

***Radosnych, słonecznych i pogodnych
ŚWIĄT WIELKANOCNYCH
życzą
Rzecznik Ubezpieczonych
Zarząd Fundacji Edukacji
Ubezpieczeniowej
Redakcja Monitora Ubezpieczeniowego***



SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| ■ Ze Stanisławem Klużą Przewodniczącym Komisji Nadzoru Finansowego, rozmawia Anna Arwaniti | 3 |
| ■ Aktualności | 4 |
| ■ Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych | 5 |
| ■ Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych | 12 |
| ■ Wcześniejsi emeryci mogą spać spokojnie | 16 |
| ■ Warto przeczytać – <i>Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe</i> | 18 |
| ■ Odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczycieli za szkody wywołane silnym wiatrem (wybrane zagadnienia) | 20 |
| ■ ABC ubezpieczeń na życie | 23 |
| – zagadnienia prawne dotyczące ubezpieczeń życiowych | |
| – charakter umowy ubezpieczenia na życie i jej podmioty | |
| – cel i przedmiot umowy ubezpieczenia na życie | |
| – treść umowy ubezpieczenia na życie | |
| – dokumenty ubezpieczenia | |
| – początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń | |
| – wniosek ubezpieczeniowy | |
| – wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na życie | |
| – odstąpienie od umowy ubezpieczenia na życie | |
| – przedawnienie roszczeń | |
| – ubezpieczenia na życie – praktycznie | |



PISMO RZECZNIKA UBEZPIECZONYCH

Rada programowa – Członkowie Rady Ubezpieczonych

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

Redaktor odpowiedzialny – A.A. Sierańska

Wydawca – Biuro Rzecznika Ubezpieczonych, 00-024 Warszawa, Al. Jerozolimskie 44, IV piętro, telefon: 33 37 326, 33 37 327, fax 33 37 329, www.rzu.gov.pl

Projekt graficzny, skład i łamanie – Usługi Dziennikarskie Wojciech Roslan,

02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 147B/4 tel. 0 501-019-045

Nakład 2500 egz.

BYĆ GOSPODARZEM I PARTNEREM

Z Przewodniczącym Komisji Nadzoru Finansowego Stanisławem Kluzą rozmawia Anna Arwaniti.

Anna Arwaniti: W jednym z wywiadów Pan Przewodniczący powiedział: „stawiam na dialog z rynkiem”, czy mogę prosić o rozwinięcie tej tezy?

Stanisław Kluza: KNF zależy na zmianie standardów w komunikacji i współpracy z rynkiem. Wszyscy gramy w jednej drużynie. Zależy nam na rozwoju rynku finansowego w Polsce. Komisja stawia sobie za cel bycie dla rynku gospodarzem i partnerem.

Podam przykład legislacji, bo dotychczasowe standardy działania w tym zakresie oceniam jako niewystarczające. W mojej ocenie przed stworzeniem przepisu prawnego należy wykonać analizę ekonomiczną. W naszych realiach ten mechanizm funkcjonował wadliwie – często zbyt późno dostrzegano potrzebę stworzenia regulacji, nie było więc czasu na wykonanie stosownych analiz i od razu tworzony był przepis. Na dodatek, często taki przepis był jednostronny – traktował o sprawach, które były ważne tylko dla jednej grupy. W przypadku przepisów bezspornych sprawa była prosta, ale przecież wiele propozycji przepisów wzbudzało kontrowersje i pytania. Wtedy druga strona, widząc swoją

bezradność w rozmowie z regulatorem, próbowała wywierać nacisk poprzez polemikę publicystyczną. W efekcie zamiast debaty eksperckiej mieliśmy medialną przepychankę.

To trzeba zmienić. W ocenie KNF przed zmianą legislacyjną powinny się odbywać wspólne prekonsultacje i merytoryczna dyskusja. Dobre prawo musi uwzględniać wszystkie punkty widzenia.

A.A.: Jednym z zadań KNF jest podejmowanie działań edukacyjnych, na jakich obszarach skupia się urząd?

S.K.: Edukacja to priorytet KNF. Jednym z celów Komisji jest wprowadzenie elementów rynku finansowego do programu szkolnego. Obecnie w szkolnych zadaniach matematycznych brak jest przykładów bazujących na mechanizmach gospodarczych. Wprowadzenie do programów szkoły podstawowej i średniej prostych terminów dotyczących rynku finansowego jest niezbędne. Uczniowie powinni zapoznać się z terminami stosowanymi w rzeczywistości, w której przychodzi im żyć.

Z kolei uczniowie gimnazjum w trakcie lekcji z podstaw przedsiębiorczości powinni mieć możliwość

poznania zastosowań matematyki do zarządzania finansami osobistymi. Chodzi o wychowanie przyszłych pokoleń klientów rynku finansowego. KNF chciałaby przekonać do zmian osoby decydujące o programach szkolnych. Spotykamy się w tej sprawie z przedstawicielami ministerstwa edukacji.

A.A.: Jak pan Przewodniczący ocenia stan świadomości ubezpieczeniowej Polaków?

S.K.: Oceniam, że w obszarze ubezpieczeń mamy do czynienia z największą na rynku finansowym asymetrią możliwości instytucji finansowych i klientów. Klienci, szczególnie detaliczni, muszą poświęcić sporo czasu, pieniędzy oraz mieć wiedzę i determinację, żeby dojść swoich praw. To zdecydowanie zbyt dużo warunków. Tylko pomoc ze strony państwa jest w stanie ograniczyć tę asymetrię. KNF będzie starała się edukować klientów w zakresie ich uprawnień. Wiedza jest najskuteczniejszym narzędziem klienta w grze rynkowej.

A.A.: Ustawy ubezpieczeniowe zawierają szereg prokonsumenckich uregulowań. Czy polski konsument może czuć się bezpiecznie na rynku ubezpieczeniowym?

S.K.: Intuicja podpowiada, że klient powinien zachować ostrożność i pamiętać, że zakłady ubezpie-

KNF sprawuje nadzór nad rynkiem finansowym obejmujący nadzór bankowy, emerytalny, ubezpieczeniowy, nadzór nad rynkiem kapitałowym, instytucjami pieniądza elektronicznego oraz nadzór uzupełniający nad konglomeratami finansowymi. Od dnia 1 stycznia 2008 r. KNF będzie wykonywała zadania należące dotychczas do Komisji Nadzoru Bankowego.

AKTUALNOŚCI

■ 9 stycznia 2007 r. w siedzibie Rzecznika Ubezpieczonych odbyło się robocze spotkanie z Prezes Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń LINK 4 S.A. Zofią Dzik nt. sposobu prawidłowego potwierdzania umów zawartych z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (wydruk z komputera).

■ 18 stycznia 2007 r. w Poznaniu miała miejsce konferencja naukowa pt. „Aktualne problemy ubezpieczeń komunikacyjnych” zorganizowana przez Katedrę Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Rzecznik Ubezpieczonych objął patronat merytoryczny nad konferencją. Naczelnik Wydziału Skarg i Interwencji w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych, mgr Magdalena Kudlak wygłosiła referat „Niektóre problemy naruszania praw konsumentów w ubezpieczeniach komunikacyjnych”.

■ Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił do Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego z pismem, w którym poinformował o przypadkach nieterminowego postępowania odszkodowawczego, prowadzonego przez PZU S.A. w sprawach, w których zgłaszającymi roszczenia odszkodowawcze są osoby korzystające z ochrony sprawcy szkody, ubezpieczonego w zakresie umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

■ Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się z prośbą do Prezesów Zarządów: TU Allianz Polska S.A. oraz PZU S.A. o wyjaśnienia w sprawie praktyki stosowanej przez ww. zakłady ubezpieczeń

Celem nadzoru jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania rynku finansowego, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, a także zapewniania ochrony interesów tego rynku.

czeń nie są organizacjami charytatywnymi.

Weźmy choćby reklamy produktów ubezpieczeniowych – pojawiały się zastrzeżenia co do ich rzetelności. Według KNF pożyteczna byłaby zmiana przepisów polegająca na wprowadzeniu ustawowego wymogu rzetelności treści reklamowych, w szczególności nie pomijania w reklamach istotnych informacji potrzebnych przeciętnemu konsumentowi do podjęcia świadomej decyzji dotyczącej umowy ubezpieczenia. Będziemy o to zabiegać.

A.A.: *Jakie jest stanowisko KNF w sprawie wypłat środków zgromadzonych w OFE?*

S.K.: Przede wszystkim kwestia wypłat świadczeń ze środków zgromadzonych w OFE wymaga pilnej regulacji, bo pierwsze wypłaty z kapitałowej części obowiązkowego systemu emerytalnego rozpoczną się 1 stycznia 2009 r. Naszym zdaniem formą wypłat środków zgromadzonych w OFE powinna być emerytura dożywotnia, co nie wyklucza, że może być ona indywidualna bądź rodzinna. W ocenie Urzędu KNF formą organizacyjną dostawców emerytur dożywotnich powinny być zakłady ubezpieczeń na życie.

Zgodnie z naszą rekomendacją Zakład Ubezpieczeń Społecznych wykonywałby funkcję fizycznej wypłaty połączonego świadczenia z zakładów emerytalnych wraz ze świadczeniami z części repartycyjnej. Propozycja Urzędu KNF zakłada, że ZUS przekazywałby każdej osobie zamierzającej przejść na emeryturę informację o wysokości miesięcznego świadczenia w każdym z zakładów emerytalnych lub towarzystw ubezpieczeń na życie, a warunkiem przejścia na emeryturę byłoby wskazanie przez przyszłego emeryta dostawcy emerytury.

A.A.: *Rząd przyjął projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, co pan Przewodniczący sądzi o obciążeniu firm ubezpieczeniowych kosztami leczenia ofiar wypadków drogowych?*

S.K.: Ta kwestia znajduje się poza właściwością KNF, należy do tematów z zakresu polityki społecznej rządu i zabiegając o niezależność nadzoru od debaty politycznej, pozostawiam ten obszar w gestii innych uczestników debaty. Powtórzę to co powiedziałem o tworzeniu dobrego prawa: potrzebna jest analiza ekonomiczna i dyskusja ze wszystkimi zainteresowanymi stronami.

A.A.: *Wyniki finansowe towarzystw ubezpieczeniowych za 2006 r. są korzystniejsze w porównaniu z rokiem ubiegłym. Jak pan Przewodniczący ocenia perspektywy rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce?*

S.K.: Rynek wciąż ma olbrzymi potencjał. Branża jest w świetnej kondycji finansowej. Dzisiaj system jest bezpieczny. Nadchodząca zmiana dotycząca wymogów kapitałowych wprowadzanych przez Solveny II, nie zmieni tej sytuacji. Z naszych analiz wynika, że przy odpowiednim podejściu część towarzystw mogłaby nawet posiadać mniejsze kapitały. Jeśli ubezpieczyciele wykazaliby się większą współpracą z nadzorem, byłoby to dla nich korzystne.

Najbliższą przyszłość widzę w jasnych barwach, ale dochodzą do nas głosy, że klienci zbyt często są źle traktowani i w ocenie KNF jest to obecnie największe zagrożenie dla wiarygodności i zaufania do produktów ubezpieczeniowych, co może być z perspektywy czasu ograniczeniem dla rozwoju sektora.

A.A.: *Dziękuję za rozmowę* ■

Anna Arwaniti

Rozpatrywanie skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych

Do BRU w roku 2006 wpłynęło 6404 pisemnych skarg zgłaszanych w indywidualnych sprawach z zakresu problematyki ubezpieczeń gospodarczych tj. o 39,2% więcej niż w roku poprzednim.

W ciągu 11 letniego okresu działania urzędu, liczba napływających skarg systematycznie wzrastała, za wyjątkami i radcowskie jak i inne podmioty, które świadczą usługi w tym zakresie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Tą drogą skierowano do Rzecznika o 5,6% wystąpień więcej niż w roku 2005 r.

