wykroczenie, (art. 14 a ust. 1) oraz innych sprawców wypadków drogowych (art. 14 a ust 3). W art. 14 a ust. 1 wprowadzono roszczenia o zwrot cyt. „poniesionych kosztów świadczenia opieki zdrowotnej do osób, które popełniły umyślnie przestępstwo lub wykroczenie, której skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej”. Zaproponowana modyfikacja rodzi jednakże zasadnicze pytanie, dlaczego roszczenie regresowe ograniczono do osób, które umyślnie popełniły przestępstwo lub wykroczenie, pozostawiając poza możliwościami regresowymi inne osoby zobowiązane deliktowo (sprawców nieumyślnych szkód wynikłych z zaniedbania lub rażącego niedbalstwa). Wydaje się, że takie

rozwiązanie, nie ogranicza a potęguje możliwości zarzutów konstytucyjnych, bowiem w przypadku posiadaczy pojazdów mechanicznych bez znaczenia jest czy szkoda została wyrządzona umyślnie czy nieumyślnie (nota bene nieumyślnie są niemal wszystkimi przypadkami) natomiast wobec innych podmiotów możliwości regresowych nie uzależnia się od winy a karalności czynu spowodowanego przez sprawcę wprowadzając tu zupełnie nieuzasadniony dualizm rozwiązań. Znacznie lepiej, po części niwelując nierówność przyjętych rozwiązań prezentuje się zaproponowana regulacja art. 14 a ust. 3 nowego projektu, która wydaje się, że wprowadza możliwości regresowe wobec innych sprawców wypadków drogowych (pieszych, rowerzystów lub właściwe zarządy dróg) skutkujących koniecznością udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Innym problematycznym rozwiązaniem pierwotnego projektu regulacji (art. 12a), z którego w nowym brzmieniu projektu zrezygnowano, a na które poprzednio wskazywał Rzecznik była realna możliwość pozostawienia poza obowiązkiem odszkodowawczym z ubezpieczenia OC części nie re-

je wyjątkowo długi i uzasadnia ich wykonanie szybciej z wykorzystaniem prywatnych środków, we własnym zakresie. Te czynniki powodują coraz częstsze korzystanie przez ofiary wypadków z leczenia i rehabilitacji z pominięciem placówek finansowanych przez NFZ. Rzecznik wskazywał, że zgodnie z przepisem art. 444 § 1 kodeksu cywilnego poszkodowany ma prawo do zwrotu poniesionych kosztów leczenia, rehabilitacji. Ponadto przypomniał orzecznictwo SN, które jednoznacznie wskazuje, że ofiary wypadków mają prawo do podejmowania wszystkich uzasadnionych działań, których celem ma być ratowanie zdrowia lub usprawnienie funkcji organizmu po wypadku. W oparciu o wymieniony przepis, a także kierując się linią orzecznictwa, doświadczenia praktyczne wskazują, że zakłady ubezpieczeń realizując wykazane przez poszkodowanego roszczenia zwracały udokumentowane i niezbędne z punktu medycznego punktu widzenia koszty leczenia i rehabilitacji. Ugruntowana na podstawie tego przepisu generalna praktyka zakładów ubezpieczeń polegała na tym, iż po przedłożeniu przez poszkodowanych rachunków, paragonów za uzasad-

**Uwagi odnoszące się do niekonstytucyjności projektowanych zapisów zostały uwzględnione jedynie w niewielkim zakresie.**

fundowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia kosztów leczenia i rehabilitacji osób poszkodowanych. Rzecznik zwracał uwagę, iż w obecnych realiach znaczna część poszkodowanych w wypadkach drogowych korzysta prywatnie z zabiegów rehabilitacyjnych – nier refundowanych przez NFZ, ponosząc z tego tytułu znaczne obciążenia finansowe. Ponadto okres oczekiwania na niektóre zabiegi i leczenie w ramach publicznej służby zdrowia pozosta-

nione koszty leczenia lub rehabilitacji, ubezpieczyciele dokonywali zwrotu poniesionych na te cele kosztów. Oczywiście jest, że w niektórych wypadkach dochodziło do sporów, czy zwrot takich kosztów przysługuje, skoro poszkodowany mógł poczekać w kolejce na realizację danego świadczenia w ramach publicznej opieki zdrowotnej, a skorzystał z dostępnych, ale odpłatnych możliwości w ramach prywatnych, niepublicznych placówek medycznych. Pier-



wotne brzmienie projektowanego art. 12a oraz ryczałtowa opłata na rzecz NFZ mogło, w ocenie Rzecznika tę sytuację zdecydowanie zmienić w stosunku do aktualnej ograniczając po części możliwości leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków. Po pierwsze zakłady ubezpieczeń mogłyby być przekonane, że płacąc zryczałtowane kwoty na leczenie ofiar wypadków w pełni pokrywają te koszty bez możliwości wypłaty dodatkowych kosztów leczenia i rehabilitacji w placówkach funkcjonujących poza NFZ. Po drugie, co ważniejsze, pierwotnie zaprojektowany przepis jednoznacznie wskazywał, z ja-

nika Ubezpieczonych gdyż mogło się w przyszłości okazać, że w konsekwencji jej przyjęcia w niezmiennym kształcie nastąpi szereg ograniczeń lub utrudnień w dochodzeniu z tego tytułu roszczeń po stronie poszkodowanych. Rzecznik zaproponował rozważenie zmiany projektowanej regulacji tak, aby w żaden sposób nie ograniczyć poszkodowanych w możliwościach korzystania z placówek służby zdrowia, których usługi nie są finansowane ze środków będących w dyspozycji NFZ, a tym samym w skutecznym dochodzeniu przez poszkodowanych tego typu roszczeń od zakładów ubezpieczeń.

przygotowanie a następnie przeprowadzenie gruntownych zmian w prawie cywilnym, gdzie unormowane są zasadnicze dla odpowiedzialności odszkodowawczej instytucje prawne. Trzeba, bowiem podkreślić, że zgodnie z przepisem art. 34 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia z rozszerzeniem odpowiedzialności na sytuacje określone w ust. 2, co wskazuje na konieczność stosowania w tym zakresie norm kodeksu cywilnego regulujących problematykę odszkodowawczą. Normy prawa cywilnego określają zasady odpowiedzialności deliktowej, jej warunki, opisują szkodę i przysługujące poszkodowanym i ich bliskim świadczenia, wskazując także jak należy wartościować szkodę i jej poszczególne elementy. Nie można także milczeniem pominąć orzecznictwa sądowego (szczególnie SN), które w zakresie odpowiedzialności cywilnej i jej wartościowania jest wyjątkowo bogate. Analizując zarówno obowiązujące przepisy jak i ugruntowane orzecznictwo SN szczególne wątpliwości pojawiają się na tle cywilnych zasad wartościowania wysokości powstałej szkody w zestawieniu z projektowanym ryczałtem obciążającym każdego posiadacza pojazdu, czyli potencjalnego sprawcę wypadku. W świetle regulacji cywilnoprawnych wartościowanie, szacowanie elementu szkody, jakim jest zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji jest procesem dotyczącym każdorazowego indywidualnego przypadku, na który składają się precyzyjne wyliczenia wysokości zaistniałej szkody na podstawie uzyskanych w sprawie

### **Druga grupa uwag Rzecznika Ubezpieczonych dotyczyła braku spójności projektowanych regulacji z instytucjami prawa cywilnego.**

kich środków następuje finansowanie leczenia ofiar wypadków mówiąc: „Ze środków publicznych finansuje się świadczenia zdrowotne udzielane osobom poszkodowanym na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych, etc.” Stosując wykładnię literalną pierwotnie sformułowanego przepisu można było dojść do wniosku, że byłoby to jedyne źródło, z którego następuje finansowanie wszelkich kosztów leczenia szpitalnego ofiar wypadków, a z uwagi na wprowadzaną opłatę ryczałtową przeznaczaną na ten właśnie cel, twierdzenie to można było wesprzeć również wykładnią celowościową przepisu. Tym samym istniało poważne zagrożenie, że poza obowiązkiem odszkodowawczym z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych mogą znaleźć się poniesione indywidualnie koszty leczenia i rehabilitacji w placówkach niezwiązanych z publicznym systemem ochrony zdrowia. Możliwość takiej wykładni w projektowanej regulacji wyjątkowo zaniepokoiła Rzecznika

*Ten zabieg został uczyniony, bowiem w brzmieniu nowego projektu z dnia 7 listopada br. pierwotnie proponowana regulacja nie została umieszczona, co w pewien sposób konsumuje wyżej omówioną uwagę tym samym znacznie ograniczając wskazywane przez Rzecznika zagrożenie wyłączenia poza zakres odszkodowawczy zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych przez poszkodowanych poza system finansowany ze środków publicznych.*