Tabela nr 1. Liczba skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w latach 1995/96 – 2006

| Lp. | Rok | Liczba skarg ogółem |
|-----|---------------|---------------------|
| 1. | 1995/96 | 1 089 |
| 2. | 1997 | 1 043 |
| 3. | 1998 | 1 419 |
| 4. | 1999 | 1 711 |
| 5. | 2000 | 2 430 |
| 6. | 2001 | 2 866 |
| 7. | 2002 | 2 576 |
| 8. | 2003 | 3 273 |
| 9. | 2004 | 4 235 |
| 10. | 2005 | 4 601 |
| 11. | 2006 | 6 404 |
| 12. | Ogółem | 31 647 |

kiem 2002 r., w którym nastąpił niewielki spadek spowodowany znacznym rozszerzeniem w tym czasie systemu poradnictwa, zarówno telefonicznego jak też w formie kontaktów internetowych. Łącznie w latach

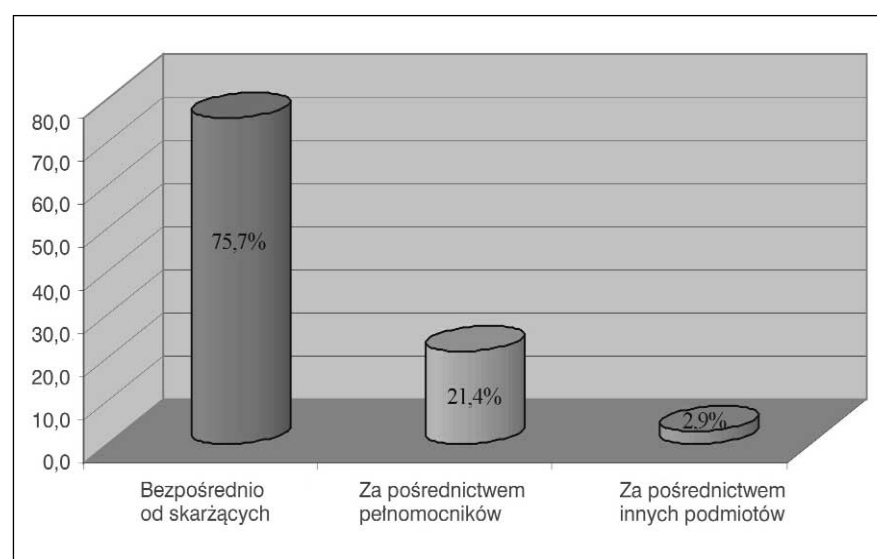
1995/96 – 2006 r. do Rzecznika wpłynęło 31 647 pisemnych skarg (tabela nr 1). Napływały one zarówno bezpośrednio od osób ubezpieczonych, ubezpieczających, uposażonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia, jak też za pośrednictwem innych podmiotów (wykres nr 1). Zwraca uwagę wśród podmiotów składających skargi rosnący udział pełnomocników tj. podmiotów zajmujących się zarówno zarobkowo jak i bezpłatnie pośrednictwem w uzyskiwaniu odszkodowań od z.u. Są wśród nich zarówno kancelarie adwokackie

Podpisanie 18 grudnia 2002 r. Porozumienia o współpracy pomiędzy KNUiFE a RU (ze zmianami wprowadzonymi aneksem z dnia 4 maja 2005 r.) spowodowało przekazywanie przez organ nadzoru do BRU skarg, dotyczących indywidualnych sporów konsumenckich. Również coraz szersza współpraca z powiatowymi i miejskimi rzecznikami konsumentów skutkuje m.in. przekazywaniem skarg do BRU także i przez te podmioty.

1. TEMATYKA SKARG

1.1. Najliczniejsza grupa skarg odnosiła się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych, tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeń autocasco, ubezpieczeń assistance, oraz Zielonej Karty. W porównaniu do roku ubiegłego procentowy udział skarg tej grupy uległ zwiększeniu o 1,1% (w sprawozdaniu odmiennie niż w latach poprzednich, zaliczono do grupy skarg na ubezpieczenia komuni-

Wykres nr 1. Źródło wpływu skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych kierowanych do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.



AKTUALNOŚCI

przy zawieraniu umów komunikacyjnych (OC kom, AC).

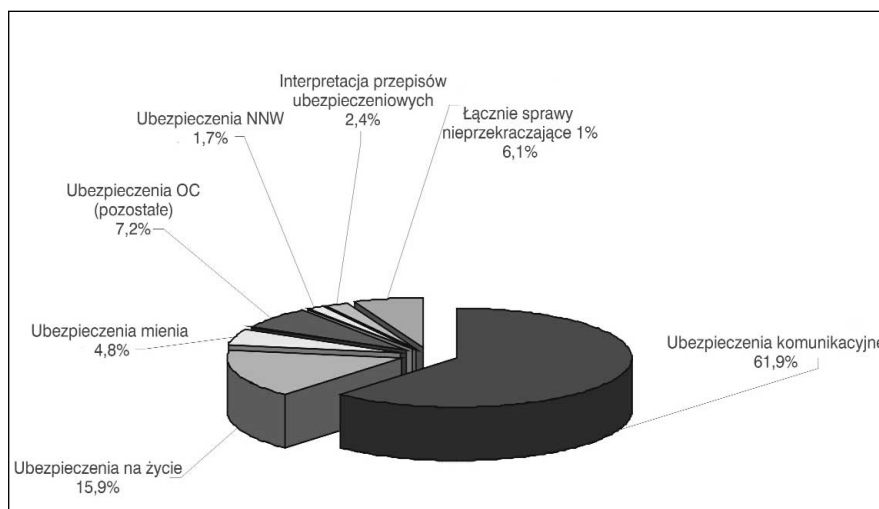
■ Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z pismem do Dyrektora Departamentu Polityki Konsumenckiej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie podejrzenia stosowania przez TUIR WARTA S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, polegających m.in. na ograniczaniu dostępu do dokumentacji akt szkodowych, która miała wpływ na ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokość odszkodowania lub świadczenia, w którym Rzecznik przedstawił stanowisko w sprawie.

■ Rzecznik Ubezpieczonych zwrócił się z wnioskiem do Ministra Pracy i Polityki Społecznej o rozważenie możliwości podjęcia prac legislacyjnych, które pozwoliłyby rozwiązać problem na rynku ubezpieczeń i otwartych funduszy emerytalnych dotyczący szkód poniesionych w wyniku nieodprowadzania przez płatnika składek na ubezpieczenie emerytalne w okresie niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym;

■ Rzecznik Ubezpieczonych wystąpił z pismem do Dyrektora Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Gdańsku, w którym przedstawił stanowisko w sprawie zaniżania przez PZU S.A. kwot odszkodowań za naprawy pojazdów, poprzez korekty cen za użyte części zamienne oraz wykonywane usługi blacharsko-mechaniczno-lakiernicze.

■ Rzecznik Ubezpieczonych zgłosił Prezesowi Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka propozycje odnoszące się do zagadnień, które powinny stać się przedmiotem prac Rady Rozwoju Rynku Finansowego.

Wykres nr 2. Tematyka skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.



kacyjne również wystąpienia dotyczące składek na te ubezpieczenia, co spowodowało zmiany w statystyce skarg (wykres nr 2). Odnotować należy, że od początku działalności RU ubezpieczenia komunikacyjne stanowiły największą liczebnie grupę skarg. W latach 90-tych skarg tych notowano od 59 do 68%, zaś od 2000 roku liczba ta oscyluje między 55 a 59%. Tak znacząca liczba wynika głównie z faktu, że są to i zapewne będą w przyszłości najczęściej zawierane umowy ubezpieczenia, choćby z racji obowiązkowego a tym samym masowego charakteru ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Wysoka pozycja w zakresie liczebności skarg w tej grupie ubezpieczeń, bo 6,9% przypadła problemom odnoszącym się do składek ubezpieczeniowych.

Ubezpieczający w zakresie problematyki zagadnień ogólnych skarżyli się przede wszystkim na:

- wystąpienie tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, do którego doszło w związku z nabyciem pojazdu od innego posiadacza;
- trudności z uzyskaniem zwrotu niewykorzystanej części składki za OC komunikacyjne, w następstwie zbycia pojazdu;
- wysokość składek, w tym na konstrukcję tariff składek.

Przyczyną powstawania tzw. podwójnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest w znacznej mierze brak znajomości przez część posiadaczy pojazdów przepisów określających zasady funkcjonowania tego ubezpieczenia, w tym zmian jakie wprowadziła od 1 stycznia 2004 r. ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych UFG i PBUK.

Bezpośrednią przyczyną skarg było:

- całkowita odmowa uznania roszczenia o odszkodowanie lub świadczenie;
- odmowa uznania części roszczenia odszkodowawczego;
- opieszale prowadzenie postępowań odszkodowawczych, co prowadziło do nieterminowego zaspokajania roszczeń;
- odmowa lub utrudnienia w udostępnianiu akt szkody;
- niedostateczne informowanie o dokumentach wymaganych w związku z likwidowaną szkodą;
- brak wyczerpujących uzasadnień dla przyjmowanych przez zakłady stanowisk, zarówno gdy dotyczyły odmowy uznania roszczenia, jak i wysokości ustalonego odszkodowania lub świadczenia.

Ponadto część skarg dotyczyła UFG, w tym najczęściej:

- nakładania opłat tytułem nie dopełnienia obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- odmowy uznania w całości lub w części zasadności roszczeń odszkodowawczych zgłaszanych do Funduszu.

1.2. Drugie miejsce z uwagi na ilość zajmują skargi dotyczące ubezpieczeń na życie. Ich procentowy udział w ogólnej liczbie skarg jest wysoki tj. 15,9% lecz w porównaniu do roku 2005 zmniejszył się o 2,4% w grupie dotyczącej ubezpieczeń zawartych po 1989 r., zaś niewielki spadek o (0,8%) odnotowano w skargach związanych z ubezpieczeniami tzw. „starego portfela”, tj. z umowami na życie zawartymi z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń przed 1989 rokiem. Liczba skarg dotyczących ubezpieczeń na życie w czasie ubiegłego 11-lecia wahała się od 9 do 18 %, przy czym w ostatnich kilku latach wyraźnie zaznacza się tendencja wygasania skarg na ubezpieczenia z zakresu tzw. „starego portfela”, przy wzroście, z wyjątkiem minionego roku, liczby skarg na pozostałe ubezpieczenia działu I.

Najczęściej podnoszonymi zarzutami pod adresem zakładów ubezpieczeń były:

- a) odmowa uznania roszczenia przez z.u., uzasadnieniem, iż:
 - zdarzenie ubezpieczeniowe nie mieści się w granicach ochrony gwarantowanej umową;
 - ubezpieczony zataił lub podał niepełne informacje o stanie zdrowia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- b) zbyt niska wobec oczekiwań ubezpieczonego tzw. wartość wykupu polisy, proponowana osobom wypowiadającym umowy w czasie jej trwania. Skargi te są konsekwencją rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdy ubezpieczony ubiega się o przewidziany w umowie wykup polisy.

Wypowiadanie tych umów w czasie ich trwania wywołane jest między innymi pogorszeniem sytuacji materialnej ubezpieczonych jak też w większości przypadków dowodzi nietrafności decyzji zawarcia części tych umów;

c) okoliczności towarzyszące zawarciu umowy ubezpieczenia, a zwłaszcza niewłaściwa ocena produktu przez ubezpieczającego wynikająca z braku rzetelnej i obiektywnej informacji ze strony agenta.

W naszej opinii poziom niezadowolona z zawarcia niedostosowanej do potrzeb ubezpieczonego umowy ubezpieczenia na życie wynika również z niskiej świadomości ubezpieczających, co odzwierciedla się m.in. w ich mało aktywnej postawie w kontaktach z agentami przed i przy zawieraniu umowy (np. brak czy też nikła liczba pytań o szczegóły umowy).

Odnosnie skarg dotyczących tzw. „starego portfela”, to podobnie jak w latach minionych ich przedmiotem była zbyt niska kwota ustalonego świadczenia bądź to z tytułu ubezpieczenia dzieci (tzw. ubezpieczenie posagowe) lub ubezpieczenia renty odroczonej. Część skarg w tej grupie dotyczyła nadto problemu przedawnienia się roszczeń. Niestety problem waloryzacji tych świadczeń nie doczekał się systemowych rozwiązań, które pozwoliłyby na uzyskanie od PZU ŻYCIE S.A. świadczeń w spodziewanej przez ubezpieczonych wysokości, dlatego znaczna część spornych spraw kierowana jest na drogę sądową. W licznych przypadkach, w wyniku interwencji RU dochodziło do zawarcia ugody pozasądowej. W jednym przypadku doszło do rozstrzygnięcia sporu przed Sądem Polubownym przy RU.

1.3. Ubezpieczenia OC zawodowej lub OC w życiu prywatnym jeszcze kilka lat temu zajmowały końcowe miejsca pod względem liczby skarg. Jednak od trzech lat liczba skarg w tej grupie systematycznie wzrasta (aktualnie wynosi 7,2%), na co głównie ma wpływ wprowadzanie ustawowego obowiązku ubezpieczania się w tym zakresie dla wielu grup zawodowych. Niewielkie jest w dalszym ciągu zainteresowanie tym ubezpieczeniem przez osoby prywatne, a zawieranie umów następuje niemal wyłącznie poprzez włączanie ich do zakresu ubezpieczeń majątkowych mieszkań czy budynków.

W skargach podnoszone były najczęściej następujące kwestie:

- odmowa wypłaty odszkodowania motywowana przez z.u. brakiem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu zawartej umowy;
- ustalanie przez z.u. nieadekwatnej do rozmiaru szkody wartości odszkodowania, co zdaniem skarżących wynika z braku staranności w określaniu zakresu i wartości szkody a w części przypadków – ze zbyt niskiej sumy gwarancyjnej.

1.4. Kolejne miejsce pod względem liczby skarg zajmowały sprawy odnoszące się do ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń losowych. Procentowy ich udział uległ zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego o 0,1%. Liczba tej grupy skarg podlega zmniejszaniu się w porównaniu z latami ubiegłymi, mimo iż wzrosła liczba zawartych tego rodzaju umów. Można zatem ostrożnie wnioskować, że jakość usług ubezpieczeniowych świad-

Najlichniesza grupa skarg odnosila się do problematyki ubezpieczeń komunikacyjnych, tj. obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczeń autoco-sco, ubezpieczeń assistance, oraz Zielonej Karty.

AKTUALNOŚCI

■ Minister Finansów poinformował Rzecznika Ubezpieczonych, iż podjął decyzję powołującą dr Ryszarda Zelwiańskiego na członka Rady Ubezpieczonych, zgłoszonego z ramienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w miejsce zmarłego prof. dr hab. Tadeusza Sangowskiego;

■ 1 marca 2007 r. Rzecznik Ubezpieczonych przekazał Prezesowi Rady Ministrów sprawozdanie ze swojej działalności w 2006 roku.

■ W listopadzie 2006 r. Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej ogłosili rozpoczęcie kolejnej VI edycji Konkursu na najlepszą pracę doktorską, podyplomową, magisterską i licencjacką (dyplomową) z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Patronat medialny nad VI edycją Konkursu objęła Gazeta Ubezpieczeniowa, która jest współorganizatorem Konkursu.

Na konkurs wpłynęło 6 prac doktorskich, 18 prac magisterskich oraz po jednej pracy podyplomowej i licencjackiej. W dniu 7 marca br. odbyło się I posiedzenie jury na którym przekazano prace konkursowe jurorom celem dokonania pierwszej recenzji. Zakończenie I recenzji przewiduje się na koniec marca 2007 r. Od 2 kwietnia br., rozpoczyna się II etap postępowania wstępnego. W ciągu trzech tygodni jurorzy dokonają drugiej recenzji prac konkursowych. Po uzyskaniu wyników obu recenzji jury dokona wyboru najlepszych prac z każdej z wymienionych grup oraz przyzna nagrody. Posiedzenie na którym wyłonieni zostaną laureaci konkursu zaplanowane jest w I połowie maja br. Konkurs zakończy uroczyste wręczenie nagród. Uroczystość zaplanowano w I połowie czerwca br.

■ 8 marca 2007r. W biurze RzU odbyła się konferencja prasowa poświęcona aktualnym problemom

czonych tej grupie ubezpieczeń uległa pewnej poprawie.

Przyczyną odmowy wypłaty odszkodowania przez z.u. było najczęściej:

- brak ochrony ubezpieczeniowej będący konsekwencją jej zakresu wynikającego z zawartej umowy wobec zdarzenia stanowiącego podstawę roszczenia;
- niedostosowanie zabezpieczenia mienia do wymogów zawartych w o.w.u.;
- nieopłacenie w terminie składki lub jej raty;
- niedopełnienie wymogów ustalonych w o.w.u. dla procesu likwidacji szkody w warunkach umowy ubezpieczenia np. nieterminowe zgłoszenie szkody.

1.5. Nadal wzrasta napływ pisemnych wystąpień dotyczących interpretacji przepisów ubezpieczeniowych. Wynika to zarówno z trudności jakie dla wielu konsumentów stanowi znajomość szerokiej problematyki ubezpieczeń gospodarczych, jak również z postrzegania urzędu RU, jako profesjonalnego i obiektywnego ośrodka informacji i edukacji ubezpieczeniowej, właściwego

do podnoszenia zagadnień prawnych budzących wątpliwości konsumentów w związku z ich stosowaniem w praktyce. Zaznaczyć należy, że wzrost liczby tych pytań notowany jest mimo rozbudowy innych płaszczyzn działania urzędu RU w tym zakresie jak np. dyżurów telefonicznych, portalu internetowego, poczty elektronicznej, z których korzysta również coraz większa liczba osób. Świadczy to o rosnącym zapotrzebowaniu konsumentów usług ubezpieczeniowych na informacje z tego zakresu.

1.6. Następną grupą skarg dotyczyła NNW. Procentowy ich udział w całości skarg uległ zmniejszeniu o 0,6% w stosunku do roku ubiegłego.

Przyczyną tych skarg były najczęściej:

- odmowa przyznania odszkodowania z powodu braku odpowiedzialności za zdarzenie – gdy zdaniem z.u. nie mieści się ono w granicach zakreślonych warunkami umowy ubezpieczenia;
- spory o wysokość odszkodowania – w tym mieszczą się zarówno zarzuty dotyczące zani-

Tabela nr 2. Zarzuty zawarte w skargach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.

| Lp. | Przyczyna skargi | Liczba | % |
|-----|---|-------------|------------|
| 1. | Oddalenie roszczenia | 2094 | 32,7 |
| 2. | Spór co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia | 2514 | 39,2 |
| 3. | Opieszałość w postępowaniu odszkodowawczym | 792 | 12,4 |
| 4. | Zaniżona wartość wykupu polisy (dot. ubezpieczenia na życie) | 72 | 1,1 |
| 5. | Odmowa wykupu wartości polisy (dot. ubezpieczenia na życie) | 13 | 0,2 |
| 6. | Odmowa przejścia opłacania składek (dot. ubezpieczenia na życie) | 10 | 0,2 |
| 7. | Opieszałość w wykupie polisy (dot. ubezpieczenia na życie) | 7 | 0,1 |
| 8. | Odmowa kontynuacji ubezpieczenia | 17 | 0,3 |
| 9. | Zmiana owu w trakcie trwania umowy | 12 | 0,2 |
| 10. | Zmiana sumy ubezpieczenia | 5 | 0,1 |
| 11. | Inne, w tym; wysokość składek, poprawność ich naliczania, zwrot składek; interpretacja przepisów ubezpieczeniowych; kara za brak OC kom.; regresy | 838 | 13,1 |
| 12. | Brak wyraźnej przyczyny skargi | 15 | 0,2 |
| 13. | Brak właściwości Rzecznika Ubezpieczonych | 15 | 0,2 |
| 14. | Ogółem | 6404 | 100 |

żenia procentu uszczerbku na zdrowiu, jak też zbyt niskiej kwoty przyznanego odszkodowania.

2. ZARZUTY ZAWARTE W SKARGACH Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH.

Podobnie jak w roku minionym najwięcej, bo około 85% skarg (tabela nr 2) dotyczy trzech grup problemów:

- oddalenia roszczenia;
- sporu co do wysokości przyznanego odszkodowania lub świadczenia;
- opieszałości w postępowaniu odszkodowawczym.

Ilość skarg dotyczących pierwszej grupy zmniejszyła się o 0,3% a drugiej wzrosła o 2,2%. W zakresie nieterminowego prowadzenia postępowania poziom jest niezmienny.

Inne przyczyny skarg to:

- utrzymujący się, mimo zmian regulacji prawnych, nieprzyjazny konsumentowi sposób prowadzenia postępowania odszkodowawczego, polegający na utrudnianiu lub odmowie dostępu (w tym kopiowania) do dokumentów będących podstawą ustalenia odpowiedzialności z.u. oraz wysokości należnego odszkodowania lub świadczenia;
- nakładanie i egzekwowanie opłat za niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia oraz niezgodne z oczekiwaniem poszkodowanych ustalenie wysokości odszkodowań, do wypłaty których powołany jest UFG;
- praca agentów ubezpieczeniowych;
- sposób kształtowania taryf składek w ubezpieczeniach dobrowolnych;
- rozliczenia tytułem zwrotu niewykorzystanych części składek;
- brak należytego uzasadniania stanowiska zajmowanego przez z.u., zwłaszcza w przypadkach nieuwzględnienia roszczeń w całości lub w części;

- w odniesieniu do umów ubezpieczeń na życie: zmiana warunków umowy w trakcie jej trwania; zmiana sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy; odmowa przejścia obowiązku opłacania składek przez z.u.; odmowa kontynuacji umowy ubezpieczenia przez z.u.

3. TRYB ROZPATRYWANIA SKARG Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ GOSPODARCZYCH I WYNIKI INTERWENCJI.

3.1. W zdecydowanej większości spraw, bo w 73,6%, Rzecznik podjął interwencję. Badanie tej wielkości w czasie ubiegłego 11-lecia wskazuje, że nie spadła ona nigdy poniżej 70%. Pewne jej wahania w poszczególnych latach wynikały z faktu, iż każda skarga badana jest indywidualnie przed podjęciem decyzji o wyborze adekwatnego do potrzeb konsumenta trybu działania Rzecznika.

Podjęcie interwencji w danej sprawie (najczęściej wobec z.u.) miało miejsce wówczas gdy z posiadanego materiału wynikało, iż naruszone zostało prawo lub interes ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Nie oznacza to, że po zakończeniu postępowania w danej sprawie ocena ta zawsze potwierdzała się. Brak całości dokumentacji sprawy i opieranie się w zasadzie tylko na materiałach i wyjaśnieniach przesłanych przez skarżącego powodowało w pewnych przypadkach, że po wyjaśnieniach zakładu ubezpieczeń bądź UFG, Rzecznik modyfikował swoje pierwotne stanowisko (por. pkt 3.2.).

Zakład ubezpieczeń odnosząc się do interwencji Rzecznika bądź uznawał jej zasadność, bądź też podtrzymywał dotychczas zajęte stanowisko, uzupełniając je zazwyczaj dodatkowymi wyjaśnieniami. W takiej sytuacji eksperci BRU poddawali sprawę powtórnej ocenie, od której zależały dalsze kroki. W przypadku uznania dalszej zasadności interwencji, kontynuowa-

no ją. Długość wymiany pism, oraz co za tym idzie, czas załatwiania skargi różnił się więc w konkretnych przypadkach.

Sprawę Rzecznik uznawał za zakończoną, gdy:

- z.u. uznał zasadność interwencji i zmienił swoje stanowisko w całości lub części;
- skarżący zawarł ugodę z z.u.;
- skarżący wystąpił na drogę sądową;
- z.u. ostatecznie odrzucił interwencję;
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po analizie sprawy uznał, iż prawa i interes ubezpieczonego nie zostały naruszone.

We wszystkich przypadkach skarżący otrzymywał wyjaśnienie stanu prawnego, z którego – w powiązaniu ze stanem faktycznym – wynikało rozstrzygnięcie jego sprawy. W przypadku nieuwzględnienia skargi skarżący był również informowany o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej oraz okolicznościach, które musiałby udowodnić w takim postępowaniu, aby mieć szansę na korzystne dla siebie orzeczenie. W sytuacjach gdy Biuro dysponowało orzecznictwem sądowym odpowiednim dla sprawy, przekazywało je skarżącemu.

Rzecznik nie podjął interwencji w 1136 przypadkach, co stanowi 17,7% spraw. Pierwsze miejsce zajmują przypadki w których autorzy wystąpień zwracają się do RU o udzielenie określonych wyjaśnień, lub też są to sprawy w odniesieniu do których stwierdzono, iż analiza posiadanych dokumentów nie wskazuje na stwierdzenie naruszenia prawa bądź interesów ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Nie podejmowano także interwencji w sprawach kierowanych do Rzecznika, jako drugiego bądź kolejnego adresata („do wiadomości”). Ich autorzy wyraźnie zaznaczali, iż chodzi im jedynie o zapoznanie Rzecznika z daną sprawą. Materiał zawarty w takich skargach był wykorzystywany odpowiednio w innych płaszczyznach działalności urzędu. Pewna grupa spraw wyma-

AKTUALNOŚCI

rynku ubezpieczeniowego. Podczas konferencji Rzecznik Ubezpieczonych przedstawił sprawozdanie za rok 2006 dotyczące rozpatrywania skarg z zakresu ubezpieczeń gospodarczych i skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych.

■ W dniach 8-9 marca 2007 r. w Szczecinie odbyła się kolejna, X Międzynarodowa Konferencja dotycząca Przepięczności Ubezpieczeniowej. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele Prokuratury, Policji oraz Straży Pożarnej. W seminarium udział wzięli również przedstawiciele środowisk ubezpieczeniowych: Komisji Nadzoru Finansowego, Polskiej Izby Ubezpieczeń, jak również zakładów ubezpieczeń. Po raz kolejny w Konferencji brał udział przedstawiciel Rzecznika Ubezpieczonych Tomasz Wróblewski. W trakcie wystąpień poruszano problemy dotyczące przepięczności ubezpieczeniowej, jak również radzono nad środkami zmierzającymi do ograniczenia patologicznego zjawiska. Istotnym punktem Konferencji była wymiana poglądów przedstawicieli różnych instytucji ubezpieczeniowych w przedmiocie osiągnięć oraz metod w walce z przepięcznością ubezpieczeniową, w czasie której zaprezentowane zostało stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych.