Na kolejną podnoszoną przez Rzecznika problematyczną kwestię, odnoszącą się do obciążenia zakładów ubezpieczeń określonym ryczałtem wpływają sygnalizowane na początku opracowania kwestie cywilnoprawne związane z odpowiedzialnością odszkodowawczą sprawców czynów niedozwolonych – deliktów (m.in. wypadków drogowych). W ocenie Rzecznika oprócz wprowadzanych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w niektórych innych ustawach konieczne byłoby

dowodów (np. faktur, paragonów, oświadczeń i innych dokumentów potwierdzających koszty leczenia, rehabilitacji etc.). Wysokość tego elementu składowego szkody opiera się, więc na zindywidualizowanym, udowodnionym i precyzyjnie wyliczonym w pieniądzu świadczeniu. Wobec powyższego w ocenie Rzecznika stosowanie równego ryczałtu liczonego do składki na pokrycie kosztów leczenia pozostaje niezgodne z wartościowaniem (wyliczaniem) tego elementu szkody w sposób przewidziany w prawie cywilnym. Tym samym, zdaniem Rzecznika, pojawia się poważne zagrożenie występowania w systemie prawnym podwójnej regulacji omawianego zagadnienia (z jednej strony ryczałt a z drugiej wartościowanie kosztów leczenia, rehabilitacji na podstawie norm kodeksu cywilnego), co z kolei negatywnie wpłynie na jego nie-spójność i wynikające na tym tle problemy interpretacyjne przy stosowaniu prawa. Pozostawiając niezmienione przepisy kodeksu cywilnego regulujące precyzyjnie obowiązek zwrotu m.in. kosztów leczenia<sup>3</sup>, w naszej ocenie otwiera się zakładom ubezpieczeń drogę do podważania projektowanych przepisów wprowadzających ryczałt lub możliwość występowania przez nie do NFZ z roszczeniem z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia. Łatwo, bowiem można sobie wyobrazić sytuację, w której zakład ubezpieczeń wykaże, że koszty leczenia ofiar wypadków poszkodowanych przez ubezpieczonych przez niego sprawców są niższe niż pierwotnie planowane 20% odprowadzonych składek. Tym samym po stronie NFZ może wystąpić bezpodstawne wzbogacenie skutkujące koniecznością zwrotu części z przekazanych zryczałtowanych kwot. Oczywiście trudno prognozować, jakie byłyby orzeczenia sądów w tego typu sprawach, ale trzeba się liczyć także z negatywnymi dla NFZ wyrokami. Zdaniem Rzecznika należało rozważać rozwiązania systemowe zgodne z przepisami k.c. po-

legające na zaliczkowym ryczałcie płaconym przez ubezpieczycieli na rzecz NFZ, który następnie byłby rozliczany z poszczególnymi zakładami ubezpieczeń w stosunku do faktycznie poniesionych kosztów leczenia ofiar wypadków. Przyjęcie takich rozwiązań zgodne byłoby zarówno z wytycznymi kodeksowymi, jakim jest obowiązek wyłożenia z góry przez sprawcę (jego ubezpieczyciela) sumy potrzebnej na koszty leczenia jak i wartościowaniem tego elementu szkody w oparciu o faktycznie poniesione koszty. Można, co jest gorszym rozwiązaniem, wzorem innych państw rozważyć wprowadzenie systemu gdzie przez pewien okres towarzystwa ubezpieczeniowe pokrywają koszty leczenia na podstawie danych historycznych, a następnie na ich podstawie określona zostaje na przyszłość zryczałtowana stawka. Oczywiście przyjęcie takiego rozwiązania wymagałoby zmian w prawie cywilnym, które zasygnalizowano wcześniej.

*W nowym projekcie pewne zabiegi w kierunku dostosowawczym poczyniono, z tym, że do pełnej spójności proponowanej regulacji w odniesieniu do norm prawa cywilnego jest jeszcze daleko. Z uzasadnienia do projektu wynika, iż obecnie nie jest możliwe dokładne określenie, jaki jest faktyczny koszt leczenia ofiar wypadków, co wydaje się stanowić główną przeszkodę w urealnieniu wysokości*

*pojazdów mechanicznych. W świetle zaproponowanej regulacji art. 131a<sup>4</sup>, a także zapewnień resortu, co bez wątplenia stanowi krok w dostosowaniu regulacji do zasad cywilnoprawnych poziom wskaźnika w kolejnych latach powinien ulegać zmianom uwzględniającym bilans pomiędzy wpłaconymi przez zakłady środkami a faktycznie poniesionymi kosztami na leczenie ofiar wypadków. Jeżeli koszty leczenia ofiar wypadków w kolejnych latach faktycznie okażą się niższe wysokość wskaźnika na kolejne lata również będzie ulegać obniżeniu, skutkując niższymi od prognozowanych zwyczajek w składkach.*

Ponadto, omawiając cywilnoprawne aspekty proponowanej regulacji Rzecznik przypominał, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów z zasady nie obejmuje strat i kosztów, jaki ponosi na skutek wypadku sam jego sprawca. Zasadą określoną w przepisach prawa cywilnego jest, co może stanowić przyszłą lukę prawną w świetle projektowanych zapisów, brak możliwości w ramach ubezpieczenia OC pokrywania kosztów leczenia, rehabilitacji sprawcy, który jest jednocześnie ofiarą wypadku. Do tego celu służą obecnie składki na ubezpieczenie zdrowotne realizowane w ramach publicznej opieki zdrowotnej oraz częściowo i uzupełniająco (w ramach niepublicz-

**W samym projekcie uczyniono zabiegi dostosowawcze do zasad prawa cywilnego, ale do pełnej spójności jest jeszcze daleko.**

*opłaty ryczałtowej do faktycznej wysokości kosztów leczenia ofiar wypadków. Wydaje się, że właśnie wobec tych trudności określono w art. 6 projektu „pierwszy wskaźnik” tzn. na 2007 r. na poziomie 0,12 czyli inaczej 12% od składek zebranych z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy*

*nej służby zdrowia) ubezpieczenia NNW kierowcy, które zwykle w swoim zakresie przewiduje dodatkowe świadczenia w postaci zwrotu kosztów leczenia, rehabilitacji, pokrycie kosztów protez czy przeszkolenia zawodowego, wyposażenia warsztatu pracy poszkodowanego kierowcy. Ponadto na pol-*

## **Jedną z zasadniczych kwestii związanych z projektowaną reformą był dla Rzecznika Ubezpieczonych prognozowany znaczący wzrost składki i związane z tym zagrożenia.**

skim rynku niedawno pojawiły się również komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, które podobnie jak dodatkowe świadczenia z NNW w części wypełniają to pole (pokrywania niezależnych od NFZ, na zasadach komercyjnych kosztów leczenia kierujących pojazdami mechanicznymi).

*Do tych spostrzeżeń regulacje nowego projektu bezpośrednio się nie odnoszą, co oznacza pełną aktualność wyżej wskazanych uwag.*

Zasadniczą kwestią związaną z projektowaną reformą, analizując aspekty ekonomiczne przedsięwzięcia, był dla Rzecznika prognozowany przez ekspertów ubezpieczeniowych znaczący wzrost obciążeń po stronie wszystkich posiadaczy pojazdów mechanicznych<sup>5</sup>. Rzecznik podkreślał, że coraz więcej Polaków posiada pojazdy mechaniczne<sup>6</sup> i zwiększenie finansowych ciężarów związanych z obowiązkiem zawarcia umowy ubezpieczenia OC dotykać będzie znacznej części mniej zaможnych polskich rodzin. Ekspertci ubezpieczeniowi odnosząc się do pierwotnej wersji projektu (wskaźnik 0,2) wstępnie oszacowali, iż składka za obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych z uwzględnieniem kosztów systemowych, prowizji pośredników i podwyższonego poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wzrośnie minimum o, około 27 – 29% co przekładając na kwoty bezwzględne daje wzrost dzisiejszej średniej ceny rocznej polisy z około 400 zł do około 530 zł. *W nowo przyjętej wersji projektu resortu zdrowia przyjęto wskaźnik 0,12 co stosując analogiczną metodę obliczeniową daje realny wzrost składek za ubezpieczenie*