■ 12 marca 2007 roku w Domu Dziennikarza przy ul. Folsal w Warszawie odbyła się konferencja prasowa zorganizowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń, która dotyczyła rządowego projektu Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W konferencji udział wzięli: Tomasz Mintoft-Czyż, Prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń,

gała uzupełnienia w zakresie opisu stanu faktycznego, bez których dalsze jej badanie było niemożliwe. Mimo stosownych wskazówek przekazanych skarżącemu nie zawsze udawało się dane te pozyskać co również skutkowało wstrzymaniem się od interwencji. Do zakresu spraw, w których nie podjęto interwencji zaliczone zostały również przypadki, w których toczą się postępowania przed sądem, zapadły już wyroki sądowe, lub zawarto ugodę z z.u., która zawierała zrzeczenie się przez skarżącego dalszych roszczeń. W nielicznych sprawach niepodjęcie interwencji wynikało z przedawnienia się roszczeń.

W sytuacjach wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych przesłankami podmiotowymi bądź przedmiotowymi RU podejmował interwencję wnosząc o ich uwzględnienie i zastosowanie trybu wyjątkowego, mimo istnienia wyżej wymienionych przesłanek negatywnych.

Wobec 8,7% wniesionych w 2006r. spraw trwa jeszcze postępowanie wewnętrzne.

3.2. W ostatecznej ocenie Rzecznika, ponad 60% skarg, w których podjęta została interwencja było w całości lub w części zasadnych, mimo iż z.u. nie zawsze uznawały przedstawioną argumentację i podtrzymały wcześniej zajęte stanowisko. Odnotowano to zwłaszcza w przypadku sporów odnoszących się głównie do

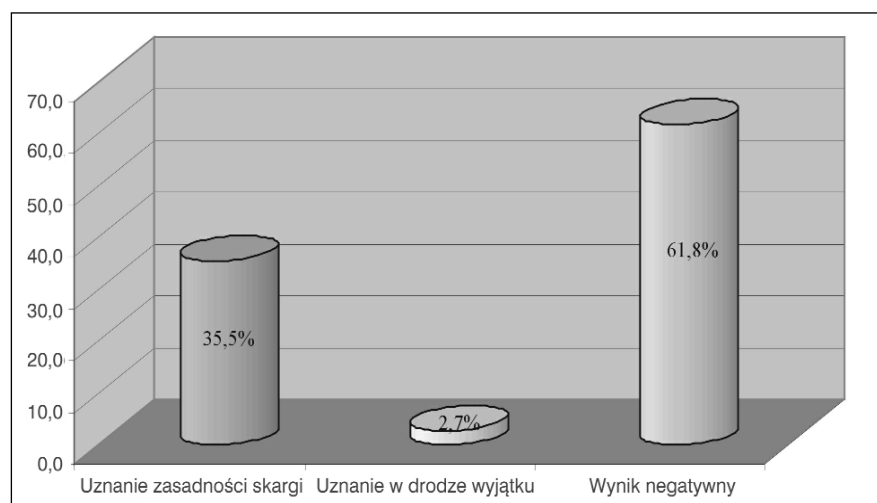
stanu faktycznego, w których Rzecznik nie ma możliwości prowadzenia odrębnego postępowania dodatkowego, jak też w sprawach, w których istniała rozbieżność w interpretacji obowiązujących przepisów między RU a danym z.u. Informowano wówczas skarżącego o możliwości skorzystania z drogi sądowej – zarówno sądów powszechnych jak i Sądu Polubownego przy RU – przy czym wyjaśniano istotne elementy prawne i faktyczne sporu. Sprawy te były również podstawą do formułowania wniosków ogólniejszej natury i podejmowania odpowiednich działań.

W wyniku interwencji RU w odniesieniu do 38,2% skarg nastąpiła zmiana stanowiska na korzyść skarżącego, w tym w drodze wyjątku wobec 2,7% spraw (wykres nr 3). Tym samym skuteczność interwencji Rzecznika uległa zwiększeniu o 1,2% w stosunku do roku poprzedniego. Analizując tę wielkość, można zauważyć, iż z wyjątkiem roku 2001 i 2002, następuje jej systematyczny wzrost, począwszy od 20% pozytywnie zakończonych interwencji w początkowym okresie działalności R.U.

Ocenia się, iż złożyły się na to następujące przyczyny:

- prokonsumenckie zapisy zawarte w nowym prawie ubezpieczeniowym;
- poprawa świadomości konsumentów usług ubezpieczenio-

Wykres nr 3. Wynik interwencji w sprawach z zakresu ubezpieczeń gospodarczych zakończonych w 2006 r.



wych, w tym dotycząca przysługujących im uprawnień wynikających z zakresu zawartej umowy ubezpieczenia;

- orzecznictwo SN zapadające w sprawach ubezpieczeń gospodarczych, w tym odnoszące się zarówno do konstrukcji o.w.u., jak również też sposobu ustalania należnych świadczeń i odszkodowań wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia a także inne orzeczenia sądowe, w tym Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przy Sądzie Okręgowym w Warszawie podejmowane w przedmiocie ubezpieczeń gospodarczych;
- wola poprawy wizerunku przynajmniej przez część z.u. Ten ostatni czynnik jest jednak wciąż zbyt słaby, zwłaszcza w polityce niektórych z.u.; wciąż istnieje w tym względzie spore zróżnicowanie;
- działalność urzędu RU i innych organów (UOKiK, KNUiFE).

Dokonując obiektywnej oceny wyniku interwencji RU w z.u. należy stwierdzić, iż jest on wysoki. W sytuacji, gdy interwencje Rzecznika w z.u. – nie posiadającego uprawnień władczych mają po części charakter mediacyjny a także że nie ma on możliwości odrębnego badania stanu faktycznego, wynik ten świadczy o profesjonalizmie działalności jak i o osiągnięciu pewnego autorytetu na rynku ubezpieczeniowym.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że postępowanie skargowe, często dotyczące znacznych kwot, jest bezpłatne, a jednocześnie prowadzone przez urząd działający profesjonalnie i obiektywnie reprezentujący interesy konsumenta. W opinii RU postępowanie skargowe jest również korzystne dla z.u., gdyż w wielu przypadkach pozwala na szybkie zakończenie sporu wynikającego z błędu własnych pracowników lub pośredników ubezpieczeniowych, zapobiegając skierowaniu sporu na drogę sądową. Nadto z.u. analizując informacje o nieprawidłowościach sygnalizowanych w skargach

konsumentów mają możliwość wprowadzenia niezbędnych zmian wewnętrznych np. w organizacji pracy poszczególnych działów jak i prawidłowym zarządzaniem zasobami ludzkimi.

4. LICZBA SKARG KIEROWANYCH NA POSZCZEGÓLNE ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ

4.1. Po raz drugi sprawozdanie roczne Rzecznika udostępniane publicznie, zawiera informacje o liczbie skarg napływających na poszczególne z.u. i TUW. Informacje te uzupełniono danymi o udziale w rynku każdego z wymienionych podmiotów, za podstawę przyjmując zebraną składkę brutto, jak również podano w ilu sprawach nastąpiła interwencja Rzecznika w z.u. oraz jaki był jej wynik.

Informacje dotyczące liczby skarg na poszczególne z.u. i TUW przekazywane były dotychczas jedynie KNUiFE w ramach zawartego Porozumienia. Istniało bowiem szereg wątpliwości wobec upubliczniania tych danych, które miały swe źródło w rozbieżnościach interpretacyjnych zapisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Opinia MF, o którą Rzecznik występował i uzyskał ją w grudniu 2005 r. wątpliwości te usunęła, zapoczątkowując rozszerzenie informacji w tym zakresie. Spełniono tym samym oczekiwania konsumentów rynku ubezpieczeniowego na coraz szerszą informację o poszczególnych podmiotach rynku ubezpieczeń. Informacje te, mogą dla wielu uczestników tego rynku stanowić uzupełnienie katalogu uwarunkowań uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o wyborze produktu ubezpieczeniowego, jak i z.u.

Przestrzega się jednak przed nierozważnym i zbyt pochopnym korzystaniem z tej statystyki, która odnosi się tylko do pewnego, aczkolwiek ważnego aspektu działalności z.u. i może stanowić jedynie element jego szerszej oceny. Kierując się treścią uwag i opinii wobec

publikowania tych danych, Biuro RU kontynuuje prace nad rozszerzeniem płaszczyzn obserwacji działalności z.u. i TUW. Ważnym elementem jest tu m.in. struktura portfela oraz liczba sprzedanych polis. Uzupełnienia te przyniosłyby czytelniejszy obraz sytuacji.

4.1.1. Zestawienie danych odnoszących się do liczby skarg na poszczególne z.u. i TUW działu I tj. prowadzące działalność w zakresie ubezpieczeń na życie dotyczy 32 podmiotów. W odniesieniu do 5 z nich nie odnotowano wpływu żadnej skargi. Składa się na to kilka powodów, do których obok błędnie prowadzonej działalności zaliczyć można między innymi:

- niewielki udział w rynku;
- podjęcie działalności w nieodległym terminie;
- obsługa wąskiej, wyselekcjonowanej grupy klientów.

Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału w ogólnej liczbie skarg widoczne jest, że 12 z nich tj. o 25% mniej niż w roku ubiegłym odnotowało pozytywny wynik, polegający na mniejszym udziale w skargach aniżeli udział w rynku. W przypadku pozostałych 15 podmiotów wynik ten był odwrotny.

4.1.2. W przypadku z.u. tego działu, na które napłynęło najwięcej skarg, można stwierdzić, iż powodem tego było funkcjonowanie określonych produktów ubezpieczeniowych:

- ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe będące uzupełnieniem ubezpieczenia na życie oferowane zarówno przez PZU Życie S.A. jak i TU na Życie Polisa S.A.;
- grupowe ubezpieczenia na życie kredytobiorców sprzedawane za pośrednictwem banku przez TU na Życie Cardif Polska S.A.;

4.2.1. Zestawienie danych odnoszących się do skarg na z.u. i TUW tj. prowadzące działalność ubezpieczeniową w zakresie pozostałych ubezpieczeń osobowych i ubezpie-

AKTUALNOŚCI

Krystyna Krawczyk, Dyrektor Biura Rzecznika Ubezpieczonych, Andrzej Witkowski, Prezes Zarządu Polskiego Związku Motorowego, Elżbieta Turkowska-Tyrluk, Prezes Zarządu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, Mariusz Wichtowski, Prezes Zarządu Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Małgorzata Kaniewska, Prezes Zarządu Polskiej Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Adam Sankowski, Prezes Zarządu Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Dr Stanisław Nowak, Prezes Zarządu Izby Gospodarczej Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, Dr Marcin Matczak, Senior Associate Domański Zakrzewski Palinka sp. k.

■ 13 marca 2007 r. odbyło się posiedzenie sejmowej podkomisji nadzwyczajnej powołanej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych odnoszące się do ww. projektu przedstawiły, Anna Dąbrowska, referent prawny w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych i Krystyna Krawczyk, dyr. Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

■ 14 marca 2007 r. na podstawie § 4 ust. 3 Zarządzenia Ministra Finansów z dnia 14 września 2006 r. w sprawie utworzenia Rady Rozwoju Rynku Finansowego Rzecznik Ubezpieczonych, dr Stanisław Rogowski, został powołany przez Panią Wicepremier, Minister Finansów Zytę Gilowską w skład Rady Rozwoju Rynku Finansowego. ■

Opracował: **Piotr Budzianowski**

czeń majątkowych (dział II), dotyczy 36 z.u., w tym dwóch w likwidacji. W przypadku 7 z nich nie odnotowano żadnej skargi na ich działalność, a przyczyny tego są podobne jak w analogicznej sytuacji w dziale I, z rozszerzeniem tego katalogu o przypadki zaprzestania prowadzenia działalności.

Stosując wobec każdego podmiotu porównanie jego procentowego udziału w rynku do procentowego udziału skarg w ich ogólnej liczbie widoczne jest, że w 13 przypadkach (38,2%) odnotowało pozytywny rezultat mniejszego udziału w skargach aniżeli w rynku. Jest to wynik gorszy o 14,5% niż w roku poprzednim. W przypadku pozostałych 15 podmiotów wynik ten jest odwrotny.

4.2.2. Ubezpieczeniami, które spowodowały zwiększony napływ skarg na z.u. i TUV działu II były ubezpieczenia komunikacyjne w tym głównie ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

4.3. Materiał statystyczny dotyczący liczby skarg na poszczególne z.u. i TUV stanowi przedmiot analizy RU. W jej wyniku zostały podjęte określone czynności, w tym wystąpienie do KNUiFE oraz robocze spotkania z przedstawicielami niektórych z.u., których celem było ustalenie przyczyn i określenie sposobów usunięcia źródeł skarg.

5. Niezależnie od tych działań, informacje i spostrzeżenia wpływające z rozpatrywania skarg, stanowią jeden z głównych elementów formułowania wniosków ogólnej natury, co stanowi podstawę interwencji w UOKiK-u i KNUiFE, wniosków o podjęcie uchwały przez SN, jak również opinii co do potrzeb i kierunków zmiany przepisów prawnych. Stanowią one ponadto główny czynnik wyznaczający zadania w sferze działalności edukacyjno – informacyjnej. ■

Rozpatrywanie skarg dotyczących problematyki zabezpieczenia emerytalnego oraz pracowniczych programów emerytalnych

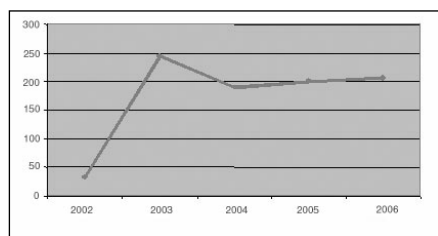
Począwszy od 1 kwietnia 2002 r. do głównych zadań RU należy reprezentowanie i ochrona interesów szerszej grupy konsumentów, obejmującej swoim zasięgiem członków OFE oraz uczestników PPE. Ochrona ta przejawia się m.in. w podejmowaniu interwencji na podstawie indywidualnych skarg skierowanych do Rzecznika przez uczestników systemu emerytalnego. W 2006 r. do BRU wpłynęło ogółem 206 pisemnych skarg dotyczących funkcjonowania systemu emerytalnego. Liczba skarg była zatem nieco większa niż w roku poprzednim (200 skarg w 2005 r., wzrost o 3%).

1. PODZIAŁ SKARG ZE WZGLĘDU NA PODMIOT, WOBEC KTÓREGO ZOSTAŁA WNIESIONA SKARGA

Najliczniejsza grupa skarg, które wpłynęły do RU odnosiła się, tak jak w latach 2004 i 2005, do funkcjonowania ZUS, który jest dysponentem funduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, prowadzi konta ubezpieczonych i przekazuje część składki emerytalnej ubezpieczonych do filara II (łącznie 140 skarg, 67,9% skarg ogółem z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Udział skarg na działaa-

ność ZUS w skargach dotyczących zabezpieczenia emerytalnego obniżył się nieznacznie w porównaniu do roku poprzedniego o 8 punktów procentowych. Część skarg dotyczyła jednak działalno-

Liczba skarg wpływających do RU w okresie od kwietnia 2002 r. do 2006 r.



ści ZUS niezwiązanej z funkcjonowaniem II i III filara emerytalnego – wówczas RU nie mógł podjąć interwencji i wskazywał skarżącym instytucję właściwą w danej sprawie (71 skarg). Skargi na funkcjonowanie ZUS dotyczyły głównie problemu nieprzekazywania składek na rachunek ubezpieczonego w OFE.

Miejsce drugie pod względem liczby skarg, podobnie jak w roku poprzednim, zajęły wystąpienia dotyczące dostrzeżonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu OFE (50 skarg; 24,3% skarg ogółem), co stanowi wzrost w porównaniu do poprzedniego roku zarówno pod względem liczby skarg, jak i ich udziału w wystąpieniach ogółem (w 2005 r.: 34 skargi, 17% skarg ogółem). Pismemne 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,
- otrzymania przez osoby uprawnione środków zgromadzonych na rachunku zmarłego członka OFE,
- zmiany OFE i dokonania wypłaty transferowej,
- nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE,

- nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych prowadzonych na rzecz OFE oraz
- interpretacji przepisów z zakresu kapitałowej części systemu emerytalnego.

Analizując skargi w ujęciu podmiotowym, najczęściej wystąpień na działalność powszechnych towarzystw emerytalnych dotyczyło PTE PZU S.A. zarządzającego OFE PZU „Złota Jesień”. Kolejne miejsca pod względem liczebności skarg zajęły Commercial Union PTE BPH CU WBK S.A, AIG PTE S.A. oraz PTE ING Nationale Nederlanden S.A. Warto zwrócić uwagę, iż na

OFE jest zwykle spowodowane niezidentyfikowaniem w Kompleksowym Systemie Informatycznym ZUS odpowiednich dokumentów ubezpieczeniowych i koniecznością ich ponownego przetworzenia. Co raz mniej wystąpień związanych jest z utworzeniem wielu kont dla jednego ubezpieczonego i brakiem możliwości ich scalenia. Warto zaznaczyć, iż część zaległych składek jest stopniowo przekazywana, w zależności od przebiegu procesu ponownego przetwarzania dokumentów. Ostateczne przekazanie wszystkich zaległych składek opłaconych przez płatników do końca

Zestawienie skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r. z podziałem na poszczególne podmioty.

| Lp | Podmiot | Liczba skarg | % |
|----|---------------|--------------|------------|
| 1. | ZUS* | 140 | 67,9 |
| 2. | OFE | 50 | 24,3 |
| 3. | PPE | 2 | 1,0 |
| 4. | INNE | 14 | 6,8 |
| 5. | Ogółem | 206 | 100 |

*68 skarg w sprawie ZUS (33 %) dot. zabezpieczenia emerytalnego, a 72 skarg (34,9%) to zła własność.

prezentowaną sytuację może mieć wpływ udział wymienionych podmiotów w rynku OFE.

Jedynie dwie skargi dotyczyły funkcjonowania PPE.

2. PODZIAŁ SKARG ZE WZGLĘDU NA TEMATYKĘ.

Znaczna część skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego skierowanych do RU dotyczyła nieterminowego przekazywania składek przez ZUS na rachunki ubezpieczonych w OFE (68 skarg, 33%), co stanowiło podobną wielkość w porównaniu z rokiem 2005 (75 skarg, 37,5%). Występowanie tak dużej liczby skarg dotyczących nieprzekazywania składek emerytalnych świadczy, mimo zauważalnej poprawy o ciągle istniejących problemach w funkcjonowaniu systemu informatycznego ZUS i zaległościach w przetwarzaniu dokumentów ubezpieczeniowych za poprzednie okresy. Nieterminowe przekazywanie części składek emerytalnych do

2002 r. powinno nastąpić do końca 2007 r.

W 2006 r. ubezpieczeni nadal borykali się z problemem niemożności przejścia na wcześniejszą emeryturę z powodu przystąpienia do OFE. W konsekwencji, na kolejnym miejscu pod względem liczebności skarg znalazły się wystąpienia poruszające problem anulowania umowy członkostwa w OFE na skutek niewiedzy o utracie prawa do wcześniejszego świadczenia emerytalnego (25 skarg, 12,1%). Część wystąpień kierowana była przez osoby spełniające wszystkie warunki do przejścia na wcześniejszą emeryturę (poza nieprzystąpieniem do Funduszu) już w 2006 r. Wówczas RU informował o wymogach, jakie muszą spełniać, aby mogli skorzystać z jednolitej procedury anulowania umowy o członkostwo, która została przyjęta, na wniosek Rzecznika, przez towarzystwa zrzeszone w IGTE. Pozostała część skarg kierowana była przez ubezpieczonych uzy-

Liczba skarg kierowanych na poszczególne podmioty OFE w 2006 r.

| Lp. | Podmioty | Liczba członków OFE | Liczba skarg | % | Podjęcie interwencji | | Wynik interwencji nych spraw zakończoskarg | | | |
|-----|---|---------------------|--------------|------------|----------------------|--------------|--|------|---------------------|-----|
| | | | | | Liczba | % | Pozytywnie (liczba) | % | Negatywnie (liczba) | % |
| 1. | OFE AIG | 1 029 101 | 5 | 4,1 | 2 | 2,4 | 1 | 2,3 | 0 | 0 |
| 2. | OFE ALLIANZ Polska | 306 883 | 3 | 2,5 | 2 | 2,4 | 2 | 4,5 | 0 | 0 |
| 3. | Bankowy OFE | 441 514 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. | Commercial Union OFE BPH CU WBK | 2 610 638 | 6 | 5 | 1 | 1,2 | 1 | 2,3 | 0 | 0 |
| 5. | OFE „DOM” | 281 301 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. | OFE Ergo Hestia | 370 943 | 3 | 2,5 | 1 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. | ING Nationale-Nederlanden Polska OFE | 2 401 091 | 5 | 4,1 | 3 | 3,6 | 1 | 2,3 | 1 | 2,3 |
| 8. | NORDEA OFE | 688 580 | 3 | 2,5 | 1 | 1,2 | 1 | 2,3 | 0 | 0 |
| 9. | Pekao OFE | 245 189 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. | OFE Pocztylion | 362 777 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11. | OFE POLSAT | 267 564 | 1 | 0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12. | OFE PZU „Złota Jesień” | 1 894 778 | 11 | 9,1 | 3 | 3,6 | 2 | 4,5 | 1 | 2,3 |
| 13. | OFE Skarbiec Emerytura | 443 630 | 3 | 2,5 | 2 | 2,4 | 2 | 4,5 | 0 | 0 |
| 14. | Winterthur OFE | 535 778 | 3 | 2,5 | 3 | 3,6 | 3 | 6,8 | 0 | 0 |
| 15. | ZUS* | - | 69 | 57 | 64 | 76,2 | 27 | 61,4 | 1 | 2,3 |
| 16. | Brak nazwy OFE (interpretacja przepisów dot. OFE) | - | 3 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. | PPE | - | 2 | 1,7 | 2 | 2,4 | 1 | 2,3 | 0 | 0 |
| 18. | Ogółem | | 121 | 100 | 84 | 100,0 | 41 | | 3 | |

* skargi na ZUS dotyczą tu tylko problematyki zabezpieczenia emerytalnego.

skujących prawo do wcześniejszej emerytury po 2006 r. – w takich przypadkach Rzecznik informował o innych przysługujących im możliwościach oraz o projektach zmian legislacyjnych w omawianym zakresie.

Kolejną pod względem liczebności grupę skarg stanowiły wystąpienia dotyczące wypłaty środków po śmierci członka OFE, utrudnień w przypadku zmiany OFE, nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków OFE oraz przy prowadzeniu czynności akwizycyjnych na rzecz OFE. Ze względu na niedostateczną wiedzę ubezpieczonych o funkcjonowaniu II filara, wiele zapytań dotyczyło treści obowiązujących przepisów w zakresie dziedziczenia środków zgromadzonych na rachunku w OFE i procedur ich wypłaty w przypadku śmierci członka Funduszu. Natomiast wystąpienia związane ze zmianą OFE dotyczyły często możliwości odstąpienia od umowy o członkostwo w kolejnym OFE, zawartej często zbyt pochopnie pod wpływem informacji zaprezentowanych przez przedstawiciela nowego Funduszu.

84 skargi skierowane do RU (40,8% skarg ogółem) nie mieściły się w zakresie jego kompetencji. Sprawy te były kierowane do właściwych adresatów, z powiadomieniem autorów wystąpień o przekazaniu ich spraw zgodnie z właściwością.

Do RU wpłynęły również pisemne prośby o interpretację funkcjo-

nujących przepisów z zakresu funkcjonowania kapitałowego II filara emerytalnego.

3. SPOSÓB ZAŁATWIANIA SPRAW WPLYWAJĄCYCH DO R.U. I WYNIKI INTERWENCJI

Po przeanalizowaniu 206 skarg, jakie wpłynęły do RU w 2006 r., podjęto interwencję w 84 spr-

Przedmiot skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.

| Lp. | Przedmiot | Liczba skarg | % |
|-----|---|--------------|------------|
| 1. | Nieprzekazywanie składek do OFE | 68 | 33,0 |
| 2. | Anulowanie umowy ze względu na nabycie prawa do wcześniejszej emerytury | 25 | 12,1 |
| 3. | Nieprawidłowości w wypłacie (śmierć członka OFE) | 6 | 0,5 |
| 4. | Zmiana Funduszu i dokonanie wypłaty transferowej | 4 | 1,9 |
| 5. | Nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru członków przez PTE | 4 | 1,9 |
| 6. | Nieprawidłowości w czynnościach akwizycyjnych | 3 | 1,5 |
| 7. | Sfałszowanie umowy | 3 | 1,5 |
| 8. | Interpretacja przepisów | 2 | 1,0 |
| 9. | Brak informacji o stanie rachunku | 1 | 2,9 |
| 10. | Inne | 6 | 2,9 |
| 11. | Brak właściwości RU | 84 | 40,8 |
| 12. | Ogółem | 206 | 100 |

Tryb rozpatrywania skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego wpływających do Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.

| Lp. | Sposób działania | Liczba skarg | % |
|-----|--|--------------|------------|
| 1. | Podjęcie interwencji | 84 | 40,8 |
| 2. | Nie podjęcie interwencji | 122 | 59,2 |
| | – udzielenie wyjaśnień merytorycznych | 33 | 16,0 |
| | – braku właściwości | 70 | 34 |
| | – odmowy podjęcia interwencji | 15 | 7,2 |
| | – prośba o dostanie dodatkowych dokumentów | 2 | 1,0 |
| | – skarga do wiadomości | 2 | 1,0 |
| 3. | Ogółem | 206 | 100 |

wach (40,8% ogółu skarg z zakresu zabezpieczenia emerytalnego. Niepodjęcie interwencji zazwyczaj spowodowane było brakiem właściwości oraz brakiem stosownego wniosku ze strony osoby kierującej wystąpieniem, w którym zawarta była jedynie prośba o wyjaśnienie przepisów prawnych dotyczących działalności OFE. Interwencje nie były również podejmowane w przypadku spraw o anulowanie umowy o członkostwo w OFE z powodu uzyskania prawa do wcześniejszej emerytury, jeśli skarżący spełniał warunki do skorzystania z jednolitej procedury anulowania umów o członkostwo przyjętej przez PTE zrzeszone w IGTE i nie wystąpił z prośbą o przekazanie do OFE wymaganych dokumentów w jego imieniu. W takich przypadkach Rzecznik informował 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 nieprzedstawienia przez

skarżących niezbędnej dokumentacji bądź gdy skarga była przekazana jedynie do wiadomości RU.