*OC posiadaczy pojazdów mechanicznych na poziomie, 20% czyli średnia cena rocznej polisy wzrośnie z 400 zł do 480 zł. Znacząca podwyżka taryf, a tym samym cen za polisy ubezpieczenia OC, na co zwracał uwagę Rzecznik może prowadzić do niepożądanego i negatywnego dla całego rynku (również a może przede wszystkim jego konsumentów) zjawiska niedopełniania przez część posiadaczy obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia. To zjawisko z kolei może powodować znaczne obciążenie Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego wypłatami odszkodowań i świadczeń za szkody wyrządzone przez nieubezpieczonych posiadaczy<sup>7</sup>. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny finansowany jest ze środków przekazywanych do niego przez zakłady ubezpieczeń z zebranej na rynku składki z ubezpieczenia OC, Jeżeli obciążenia Funduszu wzrosną, proporcjonalnie wzrosną także obciążenia zakładów ubezpieczeń a tym samym nastąpi dalsza zwyżka składki po stronie ubezpieczających się posiadaczy pojazdów (znacznej części obywateli będących konsumentami usług ubezpieczeniowych). Może się okazać po upływie pewnego czasu, że faktyczna podwyżka cen za ubezpieczenie OC wzrośnie nie o prognozowane na dzień dzisiejszy 20%, a znacznie więcej. Oczywiście dzisiaj trudno to precyzyjnie określić jednak w ocenie Rzecznika również warto ten czynnik brać pod uwagę, wprowadzając tak daleko idące zmiany systemowe. Rzecznik w swojej opinii postulował, aby odnośnie sygnalizowanego powyżej problemu przeprowadzono z udziałem zakładów ubezpieczeń symulacje wskazujące na potencjalnych*

posiadaczy, którzy nie dopełnią obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC wskutek prognozowanej podwyżki. Ponadto podejmując rozważania odnośnie ekonomicznych aspektów projektowanych zmian Rzecznik zwrócił również uwagę, że prezentowana przez zakłady ubezpieczeń kalkulacja rzeczywistych kosztów leczenia ofiar wypadków, która byłaby konieczna do pełnego ich pokrycia odbiega od pierwotnie przyjętych szacunków resortu zdrowia. Zakłady ubezpieczeń, głównie bazując na doświadczeniach największego polskiego ubezpieczyciela – Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S.A. – prognozowały wzrost składki na poziomie od 5,3% do 5,6%, natomiast Ministerstwo Zdrowia szacuje ją w zryczałtowanej kwocie na poziomie 20% składek przypisanych z ubezpieczenia, OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Rzecznik postulował, aby w świetle tak znaczącej różnicy poziomów kalkulacji dokonano rzetelnych wyliczeń w ramach prac komisji resortu i samorządu zakładów ubezpieczeń. Zdaniem Rzecznika obiektywna symulacja z jednej strony ukazałaby zbliżone do rzeczywistości koszty leczenia ofiar wypadków drogowych, a także być może pozwoliłaby uniknąć tak znaczących obciążeń posiadaczy pojazdów, co wpływałoby bez wątpienia równie korzystnie na przeciwdziałanie zjawisku nie ubezpieczania się przez część spośród posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Z informacji medialnych wynika, iż obliczeń rzeczywistych kosztów leczenia ofiar wypadków przy współpracy Polskiej Izby Ubezpieczeń i Ministerstwa zdrowia podjęła się niezależna firma doradczo – konsultingowa. Wydaje się, że w świetle nadal istniejących znacznych różnic pomiędzy obliczeniami zainteresowanych stron (5,6% zakłady ubezpieczeń i 12% resort zdrowia) otrzymane przez nią wyniki powinny zostać wykorzystane podczas prac komisji sejmowych

przy ustalaniu wskaźnika opłaty ryczałtowej na 2007 rok.

Niestety Rzecznik nie otrzymał do zaopiniowania ostatecznego projektu resortu zdrowia, co uniemożliwia mu formalne odniesienie się do ostatecznie przyjętych przez resort zdrowia propozycji legislacyjnych. Z informacji medialnych

a także kolejnych projektów zamieszczonego na stronach ministerstwa zdrowia jednoznacznie wynika, że postulaty Rzecznika tylko w niewielkiej części w kolejnych jego wersjach zostały skonsultowane. Wobec powyższego Rzecznik w ramach dalszych prac komisji sejmowych nad projektem

nadal będzie wskazywał na kwestie, które jego zdaniem będą utrudniały a czasem znacznie komplikowały stosowanie wprowadzanej regulacji w praktyce. ■

**Aleksander Daszewski**  
Radca prawny w Biurze  
Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> Kierowcy, którym zdarzyło się prowadzić pojazd po użyciu alkoholu lub innego środka nie będą musieli płacić znacznie podwyższonej tzn. trzykrotności składki w okresie pięciu lat za ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

<sup>2</sup> Po zmianach w kodeksie cywilnym a także skreśleniu w 1990 r. art. 40 ustawy o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy, który stanowił, że określone w w/w ustawie świadczenia zaspokajają wszystkie roszczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy po stronie poszkodowanych w wypadkach przy pracy istnieje możliwość dochodzenia roszczeń na drodze cywilnoprawnej ze strony sprawców – zakładów pracy przewyższających kwoty świadczeń wypłaconych w ramach zabezpieczenia społecznego.

<sup>3</sup> Art. 444 § 1 k.c. stanowi, że „W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody (zakład ubezpieczeń przyp. autora) powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia.”. Podobnie art. 446 § 1 k.c. stanowi, że „Jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody (tutaj zakład ubezpieczeń przyp. autora) powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł”.

<sup>4</sup> Art. 131 a 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych w przypadku, o którym mowa w art. 14a ust. 2 uwzględniając wysokość tych kosztów, wysokość przypisu składek brutto z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz wysokość wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.

2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w ust. 1 określona jest corocznie w terminie do 30 września, i ma zastosowanie w roku następnym.

3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, jest ilorazem wysokości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na skutek zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych, w przypadku, o którym mowa w art. 14a ust. 2, oraz sumy wysokości przypisu składek brutto, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i wysokości wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny. (...)

<sup>5</sup> Obecnie około 12 mln osób posiada pojazdy osobowe, około 1 mln motocyklowe i około 2 mln ciężarowe.

<sup>6</sup> W ostatnich dwóch latach sprowadzono do Polski około 2 mln pojazdów osobowych.

<sup>7</sup> Zgodnie z art. 98 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK do zadań Funduszu m.in. należy zaspokajanie roszczeń za szkody powstałe na terytorium RP w mieniu i na osobie, gdy posiadacz zidentyfikowanego pojazdu mechanicznego, którego ruchem szkodę tę wyrządził, nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

# Rozprawy Ubezpieczeniowe

## – nowość na rynku wydawniczym

„ROZPRAWY UBEZPIECZENIOWE” to tytuł najmłodszego periodyku na rynku mediów poświęconych ubezpieczeniom. Jego wydawcą jest: **Rzecznik Ubezpieczonych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej**. Jak deklaruje redakcja, szeroko rozumiana ochrona konsumentów w ubezpieczeniach będzie stanowić jedną z głównych płaszczyzn zainteresowań zarówno wydawców jak i autorów. Inne priorytety to: prawo ubezpieczeniowe także w aspekcie regulacji unijnych, teoretyczne podstawy ubezpieczeń oraz praktyczne zagadnienia funkcjonowania rynków ubezpieczeniowych w Polsce i poza jej granicami.

Ciekawą deklarację złożyła redakcja jeśli chodzi o inne tytuły periodyków z naszej branży. „Decydując się na próbę wydawania periodyku naukowego poświęconego ubezpieczeniom, nie mogliśmy nie brać pod uwagę istniejącego już wiele lat wielce zasłużonego kwartalnika „Prawo Asekuracyjne”. Nie chcemy być dlań konkurentem, lecz raczej „młodszym partnerem”, tym bardziej, iż uważamy, że rozwijający się polski rynek ubezpieczeń stanowiący element rynku unijnego i wszelkie z tym związane problemy teoretyczne i praktyczne, zasługują na odpowiednie odzwierciedlenie na różnych płaszczyznach i w rozmaitych formułach. Z tego też powodu nie zamierzamy konkurować z innymi, obecnymi na polskim rynku tytułami, takimi jak „Prawo, Ubezpieczenia, Reasekuracja”, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, czy też najpopularniejszym tygodnikiem zajmującym się tą problematyką – „Gazeta Ubezpieczeniowa”.

Podkreślmy, że „ROZPRAWY UBEZPIECZENIOWE” będą dawały możliwość publikacji dla młodszej generacji pracowników naukowych,

doktorantów oraz praktyków mających aspiracje wzbogacenia obserwacji funkcjonowania różnych elementów rynków ubezpieczeniowych o tematyczne pogłębienie i refleksję”.