W wyniku interwencji RU podjętych w 2006 r. w przypadku zakończenia postępowania 91% spraw za-

Wynik interwencji w sprawach zakończonych z zakresu zabezpieczenia emerytalnego podejmowanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w 2006 r.

| Lp. | Wynik interwencji | Liczba skarg | % |
|-----|---------------------------|--------------|------------|
| 1. | Uznanie zasadności skargi | 41 | 91 |
| 2. | Wynik negatywny | 4 | 9 |
| 3. | Ogółem | 45 | 100 |

* 39 spraw w toku (w tym 27 spraw dot. ZUS), co stanowiło 46,4% wszystkich skarg, w których RU podjął interwencję.

kończyło się pozytywnym wynikiem dla skarżących, a tylko 9% spraw uzyskało wynik negatywny. Warto zwrócić uwagę, iż 39 spraw (46,4% spraw, w których RU podjął interwencję w 2006 r.), nie została rozstrzygnięta do końca roku. Znaczną część spraw w toku stanowią skargi na nieterminowe przekazywanie składek przez ZUS do OFE. W takich przypadkach sprawne i szybkie rozstrzygnięcie sprawy nie było

zwykle możliwe ze względu na złożoność problemu i nieprzetworzenie przez system komputerowy ZUS dokumentów ubezpieczeniowych za zaległe okresy ubezpieczenia.

Rzecznik uznawał sprawę za zakończoną, gdy:

- PTE uznawało zasadność interwencji i zmieniało swoją wcześniejszą decyzję,
- ZUS wyjaśnił przyczyny nieterminowego przekazania składek emerytalnych i przekazał zaległe składki bądź wskazał planowany termin ich przekazania do OFE,
- w świetle kolejnych wyjaśnień i po wnikliwej analizie sprawy

ocenil, że prawo bądź interesy członków OFE nie zostały naruszone,

- wyczerpał wszystkie możliwości działania, jednak towarzystwo bądź ZUS nie zmieniło stanowiska w sprawie – wówczas RU informował skarżących o przysługujących im prawach wystąpienia na drogę sądową.

Dyplomy dla najlepszych

Rzecznik Ubezpieczonych wraz z Fundacją Edukacji Ubezpieczeniowej przyznali doroczne wyróżnienia.

Dyplom „Zasłużony dla ochrony konsumentów usług ubezpieczeniowych” za 2006 rok został przyznany prof. dr. hab. **Jerzemu**

Handschenke, kierownikowi Katedry Ubezpieczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. „Za szczególne zasługi w podejmowaniu

problematyki ubezpieczeniowej w środkach masowego przekazu” wyróżnieni zostali, **Zofia Pawlak-Borsuk**, sekretarz naukowy kwartalnika „Prawo Asekuracyjne” oraz **Marcin Jaworski**, redaktor „Gazety Prawnej”.

Nagrodzonym serdecznie gratulujemy.

Wcześniejsi emeryci mogą spać spokojnie

Członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym do niedawna stanowiło istotną przeszkodę w przypadku zamiaru skorzystania z wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Bariera ta została zniesiona przez zmiany do ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych oraz innych ustaw, które weszły w życie 21 lutego 2007 r.

Ustawa z dnia 12 stycznia 2007 r. o zmianie ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 17 poz. 95 z dnia 6 lutego 2007 r.) dokonała zmian w następujących aktach prawnych regulujących funkcjonowanie systemu emerytalnego:

- ustawie z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 159, poz. 1667, z późn. zm.)
- ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, Nr 170, poz. 1218 i Nr 220, poz. 1600),
- ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74),
- ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.),

□ ustawie z dnia 23 lipca 2003 r. o przejściu przez Skarb Państwa zobowiązań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu nieprzekazanych składek do otwartych funduszy emerytalnych (Dz. U. Nr 149, poz. 1450 oraz z 2005 r. Nr 143, poz. 1202).

Obowiązujące od 21 lutego br. zmiany można podzielić na trzy grupy:

- 1) możliwość anulowania umowy o członkostwo w OFE w przypadku ustalenia prawa do emerytury,
- 2) zwrot do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nienależnie otrzymanych składek przez otwarte fundusze emerytalne,
- 3) przedłużenie do końca 2008 roku obowiązywania procedury dotyczącej przejścia przez Skarb Państwa zobowiązań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu nieprzekazanych składek do otwartych funduszy emerytalnych.

Członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym do niedawna stanowiło istotną przeszkodę w przypadku zamiaru skorzystania z wcześniejszych uprawnień emerytalnych. Aby przejść na emeryturę, trzeba było bowiem wcześniej anulować umowę z otwartym funduszem emerytalnym. W 2005 roku powszechne towarzystwa emerytalne zrzeszone w Izbie Gospodarczej Towarzystw Emerytalnych przyjęły procedurę anulowania umów osób, które wskutek przystąpienia do OFE nie mogą skorzystać z przysługującej im wcześniejszej emerytury. Dla skutecznego rozwiązania umowy konieczne było złożenie oświadczenia o zawarciu umowy pod wpływem błędu oraz przedstawienie decyzji ZUS odmawiającej ubezpieczonemu emerytury wyłącznie z powodu uczestniczenia w otwartym funduszu emerytalnym. Procedura ta obowiązywała jednak tylko do końca 2006 r. i nie byli nią objęci ubezpieczeni, którzy uzyskali prawo do przejścia na wcześniejszą emeryturę w 2007 r. na mocy ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz ustawy Karta Nauczyciela (Dz. U. nr 167, poz. 1397). Ustawa ta wydłużyła do 31 grudnia 2007 r. okres, do końca którego osoba urodzona po 1948 roku musi spełnić warunki do przejścia na wcześniejszą emeryturę. Nie zniosła jednak warunku nieuczestniczenia w otwartym funduszu emerytalnym. Na skutek zaistniałej sytuacji członkowie otwartych funduszy emerytalnych, którzy mogli spełnić warunki do przejścia na wcześniejszą emeryturę dopiero w 2007 r. zostali faktycznie pozbawieni możliwości sko-

Warto pamiętać, iż w przypadku nauczycieli warunkiem koniecznym otrzymania wcześniejszej emerytury jest spełnienie wszystkich wymaganych warunków do końca 2007 r., w tym rozwiązanie stosunku pracy.

rzystania z tego prawa, gdyż nie mogli anulować umowy o członkostwo w funduszu powołując się na błąd zaistniały przy jej zawarciu. W momencie zawierania umowy w 1999 roku nie mogli bowiem wiedzieć, iż w 2005 r. wprowadzone zostaną zmiany do ustawy przedłużające o rok okres na spełnienie warunków wymaganych przy przejściu na wcześniejszą emeryturę. Stąd niezbędne było wprowadzenie zmian korygujących zaistniałą sytuację i umożliwiających anulowanie umowy o członkostwo tej szczególnej grupie ubezpieczonych.

Zgodnie z przepisami obowiązującymi od 21 lutego 2007 r., umowa o członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym jest unieważniana po złożeniu odpowiednich dokumentów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Osobom urodzonym po 1948 roku przysługuje wcześniejsza emerytura na zasadach ogólnych, jeżeli spełniają następujące warunki:

1) osiągnęli wymagany wiek i wykazali się wymaganym stażem ubezpieczeniowym:

- a) kobieta – po osiągnięciu wieku 55 lat, jeżeli ma co najmniej 30-letni okres składkowy i nieskładkowy albo jeżeli ma co najmniej 20-letni okres składkowy i nieskładkowy oraz została uznana za całkowicie niezdolną do pracy,

- b) mężczyzna – po osiągnięciu wieku 60 lat, jeżeli ma co najmniej 25-letni okres składkowy i nieskładkowy oraz został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy;

2) ostatnio przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę byli pracownikami oraz w okresie ostatnich 24 miesięcy podlegania ubezpieczeniu społecznemu lub ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym pozostawali w stosunku pracy co najmniej przez 6 miesięcy, chyba że w dniu złożenia wniosku o emeryturę są uprawnieni do renty z tytułu niezdolności do pracy (warunek ten nie musi być spełniony przez ubezpieczonych, którzy przez cały wymaga-

ny staż ubezpieczeniowy byli objęci ubezpieczeniem z tytułu stosunku pracy);

3) nie przystąpili do otwartego funduszu emerytalnego albo złożyli wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem Zakładu, na dochody budżetu państwa;

4) warunki do uzyskania wcześniejszej emerytury spełnią do 31 grudnia 2007 r. (art. 29 i 36 ustawy z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz. U. z 2004 r. nr 39 poz. 353 ze zm.).

Według powyższych zasad rozpatrywane są wnioski o emeryturę złożone po 20 lutego 2007 r., oraz wnioski, które zostały złożone przed wymienioną datą a są w trakcie rozpatrywania. W takim przypadku winny być one uzupełnione wnioskiem o wykreślenie z rejestru członków funduszy i przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w OFE na dochody budżetu państwa.

Warto zauważyć, iż konieczność spełnienia warunków wieku, stażu pracy oraz całkowitej niezdolności do pracy do 31 grudnia 2007 r. nie oznacza, że zgłoszenie wniosku w sprawie emerytury musi również nastąpić do końca 2007 r. Po tej da-

Należy pamiętać, że automatyczne anulowanie umowy o członkostwo w OFE nastąpi w przypadku ustalenia prawa do emerytury, a zatem po spełnieniu wszystkich warunków uprawniających do wcześniejszej emerytury.

cie można również złożyć wniosek o emeryturę. Prawo do emerytury zostanie wówczas przyznane ale rozpoczęcie jej wypłaty będzie uzależnione od rozwiązania stosunku pracy.

Poza zmianami dotyczącymi wcześniejszych emerytur przyznawanych na zasadach ogólnych, skory-

gowano również zapisy dotyczące emerytur górniczych i kolejowych. Również w tym przypadku zmiany polegały na złagodzeniu warunku nieuczestniczenia w otwartym funduszu emerytalnym poprzez wprowadzenie możliwości złożenia wniosku o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem Zakładu, na dochody budżetu państwa.

Ostatnią grupą ubezpieczonych, która zyskała na wprowadzonych zmianach są nauczyciele. Zgodnie z ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (tekst jedn. Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 ze zm.) nauczyciele urodzeni w latach 1949-1968 mogą obecnie przechodzić na emeryturę bez względu na wiek, jeżeli w ciągu 9 lat od wejścia w życie reformy emerytalnej, tj. do dnia 31 grudnia 2007 r., spełnią następujące warunki:

- mają co najmniej 30-letni okres zatrudnienia (składkowy i nieskładkowy), w tym co najmniej 20-letni okres pracy nauczycielskiej albo co najmniej 25-letni okres zatrudnienia, w tym co najmniej 20-letni okres pracy w szkolnictwie specjalnym,
- rozwiążą stosunek pracy,
- nie przystąpili do otwartego funduszu emerytalnego albo złożyli wniosek o przekazanie

środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na dochody budżetu państwa.

Warto pamiętać, iż warunkiem koniecznym otrzymania wcześniejszej emerytury jest spełnienie wszyst-

kich wymaganych warunków do końca 2007 r., w tym rozwiązanie stosunku pracy.