\*\*\*

Pierwszy zeszyt jest bardzo bogaty w ROZPRAWY I ARTYKUŁY (nie jesteśmy w stanie wspomnieć rzecz jasna o wszystkich). Tak też się nazywa jego pierwsza część, którą rozpoczyna dr Małgorzata Serwach i prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski. Ich autorstwa jest rozprawa pt. „Klauzula rebus sic stantibus a podwyższenie sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej”. Za jej zakończenie autorzy zauważają, „że odpowiedzialność ubezpieczyciela jako odpowiedzialność o charakterze akcesoryjnym z istoty swej powinna „uzupełniać” odpowiedzialność ubezpieczonego sprawcy szkody. Oczywiście w obowiązkowych ubezpieczeniach OC podstawowe znaczenie nabiera wspomniana wcześniej (w artykule) zasada ochrony poszkodowanego. Z tej ogólnej zasady, czy nawet bardziej z pewnego postulatu, nie można jednak wyciągać wniosku o całkowitym przesunięciu ciężaru naprawienia szkody ze sprawcy szkody na jego ubezpieczyciela i rozszerzenie granic tej odpowiedzialności poprzez zastosowanie przepisu o charakterze wyjątkowym (art. 3571 k.c.). Wyczerpanie sumy gwarancyjnej nie stoi na przeszkodzie dochodzenia przez poszkodowanego pozostałej części świadczenia od ubezpieczonego sprawcy, który przez wiele lat nie ponosił materialnych skutków wyrządzonej przez siebie szkody”.

\*\*\*

O „Atrybutach świadomości i przyczynowości ubezpieczeniowej” pisze z kolei prof. dr hab. Tadeusz Szumlich, który podkreśla: „Wiedzę i umiejętności w dziedzinie ubezpieczeń powinny obejmować po-

wszechnie programy edukacyjne. Sądzę jednak, że szczególną rolę w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej mają do odegrania główni aktorzy sceny ubezpieczeniowej. Powtórzę, że po pierwsze chodzi o rynek ubezpieczeniowy nastawiony na zjednywanie (zdobywanie i utrzymanie) klientów poprzez działania edukacyjne, które można nazwać akwizycją przez edukację (podkr. autora, wys.). Po drugie, chodzi o rynek ubezpieczeniowy skutecznie „cywilizowany” przez powołane do tego instytucje, jak: organ nadzoru, Rzecznika Ubezpieczonych, co można nazwać edukacją dla akwizycji. Po trzecie wreszcie, chodzi o rynek ubezpieczeniowy rzeczywiście współkształtowany przez wymagających, bo dysponujących wysoką świadomością ubezpieczeniową konsumentów, co można nazwać ogólną edukacją ubezpieczeniową – w kształceniu wyróżnia się wiedzę ogólną, bez której nie da się osiągnąć wiedzy specjalistycznej; w dziedzinie ubezpieczeń znajomość metody ubezpieczenia w ogóle jest podstawą zrozumienia proponowanych warunków ubezpieczenia”.

\*\*\*

Dr Marin Orlicki zajmuje się „Uwagami o wypowiedaniu i zmianie treści umów ubezpieczenia dokonywanych przez ubezpieczyciela”. Podsumowując swą rozprawę autor pisze: „...wypowiedanie przez ubezpieczyciela umów ubezpieczeń (zarówno majątkowych, jak i osobowych) jest, moim zdaniem, niedopuszczalne (poza przypadkami wyraźnie przewidzianymi ustawowo). Zakaz ten nie wynika jednak z jednego, wyraźnie i jednoznacznie sformułowanego przepisu, lecz musi być żmudnie rekonstruowany z wielu przepisów częściowych. Stan taki nie sprzyja pewności obrotu i właściwej ochronie praw osób ubezpieczających i ubezpieczonych. Dlatego celowym byłoby podjęcie prac nad sformulowaniem przepisu w kodeksie cywilnym, w którym zostałaby jasno wyrażona zasada, że stosunek prawny ubezpieczenia może zakończyć się z woli ubezpieczyciela tylko

w przypadkach przewidzianych przez ustawę, zaś art. 3841 k.c. do stosunków prawnych ubezpieczenia nie znajduje zastosowania”.

\*\*\*

W tej części periodyku wymieńmy jeszcze autorów i tytuły poszczególnych rozpraw:

□ dr Dariusz Fuchs – „Ochrona ubezpieczeniowa a ochrona konsumenta”

□ dr Małgorzata Maliszewska – „Konsumenckie prawo uzyskania informacji pozostających w związku z ustaleniem odpowiedzialności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego”

□ dr Robert Stefański – „Granice swobody praktyk handlowych ubezpieczycieli w świetle dyrektywy 2005/29”

□ Paweł Pelc – „IKE w systemie emerytalnym z perspektywy konsumenta”

□ Mirosława V. Piłka, Małgorzata Orzeł-Kołodziejczyk – „Rola prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w ochronie konsumentów ubezpieczeń gospodarczych”

□ dr Marcin Małecki – „Ochrona konsumenta na rynku ubezpieczeń i funduszy emerytalnych z perspektywy organu nadzoru”

□ doc. dr Ryszard Zelwianiński – „Niektóre zagadnienia z zakresu ubezpieczeń osobowych i majątkowych podejmowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich”

Ten ostatni podkreśla, iż „Rzecznik Praw Obywatelskich niezmiennie prezentuje pogląd, że jeśli państwo przymusza obywateli – pod groźbą kary – do zawierania obowiązkowych umów ubezpieczenia, to jest zobowiązane wobec obywateli do kontrolowania z jednej strony jak przebiega realizacja tego obowiązku, z drugiej zaś jak są realizowane obowiązki zakładów ubezpieczeń, wynikające z obowiązkowo zawieranych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, szczególnie gdy weźmie się pod uwagę, że ubezpieczenia obowiązkowe miały i nadal mają na celu przede wszystkim zabezpieczenie praw poszkodowanych. A warto wspomnieć, że prowadzenie ubezpie-

czeń obowiązkowych jest dla zakładów ubezpieczeń opłacalne.

Obecnie – jak się wydaje – konkluduje autor, nadszedł czas dokonania wszechstronnej analizy problemu roszczeń osób poszkodowanych w wyniku przestępstwa w tym analizie uznania bądź odrzucania takich roszczeń przez ubezpieczycieli odpowiedzialności cywilnej sprawców przestępstw powstałych w ruchu pojazdów mechanicznych. Obserwujemy także zmiany w orzecznictwie sądów, które zasądzają odszkodowania i zadośćuczynienia coraz częściej w wysokościach zbliżających się do przyjmowanych w krajach Unii Europejskiej. Jak się wydaje, środkiem regulującym postępowanie odszkodowawcze powinna stać się nieopłacalność – dla zakładów ubezpieczeń – prowadzenia procesów sądowych z ofiarami przestępstwa o odszkodowania. Pełna rekompensata szkód ponoszonych przez ofiary wypadków – musi stać się zadaniem pierwszoplanowym przy jednoczesnym zdecydowanym zwalczaniu przestępczości asekuracyjnej. Odnosząc się więc z pełnym szacunkiem do zadań i celu ubezpieczeń majątkowych i osobowych oraz do wykonywanej ogromnej pracy przez zakłady ubezpieczeń należy jednocześnie zadbać, aby roszczenia osób poszkodowanych czynami niedozwolonymi przez sprawców chronionych ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej – były w pełni zaspokajane. Przypomnijmy, że Ryszard Zelwianiński jest dyrektorem Zespołu w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Druga część „ROZPRAW UBEZPIECZENIOWYCH” to SPRAWOZDANIA I INFORMACJE. Zamieszczono tam materiały głównie z i wokół obchodów X-lecia Rzecznika Ubezpieczonych, w tym o analogicznych instytucjach w Europie.

Redakcja: Redaktor naczelny: Stanisław Rogowski,  
Zastępcy redaktora naczelnego: Dariusz Fuchs, Ewa Maleszyk  
Sekretarz Redakcji: Anna Arwaniti  
Rada Naukowa:  
Przewodniczący: prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz  
Członkowie Rady: mec. Aleksander Daszewski,  
prof. dr hab. Jerzy Handschke, prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski, dr hab. Maria Kuchlewska, dr Małgorzata Maliszewska,  
prof. dr hab. Cezary Mik, dr Marcin Orlicki, prof. dr hab. Jadwiga Pazdan,  
prof. dr hab. Wanda Ronka-Chmielowiec

\*\*\*

W części trzeciej – RECENZJE I NOWOŚCI WYDAWNICZE – omówione zostały następujące pozycje:

□ Jan Monkiewicz, Jednolity rynek ubezpieczeń w Unii Europejskiej. Procesy rozwoju i integracji, Oficyna Branta, Bydgoszcz – Warszawa 20-05, s. 386,

□ Tadeusz Szumlicz, Ubezpieczenia społeczne, Teoria dla praktyki, Oficyna Branta, Bydgoszcz ? Warszawa 2005

□ Gerard Bieniek, Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe, Wydawnictwo Prawnicze Lexis, Warszawa 2006

□ Zdzisław Brodecki, Małgorzata Serwach, Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz, Zakamycze, Kraków 2005.