Nauczyciele urodzeni w latach 1949-1968, którzy nie przystąpili do otwartego funduszu emerytalnego, mogą również przejść na emeryturę na warunkach określonych dla pracowników zatrudnionych w szczególnym charakterze, jeżeli osiągnęli odpowiedni wiek (kobieta 55 lat, mężczyzna 60 lat) i mają wymagany okres składkowy i nieskładkowy (kobieta 20 lat, mężczyzna 25 lat, w tym co najmniej 15 lat pracy nauczycielskiej w pełnym wymiarze czasu pracy). Wymienione warunki muszą być spełnione do końca 2007 r. Wniosek o ustalenie prawa do emerytury można złożyć również po tym terminie. Ustalenie prawa do powyższej eme-

rytury nie jest uzależnione od rozwiązania stosunku pracy. W przypadku kontynuowania zatrudnienia u danego pracodawcy, prawo do przyznanej emerytury będzie zawieszane.

Zgodnie z art. 111a ustawy z 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, w przypadku ustalenia prawa do wcześniejszej emerytury, ZUS wykreśli ubezpieczonego z Centralnego Rejestru Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych i zawiadomi o tym wykreśleniu otwarty fundusz emerytalny, którego ubezpieczony był członkiem. Następnie powszechne towarzystwo emerytalne przekaze środki zgromadzone na rachunku członka, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na dochody budżetu pań-

stwa. Z dniem ustalenia prawa do emerytury, umowa o członkostwo w otwartym funduszu emerytalnym stanie się nieważna z mocy prawa.

Należy pamiętać, że automatyczne anulowanie umowy o członkostwo w OFE nastąpi w przypadku ustalenia prawa do emerytury, a zatem po spełnieniu wszystkich warunków uprawniających do wcześniejszej emerytury. Jeżeli ubezpieczony nie spełnia wszystkich warunków (np. nie posiada wymaganego wieku), to pomimo złożenia wniosku o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem Zakładu, na dochody budżetu państwa, umowa nie zostanie anulowana. ■

Joanna Owczarek

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

Warto przeczytać



Opracowanie przygotowane przez autora będącego znanym prawnikiem cywilistą oraz sędzią Sądu Najwyższego stanowi praktyczne omówienie zagadnień związanych z odpowiedzialnością cywilną posiadaczy pojazdów mechanicznych i kierujących takimi pojazdami na tle obowiązkowego ubezpieczenia ich odpowiedzialności cywilnej.

Autor prezentuje zasady odpowiedzialności cywilnej za wypadki drogowe, kwestie ubezpieczenia posiadacza pojazdu mechanicznego ponoszącego odpowiedzialność cywilną, wynagrodzenia szkód wynikłych wskutek wypadków drogowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej za wypadki drogowe. Przybliży ponadto bogate orzecznictwo Sądu Najwyższego, na kanwie których przedstawia konkretne problemy odpowiedzialności odszkodowawczej i ubezpieczeń komunikacyjnych. W prezentowanej pracy bardzo cennym jest zebranie i omówienie także niepublikowanych, a tym samym do tej pory nieznanych orzeczeń sądowych.

Książka składa się z czterech rozdziałów oraz aneksu zawierającego tekst ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK oraz przykładowe ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczenia autocasco.

Pierwszy rozdział zawiera rozważania na temat zasad odpowiedzialności cywilnej za wypadki drogowe. Autor szczegółowo analizuje pojęcie wypadku drogowego. Następnie omawia odpowiedzialność na zasadzie ryzyka – naczelną zasadę odpowiedzialności w dziedzinie czynów niedozwolonych. Zwraca uwagę na pojawiające się w praktyce sądowej wątpliwości związane z kwalifikacją stanów faktycznych jako tych, które wystąpiły wyłącznie z winy poszkodowanego i które mogą tym samym stanowić okoliczność zwalniająca od odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Autor przybliży także przesłanki odpowiedzialności posiadacza pojazdu mechanicznego na podstawie art. 436 § 1 k.c., tj. powstanie szkody na skutek ruchu mechanicznego środka komunikacji oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą a ru-

chem pojazdu, któremu to pojęciu poświęca więcej uwagi. Rozdział zamyka omówienie zagadnienia odpowiedzialności cywilnej na zasadzie winy oraz prezentacja podmiotów ponoszących odpowiedzialność cywilną za wypadki drogowe.

Rozdział drugi poświęcony został tematyce ubezpieczeń komunikacyjnych. W pierwszej części rozdziału dotyczącej obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) znajdziemy omówienie takich zagadnień jak: obowiązek zawarcia umowy, podmiotów zobowiązanych do jej zawarcia, kontroli spełnienia obowiązku oraz modyfikacjach uregulowań dotyczących ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jak przykładowo określenie wysokości sum gwarancyjnych. Autor omawia także okres trwania umowy, katalog pojazdów objętych regulacją, określenie momentu czasowego, w którym następuje obowiązek zawarcia kolejnej umowy. Następnie zajmuje się zagadnieniem okresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Prowadząc rozważania na temat rozwiązania umowy autor skupia się przede wszystkim na obowiązkach obu stron umowy ubezpieczenia. W pierwszej kolejności prezentuje obowiązki zakładu ubezpieczeń wskazując na podsta-

wowy obowiązek zapłaty odszkodowania, a następnie obowiązek udostępnienia informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności zakładu i wysokość odszkodowania, obowiązek terminowej wypłaty odszkodowania oraz obowiązek zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w określonych przepisami przypadkach. Ukazuje także zakres obowiązków drugiej strony umowy rozpoczynając od pierwszoplanowego obowiązku jakim jest zawarcie umowy i zapłata składki, a następnie zwracając uwagę czytelników na szczegółowo opisane obowiązki wynikające z art. 16 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Następnie omawia zasady odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Analizując pozostałe ubezpieczenia: następstw nieszczęśliwych wypadków oraz autocasco, autor przybliża czytelnikom przedmiot i zakres tych umów, najczęściej spotykany zakres wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej oraz zasady ustalania i wypłaty.

Trzeci rozdział, ukazujący zagadnienie wynagradzania szkód wynikłych wskutek wypadków drogowych otwiera określenie pojęcia szkody, jej rodzajów. W rozdziale tym autor prezentuje problematykę wynagrodzenia szkody na osobie, omawiając kolejno zadośćuczynienie – jednocześnie wskazując na jego wyjątkowość i fakultatywność, a także związaną z reżimem odpowiedzialności deliktowej oraz prezentuje orzecznictwo ukazujące kryteria mające wpływ na jego wysokość które wypracowała judykatura. Następnie omawia obowiązki odszkodowawcze wobec najbliższych członków rodziny zmarłego – stosowne odszkodowanie w sytuacji znacznego pogorszenia sytuacji życiowej, wskazując przesłanki warunkujące jego przyznanie, krąg osób uprawnionych do odszkodowania, korelacje stosowania odszkodowania z innymi świadczeniami. Dalej zapoznaje czytelnika z problematyką rent. Omawia także kwe-

stie zwrotu kosztów związanych z wypadkiem wraz ze wskazaniem przykładowego orzecznictwa. Kolejne strony opracowania autor poświęca wynagrodzeniu szkód wyrządzonych w mieniu wskazując i przypominając zasady ogólne, tj. zasadę pełnego odszkodowania. Następnie odnosi się do problematyki podatku od towarów i usług (VAT) w odszkodowaniu, analizuje pojęcia niezbędnych kosztów naprawy, kosztów ekonomicznie uzasadnionych do naprawy, szkody całkowitej, utraty wartości handlowej oraz kwestię zasadności uwzględnienia w odszkodowaniu kosztów opinii rzeczoznawcy (biegłego). Wskazuje czynniki wpływające na ustalenie wysokości odszkodowania takie jak: przyczynienie się poszkodowanego do wyrządzenia szkody, zaliczenie na poczet odszkodowania utraconych korzyści, miarkowanie wysokości odszkodowania oraz kwestie związane z ograniczeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z uwagi na wysokość sumy gwarancyjnej. Rozdział kończy omówienie kwestii obowiązku naprawienia szkody w postępowaniu karnym.

Rozdział czwarty został poświęcony problematyce dochodzenia roszczeń z tytułu odpowiedzialności cywilnej za wypadki drogowe, na różnych etapach począwszy od postępowania likwidacyjnego, poprzez postępowanie sądowe, kierowanie roszczeń regresowych przez zakłady ubezpieczeń, dochodzeniu roszczeń wobec UFG i PBUK, a także na problematyce przedawnienia roszczeń.

Problematyka opracowania przedstawiona została w bardzo przystępny sposób, stanowiąc przydatne w rozwiązywaniu bieżących problemów merytoryczne wsparcie, szczególnie dla praktyków. Niewątpliwie będzie również nieocenioną pomocą dla reprezentujących poszkodowa-

nych adwokatów i radców prawnych, szeregu instytucji i organizacji konsumenckich jak również firm specjalizujących się w dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych od zakładów ubezpieczeń.

Wydaje się także, że pozycja ta będzie odgrywała znaczącą rolę w orzecznictwie sądów niższej instancji gdzie rozstrzygana jest większość sporów z tego zakresu, a znajomość trudnej problematyki ubezpieczeniowej jest zróżnicowana, co wpływa – niezależnie od fundamentalnego prawa sądu do swobodnej oceny dowodów, a w kontekście obowiązującego prawa – do nadmiernego niekiedy zróżnicowania orzecznictwa. W rezultacie powinno to spowodować korzystne dla całego rynku ubezpieczeniowego, uporządkowanie szeregu rozbieżności w stosowaniu prawa. Z powyższych względów można również mieć nadzieję, że opracowanie wpłynie na zaniechanie stosowania niewłaściwych, a zarazem niezgodnych z ugruntowaną linią orzecznictwa SN praktyk. Idealnym dla jednolitego ukształtowania praktyki byłaby konfrontacja treści i orzecznictwa zawartych w opracowaniu z obowiązującymi w zakładach ubezpieczeń procedurami likwidacyjnymi, a następnie ich aktualizacja z udziałem pionów prawnych ubezpieczycieli.

Opracowanie spełnia ważną rolę edukacyjną dla zainteresowanych problematyką odszkodowawczą i jej ubezpieczeniowym aspektem.

Prezentowana książka odznacza się wysokim poziomem naukowym. Stanowi istotne wzbogacenie literatury prawniczej i ubezpieczeniowej, która – w zakresie tematyki ubezpieczeń komunikacyjnych – nie jest zbyt imponująca, zwłaszcza w odniesieniu do opracowań o charakterze monograficznym. ■

Anna Dąbrowska
Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

*G. Bieniek, Odpowiedzialność cywilna za wypadki drogowe,
Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2006.*

Odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczycieli za szkody wywołane silnym wiatrem

(wybrane zagadnienia)

W ostatnim okresie w naszej umiarkowanej do tej pory strefie klimatycznej, coraz częściej występują anomalie pogodowe jak między innymi silny wiatr nazywany często huraganem, powodujący znaczne szkody, szczególnie w zabudowaniach, trakcji elektrycznej, mieniu ruchomym, a nawet o charakterze osobowym. Powodujące znaczne straty wichury ujawniają jednocześnie prawdę o zbyt małej zapobiegliwości i przezorności społeczeństwa polskiego, w korzystaniu z możliwości minimalizowania strat jaką gwarantują ubezpieczenia gospodarcze.

Poza rolnikami, na których został nałożony ustawą obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego jak również ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadania gospodarstwa, pozostali obywatele podejmują wyłącznie dobrowolne decyzje o zawarciu umowy ubezpieczenia posiadanego mienia np. domu, mieszkania, ruchomości domowych, samochodu lub odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, na proponowanych przez wybrany zakład ubezpieczeń warunkach. Powstaje pytanie czy oferowane na rynku produkty ubezpieczeniowe (wzorce umowne) pozwalają na skuteczne i pełne zabezpieczenie posiadanych dóbr przed skutkami niszczycielskiego działania żywiołu. Odpowiedź na tak postawione pytanie brzmi twierdząco pod warunkiem że dokona się wyboru produktu ubezpieczeniowego optymalnego dla potrzeb osoby ubezpieczającej, tj. odpowiedniej umowy obejmującej ochroną pełen zakres ryzyk, na które narażony jest ubezpieczany majątek lub też adekwatnego do zagrożeń wariantu oferowanego

w ramach tzw. pakietów ubezpieczeniowych. Decyzja o wyborze optymalnego dla naszych potrzeb ubezpieczenia powinna być poprzedzona dogłębną analizą uwzględniającą między innymi takie elementy jak określenie zasobów materialnych oraz na jakie szczególnie niebezpieczeństwa (ryzyka) grożące utratą całości lub jego części jesteśmy narażeni, jakie szkody możemy w związku z posiadanym majątkiem wyrządzić osobom trzecim, jakie możemy przedsięwziąć środki minimalizujące wystąpienie szkody, jak również jaką kwotę możemy przeznaczyć na opłacenie składki ubezpieczeniowej. Nadto na decyzję o wyborze odpowiedniej umowy ubezpieczenia będzie miał wpływ szereg innych czynników takich jak:

1) status własnościowy zajmowanego domu lub mieszkania np. kwaterunkowe (na podstawie decyzji administracyjnej); spółdzielcze własnościowe; spółdzielcze lokatorskie; prawo własności wyodrębnionego lokalu w ramach wspólnoty mieszkaniowej lub całego budynku itd. Jest to o tyle ważne iż jeśli zajmujemy mieszkanie w budynku, który nie jest naszą własnością,

wówczas nie mamy prawnego tytułu do zawarcia umowy jego ubezpieczenia. Mając jednak na uwadze dobrze pojęte poczucie własnego bezpieczeństwa powinniśmy upewnić się czy właściciel zadbał o ubezpieczenie tego budynku a jeżeli tego nie zrobił, przekonać go o potrzebie zawarcia odpowiedniej umowy ubezpieczenia.