\*\*\*

Wspomnijmy jeszcze, że w ANEK-SIE opublikowana została lista osób nagrodzonych przez Rzecznika Ubezpieczonych i Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej z okazji X-lecia urzędu. Nakład pisma wynosi 500 egzemplarzy, a wsparcia finansowego udzielił GERLING POLSKA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ■

**Bożena M. Dołęgowska-Wysocka**

#### GRATULACJE!

Redakcji dziękuję serdecznie za dobre słowo o „Gazecie Ubezpieczeniowej”. Życzę także hartu ducha i samozaparca, bo ten jest niezbędny przy wszelkiej działalności wydawniczej w obecnych czasach.

**Bożena M. Dołęgowska-Wysocka**



# Nowelizacja Kodeksu Cywilnego w zakresie regulacji umowy ubezpieczenia – wybrane zagadnienia

**W Sejmie trwają prace nad rządowym projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Nowelizacja przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia stosownie do treści uzasadnienia projektu stanowi kontynuację reformy prawa ubezpieczeń gospodarczych, zapoczątkowanej uchwaleniem w dniu 22 maja 2003 r. tzw. pakietu czterech ustaw ubezpieczeniowych.**

Z punktu widzenia zadań realizowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych należy zauważyć, że generalnie projekt zmierza do rozszerzenia ochrony interesów słabszej strony umowy ubezpieczenia, czyli ubezpieczającego, choć w projekcie można znaleźć również regulacje w pewnym stopniu ograniczające tę ochronę (zmiany dotyczące art. 384 oraz art. 812 § 1 k.c.). Propozycje nowych regulacji w zakresie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, czy też umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej są ukierunkowane także na wyraźne wzmocnienie ochrony interesów ubezpieczonego, uposażonego i poszkodowanego. Poniżej chciałabym przybliżyć propozycje przepisów, które wydają się najistotniejsze dla tych osób.

Pierwszą zmianą w projekcie jest zmiana art. 384 § 1 i § 5 k.c. Projektodawcy zaproponowali, aby zasada obowiązku doręczenia wzorca umowy przed zawarciem umowy drugiej stronie umowy wyrażona dotychczas wyraźnie jedynie w art. 812 § 1 k.c. w zakresie doręczania ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.) została rozciągnięta na inne umowy. Zmiana jest jak najbardziej

słuszna, jednak należy zwrócić uwagę na jej pewien negatywny aspekt związany z propozycją jednoczesnego uchylecia wspomnianego art. 812 § 1 k.c., który obecnie nie przewiduje wyjątków od wymogu doręczenia o.w.u. przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Uchylenie art. 812 § 1 k.c. będzie oznaczać, iż zakład ubezpieczeń będzie mógł w wypadkach określonych w art. 384 § 2 k.c. zaniechać doręczenia o.w.u. przed zawarciem umowy. W tym miejscu nastąpi więc osłabienie ochrony ubezpieczającego w stosunku do dzisiejszego stanu prawnego.

Projekt przewiduje także uchYLENIE art. 384 § 5 k.c. nadającego status prawny konsumenta każdemu ubezpieczającemu, przepisu szeroko dyskutowanego w trakcie prac nad projektem jako – jak podaje się w uzasadnieniu projektu – wprowadzającego nie dość usprawiedliwiony wyłom w systemie ochrony prawnej w stosunkach umownych. Rzecznik Ubezpieczonych sprzeciwił się tej zmianie, wnosząc jednocześnie propozycje modyfikacji dotychczasowej regulacji prawnej. Rzecznik podniósł w szczególności, że kodeksowa definicja konsumenta przyjęta w art. 22<sup>1</sup> k.c., uzależniająca zakres

pojęcia konsumenta od spełnienia dwóch przesłanek: posiadania statusu osoby fizycznej oraz wykonywania czynności prawnych niezwiązanych bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową, jest definicją zawężającą w stosunku do wcześniejszej definicji zawartej w uchylonym ustawą z dnia 14 lutego 2003 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny i innych ustaw (DzU Nr 49, poz. 408) art. 384 § 3 k.c. Ponadto definicja zawarta w art. 22<sup>1</sup> k.c., posługująca się pojęciem „osoby fizycznej” nie wyklucza sytuacji, iż w roli konsumenta, w konkretnej umowie, może występować osoba fizyczna będąca profesjonalistą.

Ograniczenie definicji konsumenta jedynie do osób fizycznych jest niewłaściwe, na co wskazuje również prof. E. Łętowska twierdząc, że brak jest podstaw do automatycznego przenoszenia do prawa krajowego przyjętego w dyrektywach zakresu podmiotowego ograniczającego pojęcie konsumenta do osoby fizycznej ze względu na minimalnych charakter dyrektyw konsumenckich<sup>1</sup>.

Zarówno zawężanie pojęcia konsumenta do osoby fizycznej, jak i konieczny dla działania przepisów ochronnych wymóg niezwiązania celu umowy z działalnością gospodarczą ma już w dużej mierze anachroniczny charakter. W obecnym stanie rozwoju przepisów ochronnych oraz znacznego stopnia skomplikowania nie tylko stosunków ubezpieczeniowych, lecz także innych definicję tę należałoby rozszerzyć.

Przesłanką wprowadzenia regulacji art. 384 § 5 k.c. była dostrzegana przez ustawodawcę nierówność podmiotów uczestniczących w obrocie. Jak wynika bowiem z działalności Rzecznika Ubezpieczonych, zwłaszcza zaś jej formy skargowej oraz

edukacyjnej, świadomość ubezpieczeniowa jest niedostateczna nie tylko wśród osób „prywatnych”, ale także wśród osób (podmiotów) prowadzących działalność gospodarczą, mających różną formę organizacyjno-prawną. O pomoc do Rzecznika zwracają się zarówno drobni przedsiębiorcy, jak i duże, choć znaczenie rzadziej, podmioty. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej oraz ustawa o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych nie posługują się pojęciem konsumenta, lecz rozciągają zawarte w nich mechanizmy ochronne na wszystkie podmioty stosunku ubezpieczenia (ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia).

Biorąc pod uwagę powyższe uznać należy za niewłaściwe definitywną rezygnację z mechanizmów ochronnych, które zapewnia art. 384 § 5 k.c. Zaistniałaby negatywnie oceniana sytuacja funkcjonowania w polskim systemie prawnym dualizmu ochrony dotyczących podmiotów rynku ubezpieczeniowego: pierwszy wynikający z kodeksu cywilnego i skierowanego wyłącznie do osób fizycznych i drugi – szerszy podmiotowo, skierowanego względem wszystkich podmiotów rynku ubezpieczeniowego: zarówno osób fizycznych, prawnych oraz jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej, jak i przedsiębiorców – bez względu na formę działalności. Powstaną zapewne wątpliwości interpretacyjne w zakresie stosowania w przypadku ochrony interesów podmiotów niebędących osobami fizycznymi, zasad i procedur zawartych w k.c., k.p.c. i k.w., związanych z wzorcami umownymi (ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz klauzulach abuzywnych.

Nie można także zapomnieć o grupie podmiotów, na które ustawodawca nałożył obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Wskazać należy, iż właśnie konkretny rodzaj działalności zawodowej przesądza o konieczności za-

warcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli więc wyłączymy grupy zawodowe poza margines ochrony, gdyż nie będą mogły być uznane za konsumentów, powstanie negatywnie oceniana sytuacja: Państwo nakładając obowiązki jednocześnie w znacznym zakresie ogranicza prawo do ochrony interesów zobowiązanych podmiotów.

Istotną kwestią jest także problem rozdzielenia sfery „prywatnej” i „zawodowej” bądź gospodarczej osób fizycznych prowadzących taką działalność. Przykładem mogą być tu osoby prowadzące gospodarstwa rolne. Uchylenie przedmiotowej regulacji w szczególności wyłącza ochronę tych osób w zakresie stosowania klauzul abuzywnych.

Rzecznik Ubezpieczonych wysunął propozycje pozostawienia obecnie istniejącej ochrony prawnej dla drobnych przedsiębiorców. Konieczne jest jednak zmodyfikowanie obecnej regulacji i inne jej umiejscowienie. W celu uniknięcia zagrożenia, naruszenia zobowiązań międzynarodowych Polski poprzez uniemożliwienie stosowania klauzul arbitrażowych należałoby też rozważyć wyłączenie stosowania art. 385 pkt 23 k.c. względem przedsiębiorców. Obecnie wydaje się, że istnieje szansa na wprowadzenie do projektu nowych regulacji choć w częściowym zakresie art. 384 § 5 k.c.

Ważną dla ubezpieczających zmianą jest propozycja nowego brzmienia art. 808 odnoszącego się do regulacji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. W myśl projektowanego przepisu ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony nie będzie musiał być imiennie wskazany w umowie, chyba że będzie to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Roszczenie o zapłatę składki przysługiwać będzie ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela będzie mógł on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu. Ubezpieczony będzie uprawniony do żądania należnego świadcze-

nia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej. Uzgodnienie takie nie będzie mogło być dokonane, jeżeli wypadek już zajdzie.

Rozważane jest jeszcze rozszerzenie przepisu o regulacje mające zapewnić ubezpieczonemu, będącemu konsumentem w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c. możliwość korzystania z ochrony w przypadku stosowania przez ubezpieczyciela niedozwolonych klauzul umownych oraz o uregulowania w zakresie dostarczania ubezpieczonemu informacji o umowie. Z taką propozycją wystąpił m.in. Rzecznik Ubezpieczonych.

Istotną dla ubezpieczających nowelizacją jest projekt zmiany art. 811 § 1 k.c. Nowa regulacja przewiduje, że jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręczy ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które będą odbiegać na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany będzie zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie będą skuteczne, a umowa zostanie zawarta zgodnie z warunkami oferty.

W braku sprzeciwu umowa dojdzie do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Szczególne znaczenie ma tutaj sankcja niewykonania obowiązku zwrócenia uwagi na postanowienia odbiegające na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej oferty oraz wskazania terminu na zgłoszenie sprzeciwu stanowi bezskuteczność zmian niekorzystnych dla ubezpieczającego przy zachowaniu ważności umowy o treści zgodnej z ofertą – co jest oczywiście dogodne dla ubezpieczającego.

Kolejną ważną propozycją projektu stanowi nowe uregulowanie art.



813 § 1 k.c. Nowelizacja zakłada dodanie zdania w myśl, którego w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, ubezpieczającemu będzie przysługiwał zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Zmiana ta ma na celu zagwarantowanie ubezpieczającemu prawa do zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia (wyjątkiem pozostałyby jedynie obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz obowiązkowe ubezpieczenie OC rolników).

Obecnie powszechne jest zastrzeżenie w ogólnych warunkach ubezpieczenia przez zakłady ubezpieczeń, że gdy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia określonego w polisie, zakład ubezpieczeń dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia pod warunkiem, iż w okresie ubezpieczenia nie zaistniało zdarzenie, w związku z którym zakład ubezpieczeń wypłacił lub zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania.

Dalej projekt przewiduje zmiany w art. 814 k.c. Dla ubezpieczających szczególne znaczenie ma nowy zapis w § 2 oraz dodany § 3. Proponuje się, aby w sytuacji, gdy ubezpieczyciel będzie ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostanie zapłacona w terminie, ubezpieczyciel będzie mógł wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowy rozwiąże się ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka. Obecnie funkcjonującą instytucję prawną odstąpienia od umowy zastąpi instytucja wypowiedzenia w celu usunięcia problemów związanych z sytuacją, w której skutki prawne ustania umowy sięgają wstecz.

W nowym § 3 art. 814 proponuje się wprowadzenie regulacji chroniącej interesy ubezpieczających opłacających składkę ubezpieczeniową w ratach. Zmiana ma wyeliminować możliwość wprowadzania przez zakłady ubezpieczeń do ogólnych warunków postanowień o automatycznym ustaniu odpowiedzialności (bez obowiązku zawiadomienia o rozwiązaniu umowy przez ubezpieczyciela) w razie niezapłacenia kolejnej raty składki. W myśl projektowanego przepisu w razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki będzie mogło powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Niezmiernie ważne są projektowane zmiany dotyczące art. 815 k.c. Propozycje dotyczą poszerzenia grona osób, na których ciąży obowiązek udzielenia pełnej, potrzebnej do oceny ryzyka, informacji o okolicznościach i ich zmianach, o jakie pyta zakład ubezpieczeń (obowiązki te będą odnosić się nie tylko do ubezpieczającego, ale także do jego przedstawiciela oraz ubezpieczonego przy umowie na cudzy rachunek).

Na tle pojawiających się problemów ze stosowaniem art. 815 § 3 k.c. (można tutaj przywołać m.in. szeroko komentowany wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.09.2005 r., sygn. IV 113/05) szczególnego znaczenia nabiera nowelizacja tego przepisu w zakresie usunięcia pewnej sprzeczności między terminologią zastosowaną w obecnym brzmieniu § 1 i § 3 (chodzi tutaj mianowicie o sformułowania „wszystkie znane sobie okoliczności” oraz „okoliczności niezgodne z prawdą”). W projekcie proponuje się, aby sankcja w postaci zwolnienia zakładu ubezpieczeń od odpowiedzialności dotyczyła wyłącznie sytuacji, w której

podawane zakładowi ubezpieczeń okoliczności nie były zgodne z wiedzą ubezpieczającego, nie zaś ze stanem rzeczywistym. Ponadto okoliczność niepodania pewnych informacji ubezpieczycielowi będzie musiała odnosić się do zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zaś do zajścia wypadku ubezpieczeniowego jako takiego. Rozważane jest stworzenie domniemania, że niepodane okoliczności mają wpływ na zajście wypadku jeżeli ich niepodanie ubezpieczycielowi nastąpi z winy umyślnej.

Kolejną istotną propozycją w projekcie jest nowe brzmienie art. 816 k.c. zgodnie, z którym w razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron będzie mogła żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona będzie mogła w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Przepisu tego nie będzie się stosować do ubezpieczeń na życie.

Obecna regulacja art. 816 k.c. jak zauważają projektodawcy nadmiernie uprzywilejowuje ubezpieczyciela, przyznając mu uprawnienie podwyższenia wymiaru składki (w razie zwiększenia prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego) oraz uprawnienie odpowiedniego zmniejszenia, w takiej sytuacji, należnego odszkodowania, a nawet (w razie zwiększenia bardzo znacznego) prawo odstąpienia od umowy i całkowitej odmowy spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego albo też zmniejszenia tego świadczenia.

Zgodnie z projektowanym brzmieniem art. 817 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Pozostanie § 2 w myśl, którego gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpie-

czeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia zakład ubezpieczeń powinien spełnić w terminie 30 dni.

Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia będą mogły zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż powyższe. Przepis straci więc charakter przepisu dyspozytywnego, co ma wyeliminować nadmierne wydłużanie umownego terminu spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego przez zakłady ubezpieczeń.

Propozycja dotycząca art. 818 k.c. wprowadza zupełnie nowe unormowania związane z obowiązkiem powiadomienia ubezpieczyciela o zaistniałym wypadku, czego brak w obecnej regulacji.

Proponuje się, aby umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogły przewidywać obowiązek powiadomienia ubezpieczyciela o wypadku w określonym terminie przez ubezpieczającego. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązkiem takim będzie można obciążyć zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony nie będzie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ww. obowiązku ubezpieczyciel będzie mógł odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyni się do zwiększenia szkody lub uniemożliwi ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

Skutki braku zawiadomienia ubezpieczyciela o wypadku nie będą następować, jeżeli ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzyma wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

Korzystny dla ubezpieczonych jest projekt zmiany obecnego brzmienia art. 824 § 2 k.c., dotyczącego tzw. podwójnego (wielokrotnego ubezpie-

czenia). Przy dzisiejszej regulacji istnieje zagrożenie nieuzyskania pełnej ochrony w sytuacji, gdyby jeden z ubezpieczycieli odmówił wypłaty odszkodowania albo okazał się niewypłacalny. W celu usunięcia tego zagrożenia proponuje się rozwiązanie zgodnie, z którym zasada stosunkowego podziału odpowiedzialności między zakładami ubezpieczeń będzie dotyczyć wyłącznie ich wzajemnych rozliczeń. Uprawniony do odszkodowania przy uwzględnieniu zasady, że odszkodowanie nie może być wyższe od poniesionej szkody będzie decydował, czy zwróci się o jego wypłatę do jednego, obu, czy też wszystkich ubezpieczycieli.

Projektodawcy zwrócili uwagę, że w obowiązującym art. 826 k.c. na ubezpieczającego nakłada się nadmierne obowiązki w zakresie traktowania ubezpieczonego mienia po zajściu wypadku powodującego szkodę – wymaga się mianowicie od ubezpieczającego, żeby użył „wszelkich dostępnych mu środków” w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą oraz zmniejszenia rozmiarów szkody już zaistniałej. Niewykonanie tego obowiązku w następstwie rażącego niedbalstwa może powodować odmowę wypłaty odszkodowania. W projekcie proponuje się następujące zmiany.

Umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia będą mogły przewidywać, że w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest:

- 1) użyć określonych w umowie środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
- 2) zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował określonych w umowie środków ubezpieczyciel będzie wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

Ubezpieczyciel będzie obowiązany, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków określonych w umowie, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia będą mogły zawierać postanowienia korzystniejsze dla ubezpieczającego.

W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek regulacje te będą dotyczyć także ubezpieczonego.

Projekt przewiduje nową regulację, która miałaby być zawarta w dodanym § 2 art. 829 k.c. zgodnie, z którą wyraźnie zostaje zapisana zasada konieczności uzyskania zgody ubezpieczonego na zawarcie na jego rachunek umowy ubezpieczenia na życie. Także do jej zmiany, konieczna będzie uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zgoda ta powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia.

W obecnym stanie prawnym przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia (art. 830 § 1 k.c.), w praktyce pojawiają się jednak problemy w sytuacji, w której termin wypowiedzenia nie jest określony. W projekcie zakłada się więc, że w razie w razie takiego braku umowa zostaje wypowiedziana ze skutkiem natychmiastowym.

Projektowana nowelizacja art. 830 k.c. zawiera wyraźne wskazanie, że ubezpieczyciel będzie mógł wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na życie jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie. ■

**Anna Dąbrowska**

Biurowisko Rzecznika Ubezpieczonych

<sup>1</sup> E. Łętowska „Prawo umów konsumenckich”, C.H. Beck, Warszawa 1999, str. 42

# Edukacja ubezpieczeniowa w szkołach

**Stowarzyszenie na rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP oraz Polska Izba Ubezpieczeń realizuje w roku szkolnym 2006/2007 autorski i innowacyjny projekt – Edukacja ubezpieczeniowa w ramach przedmiotu „Podstawy Przedsiębiorczości”.**

**P**rogram adresowany jest do uczniów i nauczycieli w szkołach ponadpodstawowych i winien przyczynić się – poprzez propagowanie idei ubezpieczeń oraz pogłębianie wiedzy na ich temat – do wzrostu świadomości ubezpieczeniowej młodego pokolenia Polaków.

Wiąże on również teoretyczne zagadnienia z praktyką życia gospodarczego na bazie praktycznych przykładów oraz poprzez przedstawienie młodzieży atrakcyjności zawodów i przybliżenie modeli kariery zawodowej w sektorze finansowym przyczyniając się do lepszego dopasowania przyszłych wyborów do wymogów rynku pracy.

Projekt wykorzystuje również nowoczesne metody edukacyjne, w tym nauczania zdalnego przez Internet dla zwiększenia atrakcyjności przekazu na bazie naturalnego obycia młodzieży w środowisku komputerowym. Partnerem Stowarzyszenia w realizacji projektu jest 4 System, firma z bogatym doświadczeniem w e-learningu.

Projekt służy upowszechnianiu tematyki ubezpieczeniowej, zrozumieniu zasad funkcjonowania gospodarki rynkowej i promocji przedsiębiorczości oraz wpisuje się – zarówno pod względem treści jak zastosowania nowoczesnych metod – w potrzeby i wymogi kształcenia nowej generacji Polaków.

Udział uczniów jak i nauczycieli w całości projektu jest bezpłatny.

## 1. CEL PROJEKTU

Projekt Stowarzyszenia ma na celu poszerzenie merytoryczne pro-

gramu przedmiotu „Podstawy przedsiębiorczości” w zakresie dotyczące ubezpieczeń.

Poprzez zastosowanie odpowiednich narzędzi (m.in. wymianę doświadczeń między uczniami, nauczycielami a ekspertami, pokazanie modeli zawodowych z obszaru rynku ubezpieczeniowego) wprowadzi elementy praktyczne do w kształcenia młodzieży.

Pogłębienie programu nauczania przedmiotu przedsiębiorczości w zakresie ubezpieczeń połączone z zagadnieniami ochrony konsumenckiej przygotowuje uczniów szkół ponadpodstawowych do aktywnego wchodzenia w życie gospodarcze jako uczestników rynku finansowego.

Zastosowana metoda nauczania on-line umożliwi dostęp do wiedzy ubezpieczeniowej w równym zakresie młodzieży z obszarów poza wielkomiejskich.

## 2. SKRÓCONY OPIS PROJEKTU

Cykl szkoleń przeprowadzony zostanie tzw. metodą mieszaną (blended learning) łączący metodę tradycyjną – seminaryjną z metodą

nauczania zdalnego. Wykorzystuje ona naturalne zainteresowanie i obycie młodzieży ze środowiskiem informatycznym, umożliwiając systematyczną i zindywidualizowaną pracę w wykorzystaniu Internetu.

Kurs składa się z dwóch modułów:

- Ubezpieczenia Działu I
- Ubezpieczenia Działu II

Współpracujący ze Stowarzyszeniem specjaliści z danych dziedzin przygotowali wszelkie niezbędne do ćwiczeń i wykładów materiały oraz opracowali merytoryczną część testów do formuły zdalnego nauczania.

Współpracujący metodycy oraz specjaliści nauczania zdalnego dostosują metody przekazywania wiedzy z zakresu ubezpieczeń prezentowane w projekcie do możliwości percepcyjnych i możliwości technicznych uczących się zmierzając uatrakcyjnienia prowadzonych zajęć.

Stowarzyszenie pragnie wykorzystać również doświadczenia dydaktyczne nauczycieli przedmiotu „Podstawy przedsiębiorczości”.

Partnerem z branży informatycznej Stowarzyszenia przy realizacji projektu jest renomowana firma specjalizująca się w realizacji szkoleń E-learningowych 4 System.

## 3. SPOSÓB REALIZACJI PROJEKTU

Pełny kurs obejmuje dwa moduły poświęcone osobno ubezpieczeniom Działu I oraz II.

Każdy moduł zawiera sześć jednostek realizowanych przez 6 godzin lekcyjnych w jednym tygodniu,



z czego trzy prowadzone są przez trenerów metodą seminaryjną bezpośrednio w kontakcie z uczniami w szkołach, trzy pozostałe metodą interaktywną z wykorzystaniem platformy E-learningowej, w tym czatu, forum dyskusyjnego oraz automatycznego testowania.

W pierwszej fazie – w listopadzie 2006 roku – odbędzie się szkolenie dla nauczycieli klas uczestniczących w programie, mające na celu

zaznajomienie ich z formułą i celami kursu oraz nauczenie ich obsługi platformy służącej do zarządzania szkoleniem on-line.

Na zakończenie zorganizowane zostanie spotkanie podsumowujące wyniki oraz pozwalające na wymianę doświadczeń powstałych w trakcie realizacji projektu.

Część materiałów umieszczona zostanie na platformie e-learningowej, z której uczestnicy będą

mogli pobierać materiały po zalogowaniu się do systemu.

Warunkiem wzięcia udziału szkoły w projekcie jest posiadanie pracowni komputerowej z ok. 15 stanowiskami umożliwiającymi jednoczesną pracę uczniów. ■

**Ariadna Auriga-Borówko**

Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Bezpieczeństwa Finansowego Obywateli RP  
aaborowko@stob.org.pl

## Warto przeczytać

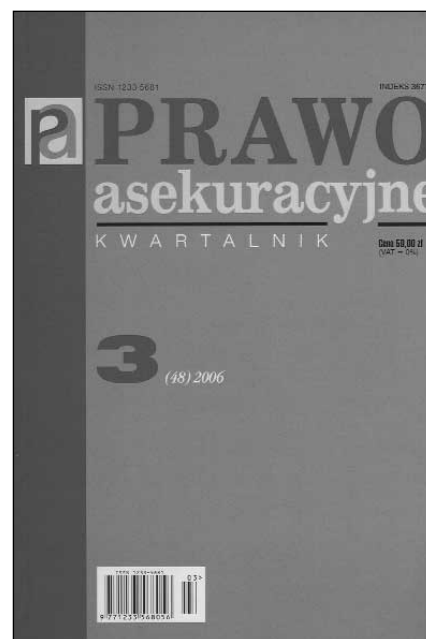


### WYKONAJ PLAN

**Nowa strategia Komisji Europejskiej wobec rynków finansowych**

Ukazał się na rynku trzeci w tym roku numer kwartalnika „Prawo asekuracyjne”. Periodyk rozpoczyna rozprawa redaktora naczelnego prof. Jerzego Łańcuckiego pt. „Regulacyjne i nadzorcze elementy w Planie Działania w Zakresie Usług Finansowych (FSAP) (2005-2010)”. Plan jest elementem realizowanej przez Unię Europejską Strategii Lizbońskiej. Ma na celu stworzenie w państwach członkowskich jednolitego rynku usług finansowych. FSAP zakładał realizację 42 przedsięwzięć legislacyjnych, które miały do tego doprowadzić. „Stworzenie takiego rynku – pisze autor artykułu – jest niezwykle istotne, ponieważ integracja rynków usług finansowych powinna znacząco podnieść efektywność alokacji zasobów gospodarczych i tym samym, w dłuższym horyzoncie czasu, wpłynąć na poprawę wyników gospodarczych i wzrost konkurencyjności gospodarki europejskiej w wymiarze globalnym”. W grudniu 2005 roku Komisja Europejska

zaprezentowała specjalną Białą Księgę, w której znalazł się opis realizacji założeń FSAP oraz analiza niedociągnięć, które miały miejsce podczas wdrażania Planu. Treść Białej Księgi stała się podstawą do programu działań na kolejne pięć lat. W dalszej części rozprawy prof. Łańcucki dokonuje analizy nowej strategii oraz jej wpływu na funkcjonowanie rynków finansowych w obrębie Unii Europejskiej. Poznajemy m.in. priorytety nowej polityki Komisji Europejskiej w dziedzinie usług finansowych na lata 2005-2010 oraz cele i zadania w zakresie organizacji i funkcjonowania organów nadzoru. Następnie znajduje się ocena zamierzeń Komisji. Autor omawia też pokrótce realizację Planu na terenie Polski „Dane Komisji Europejskiej z czerwca 2006 r. wskazują na to, że Polska znajduje się na pierwszym miejscu spośród wszystkich państw członkowskich, ze wskaźnikiem ponad 95% wdrożonych regulacji. Jednak to niewątpliwie ilościowe osiągnięcie musi być poddane rzetelnej ocenie z punktu widzenia spełniania standardów jakościowych lepszego stanowienia prawa, ponieważ jakość inkorporowanych przepisów będzie w przyszłości decydowała o skuteczności



i efektywności funkcjonowania całego rynku usług finansowych” – czytamy w artykule.

W tym numerze „Prawa asekuracyjnego” znajdziemy jeszcze pięć interesujących rozpraw naukowych:

● „Tryb likwidacji szkody, gdy wysokość sumy gwarancyjnej nie wystarcza na zaspokojenie roszczeń wszystkich osób poszkodowanych” dr Małgorzaty Serwach z Uniwersytetu Łódzkiego.

● „Klauzula prolongacyjna w obowiązkowym ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych” dr Marcina Orlickiego z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu.

● „Stosowanie sankcji za naruszenie przez ubezpieczającego obowiązków po nastąpieniu wypadku

„Prawo asekuracyjne” nr 3(48) 2006, 98 str., 59 zł.

ubezpieczeniowego” Stefana Repsa.

● „Uwagi na tle art. 815 § 3 k.c.” Jakuba Nawracały.

● „Członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym wbrew woli – pozaumowne formy nabycia członkostwa” Zbigniewa Roszewskiego i Daniela Nowickiego. „Z jednej strony, ustawodawca dopuścił rozwiązania typowe dla reżimu prawa prywatnego, wskazując na umowę jako podstawę uzyskania członkostwa w OFE – zwracając uwagę autorzy – choć zawarcie umowy jest obowiązkiem ubezpieczonego, a zasada swobody umów de facto sprowadza się do swobody wyboru kontrahenta oraz wybitnie

ograniczonego wpływu na treść umowy. Z drugiej sięgnął po instrumenty typowo administracyjne, prowadzące do uzyskania członkostwa w OFE wobec braku aktywności ubezpieczonego zobowiązanego do zawarcia umowy, a nawet – dla osiągnięcia specyficznych celów – prowadzące do członkostwa osób, które nie mają takiego obowiązku, więcej – w ogóle nie mają zdolności do zawarcia umowy z OFE”.

W dalszej części kwartalnika Stanisław Reps dokonuje przeglądu orzecznictwa sądowego w zakresie prawa ubezpieczeń gospodarczych, które zostało opublikowane w II kwartale 2006 r. W dziale „Przepisy prawne” omawiane są zmiany

wprowadzone ustawą o nadzorze nad rynkiem finansowych (Beata Mrozowska) oraz nowe obowiązki sprawozdawcze z transakcji w ramach ubezpieczeniowych grup kapitałowych (Katarzyna Kędziora).

Numer, oprócz tradycyjnej bibliografii, zamyka sprawozdanie z konkursu na najlepsze prace doktorskie, magisterskie, podyplomowe i licencjackie z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych, organizowanego przez Rzecznika Ubezpieczonych, Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej oraz „Gazetę Ubezpieczeniową”. ■

Aleksandra Wysocka-Zańko

## Rola Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej w Polsce

**We współczesnym świecie bardzo cenne jest posiadanie wiedzy i informacji która pozwala na poruszanie się w gąszczu przepisów prawnych, często mało zrozumiałych dla konsumenta. Pomocne są w tym wszelkiego typu publikacje, czasopisma oraz stowarzyszenia, fundacje i kluby.**

U podstaw powołania w roku 1998 Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej była potrzeba podnoszenia społecznej świadomości ubezpieczeniowej najszerszego grona odbiorców. Swoją działalność Fundacja prowadzi na wielu płaszczyznach. Do ważnych zadań należy współpraca z organizacjami, których celem jest edukacja i informacja ubezpieczeniowa. Organizowane są seminaria i konferencje, w których uczestniczą zarówno konsumenci, jak i przedstawiciele środowisk ubezpieczeniowych. Fundacja jest współtwórcą „Monitora Ubezpieczeniowego”, pisma wydawanego przez Rzecznika Ubezpieczonych adresowanego do szerokiego środowiska zainteresowanych tematyką ubezpieczeniową. Z myślą

o edukacji młodzieży powstał we współpracy z FinLife TU Poradnik Ubezpieczeniowy dla szkół, a eksperci Fundacji prowadzili szereg szkoleń w gimnazjach, prezentując w sposób przystępny młodym ludziom mechanizmy funkcjonowania ubezpieczeń. Fundacja wspomagała merytorycznie poświęconą między innymi zagadnieniom ubezpieczeniowym II Wielkopolską Olimpiadę Wiedzy Konsumenckiej dla szkół ponadpodstawowych. Kolejnym ważnym przedsięwzięciem w jakim uczestniczy Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej, jest wydawanie we współpracy z Oficyną Wydawniczą Branta konsumenckich poradników ubezpieczeniowych. Do tej pory ukazały się cztery poradniki: Praktyczny Poradnik Ubezpieczeniowy,

Narciarski Poradnik Ubezpieczeniowy, Mieszkaniowy Poradnik Ubezpieczeniowy oraz Turystyczny Poradnik Ubezpieczeniowy. W przygotowaniu są kolejne pozycje. Fundacja uczestniczy też w organizowaniu corocznych edycji konkursu na najlepsze prace doktorskie, podyplomowe, magisterskie i licencjackie (dyplomowe) z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Jest też współorganizatorem z jednym z zakładów ubezpieczeń „Dziennikarskiej Akademii Ubezpieczeń”, to kolejna akcja edukacyjna mającą na celu podniesienie merytorycznego poziomu wiedzy dziennikarzy o profilu finansowym.

W ciągu 8 lat działalności Fundacja Edukacji Ubezpieczeniowej zrealizowała liczne projekty mające na celu propagowanie szeroko pojętej wiedzy ubezpieczeniowej i podnoszenie świadomości ubezpieczeniowej a priorytetowym celem są działania na rzecz wprowadzenia programu edukacji ubezpieczeniowej do szkół ponadpodstawowych.

# ZMIANY DO WYKAZU ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

## DZIAŁ I

1. **Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**  
Al. Jana Pawła II 27, 00-867 Warszawa  
Zarząd

## DZIAŁ II

1. **Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa  
Prezes Zarządu: **Stanisław Godlewski**
2. **Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych S.A.**  
ul. Sienna 39, 00-121 Warszawa  
Prezes Zarządu: **Małgorzata Rutkowska**
3. **Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych CUPRUM**  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 82, 59-301 Lubin  
Prezes Zarządu: **Janina Sadowska-Cegiełka**

# ZMIANY DO WYKAZU POWSZECHNYCH TOWARZYSTW EMERYTALNYCH

1. **PTE PZU S.A., Otwarty Fundusz Emerytalny PZU „Złota Jesień”**  
Al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  
Prezes Zarządu: **Piotr Rzeźniczak**

# ZMIANY DO WYKAZU INSTYTUCJI UBEZPIECZENIOWYCH

1. **Komisja Nadzoru Finansowego**  
(kancelaria Urzędu)  
Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa  
tel. 022 332 66 00, fax. 022 332 67 93  
Przewodniczący: **Stanisław Kluza**