Natomiast mając tytuł prawny do zajmowania mieszkania, choćby umowę najmu, powinniśmy ubezpieczyć znajdujące się w nim ruchomości oraz stałe elementy wnętrza tj. elementy zamontowane lub wbudowane w sposób trwały, gdyż i one mogą uciec na skutek wystąpienia huraganu, który niszczyć budynek prawdopodobnie doprowadzi również do zniszczeń w jego wnętrzu ;

2) oczekiwania co do wysokości ewentualnego odszkodowania, tzn. czy ubezpieczymy nasz majątek w wartości rzeczywistej, czy w wartości odtworzeniowej. W pierwszym przypadku przy zawarciu umowy ubezpieczenia określa się sumę ubezpieczenia (stanowiącą górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) odpowiadającą wartości ubezpieczanego mienia, która uwzględnia stopień jego zużycia (amortyzacji). Również odszkodowanie ustalane jest w oparciu o tę samą zasadę tj. uwzględniając stopień zużycia zniszczonego mienia. W drugim przypadku zarówno sumę ubezpieczenia określoną w momencie zawierania umowy, jak i przyszłe odszkodowanie ustala się na podstawie wartości odtworzeniowej tj. pozwalającej na zakup utraconego mienia według cen nowych artykułów, bez uwzględniania stopnia ich faktycznego zużycia. W ubezpieczeniu mienia, co prawda rzadziej, spotyka się również sys-

tem ubezpieczenia „na pierwsze ryzyko” i system ubezpieczenia na sumy stałe. Generalnie, pierwszy system polega na ubezpieczeniu mienia w części odpowiadającej wartości przypuszczalnej maksymalnej pierwszej szkody, zaś drugi z nich obejmuje ochroną wartość całego posiadanego mienia;

3) stan techniczny przedstawionego do ubezpieczenia budynku. Niestety nawet w przypadku budynków wchodzących w skład gospodarstw rolnych, które rolnik ma obowiązek ubezpieczyć, zakład ubezpieczeń może odmówić ich ubezpieczeniem jeśli stan techniczny budynku wskazuje na 100% zużycie lub jest on przeznaczony do rozbiórki. Analogicznie, w odniesieniu do budynków ubezpieczanych w systemie ubezpieczeń dobrowolnych, zakład ubezpieczeń może z powodu złego stanu technicznego odmówić objęcia ich ubezpieczenia, bądź też wskazać na inne przyczyny odmowy np. częste występowanie określonych szkód na danym terenie; w danym rejonie; regionie;

4) możliwość negocjowania z ubezpieczycielem odmiennych od standardowego wzorca umownego zapisów, lub też uzyskanie rabatu w składce gdy np. jest to klient, który w danym zakładzie ubezpieczeń ulokował uprzednio inne, niekiedy liczne ryzyka, lub od wielu lat jest bezszkodowy.

Zakłady ubezpieczeń w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia mieszkań lub budynków wskazując zakres ochrony ubezpieczeniowej, definiują wymienione ryzyka takie jak np. kradzież z włamaniem, zalanie, ogień, uderzenie pioruna, huragan itd. Szkody powstałe w następstwie tych zdarzeń powodują odpowiedzialność odszkodowawczą zakładu ubezpieczeń, dlatego ważne jest aby konsument dokładnie zapoznał się z treścią ww. definicji, gdyż często mogą w swej treści odbiegać od potocznego ich pojmowania. W praktyce często występuje sytuacja, w której w poszczególnych produktach ubezpieczeniowych różnych

zakładów ubezpieczeń, definicje te znacząco się różnią.

Podobnie jest z definicją szkód wywołanych siłą wiatru, którego prędkość podawana jest w metrach na sekundę lub w kilometrach na godzinę, a nazywany jest wicherą, silnym wiatrem lub huraganem i opisywany jest w różnorodny sposób. Przykładowo w:

- ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK; spowodowane przez wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s którego działanie wyrządza masowe szkody; pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu;
- ogólnych warunkach ubezpieczenia mieszkań PZU (zatwierdzonych uchwałą zarządu nr UZ/205/99 z dnia 2 września 1999 r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą Zarządu nr

orologii i Gospodarki Wodnej – IMiGW) którego działanie wyrządza masowe szkody. W uzasadnionych przypadkach lub braku możliwości uzyskania opinii IMiGW wystąpienie huraganu stwierdza się na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód w miejscu ich powstania bądź w bezpośrednim sąsiedztwie;

- ogólnych warunkach ubezpieczenia WARTA DOM (Warszawa 2006) ; spowodowane przez wiatr osiągający co najmniej 88 km/h (tj. 24,4 m/s) i wyrządzający masowe szkody. Prędkość wiatru powinna być potwierdzona przez IMiGW. W przypadku braku możliwości uzyskania potwierdzenia przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ich powstawania lub w sąsiedztwie świadczący o działaniu huraganu. Pojedyncze szkody uważa się za huraganowe tylko wówczas gdy

Zakłady ubezpieczeń w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia mieszkań lub budynków wskazując zakres ochrony ubezpieczeniowej, definiują wymienione ryzyka takie jak np. kradzież z włamaniem, zalanie, ogień, uderzenie pioruna, huragan itd.

UZ/497/2003 z dnia 7 października 2003 r.); spowodowane przez wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/s którego działanie wyrządza masowe szkody; pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan wówczas, gdy w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu;

- ogólnych warunkach ubezpieczenia budynków i lokali mieszkalnych – osób fizycznych PZU (zatwierdzonych uchwałą nr UZ/552/2004 z dnia 16 września 2004 r.); spowodowane przez wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s (ustalanej przez Instytut Mete-

w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono ślady huraganu lub też rodzaj i rozmiar szkód świadczą o jego działaniu;

- ogólnych warunkach ubezpieczenia mieszkań i domów jednorodzinnych STU Ergo Hestia S.A. (wchodzące w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.); spowodowane przez wiatr o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s wyrządzający masowe szkody; wystąpienie tego zjawiska powinno być potwierdzone przez IMiGW, a w przypadku braku możliwości uzyskania takiego potwierdzenia, przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ich powstania lub w sąsiedztwie świadczący o działaniu huraga-

nu – pozostała część definicji jak wyżej;

- ogólnych warunkach ubezpieczenia Dom 24, wydanych przez TU Link 4 ; spowodowane przez wiatr wiejący z siłą nie mniejszą niż 18,9 m/s (68 km/h).

Jak widać szkody wyrządzone przez wiatr w różnym zakresie podlegają ochronie w poszczególnych zakładach ubezpieczeń. Warto zwrócić uwagę, że są również i takie produkty które nie obejmują zakresem ochronnym ryzyka szkód spowodowanych silnym wiatrem.

Podobnie przedstawia się sytuacja w ubezpieczeniu pojazdu w zakresie autocasco, w ramach którego ubezpieczyciel standardowo odpowiada za szkody kradzieżowe oraz inne, wywołane nagłym działaniem zewnętrznych czynników, wśród których na ogół wymieniany jest huragan. We wzorcach umownych tego ubezpieczenia również występują różnice w definiowaniu ryzyka huraganu, podobnie jak w przypadku ogólnych warunków ubezpieczenia budynków lub mieszkań.

W przypadku, gdy na skutek silnego wiatru dojdzie do szkody osobowej bądź na mieniu wyrządzonej przez zawalenie się budowli lub oderwanie się jej części, odpowiedzialność posiadacza budowli kształtuje się wg zasady zapisanej w art. 434 k.c. Gwarantuje ona szerszy zakres ochrony oparty na zasadzie ograniczonego ryzyka niż wynikający z ogólnej zasady winy. W tego typu przypadkach posiadacz budowli obowiązany jest zatem wypłacić poszkodowanemu należne odszkodowanie i świadczenie, chyba że zawalenie się budowli lub oderwanie jej części nie wynikało ani z braku utrzymania budowli w należytych stanie, ani z wady w budowie (przesłanka zwalniająca). Ciężar przeprowadzenia postępowania dowodowego, który zwolni go z odpowiedzialności co do zasady, spoczywa na posiadaczu budowli. Odszkodowania osoba poszkodowana można dochodzić zarówno od posiadacza budynku bądź

ubezpieczyciela, z którym zawarł umowę ubezpieczenia w tym zakresie.

Przykładem zaniedbań których często dopuszczają się osoby odpowiedzialne za dbałość o stan techniczny i czystość budynku, w konsekwencji czego silny wiatr może spowodować szkody to przykładowo:

- brak bieżącej konserwacji budynku, w tym brak wymiany zużytych elementów np. pokrycia dachowego, rynien, balkonów, parapetów.
- pozostawianie niezabezpieczonych budynków w czasie prac remontowo-budowlanych, w tym materiałów budowlanych, maszyn i urządzeń.

Nadto pamiętać należy, że zakład energetyczny odpowiada deliktowo wobec osób trzecich bowiem zgodnie z art. 435 kc. jest przedsiębiorstwem wprawianym w ruch siłami przyrody, a jego odpowiedzialność za szkody kształtuje się na surowej zasadzie ryzyka, czyli za sam fakt powstania szkody (skutek). Zatem zarówno szkoda osobowa np. porażenie prądem zerwanym przewodem elektrycznym leżącym na ziemi, jak i szkoda w mieniu spowodowana przez zniszczony lub uszkodzony element tego przedsiębiorstwa np. złamany słup lub pożar transformatora który wywołał szkody w naszym mieniu, powinna zostać wyrównana bez konieczności ustalania winy zakładu energetycznego.

Na odmiennych zasadach tj. odpowiedzialności cywilnej kontraktowej (art. 471 k.c.) kształtuje się odpowiedzialność podmiotów świadczących usługi w zakresie przesyłania energii elektrycznej do odbiorców, w tym za pośrednictwem tzw. napowietrznych liniach energetycznych. Szkody huraganowe skutkują również uszkodzeniami lub zniszczeniem przewodów, słupów energetycznych, izolatorów lub innych elementów linii przesyłowych w konsekwencji czego dochodzi do wyłączenia stacji transformatorowych i braków w dostawie prądu. Konsekwencje tego mogą być nieraz znaczne, np. zepsucie się towarów przechowywanych w chłodniach,

konieczność zamknięcia obiektów użyteczności publicznej itd.

Ustawa z 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne wraz z towarzyszącymi mu aktami wykonawczymi zwalnia z odpowiedzialności kontraktowej zakład energetyczny gdy przerwy w dostawie energii wobec odbiorców energii o niskim napięciu (230 V i 400 V) nie przekraczają jednorazowo 24 h a w ciągu roku łącznie 48 h.

Z odpowiedzialności za szkody wywołane brakiem dostaw energii zakład energetyczny może się uwolnić się jedynie w przypadku dowiedzenia, iż spowodowany on został siłą wyższą lub też wystąpieniem innych okoliczności, za które zakład nie ponosi odpowiedzialności.

W sytuacji gdy osoba poszkodowana uzyska odszkodowanie lub świadczenie z tytułu posiadanego własnego ubezpieczenia mienia np. autocasco, wówczas ubezpieczyciel zapewne zwróci się z żądaniem jego rekompensaty (regresu) do sprawcy szkody lub jego ubezpieczyciela.

Warto na koniec także stwierdzić, że często posiadacze nieruchomości nie doceniają jak równie ważną jest dbałość o pielęgnację, w tym usuwanie chorych drzew. Jeśli bowiem wiatr spowoduje szkodę poprzez wywrócenie się drzewa lub odłamanie jego części, powstanie po stronie posiadacza nieruchomości odpowiedzialność odszkodowawcza oparta na zasadach ogólnych.

Uogólniając można stwierdzić, że przezorny właściciel nieruchomości powinien stosownie do bieżących potrzeb dokładać należytej staranności by utrzymać ją wraz z otoczeniem i zielenią w dobrym stanie jak również zadbać o jej ubezpieczenie zarówno w zakresie szkód które mogą powstać w jej zasobach z powodu huraganowego wiatru, jak również ubezpieczyć swą odpowiedzialność cywilną tak, aby w przypadku wyrządzenia szkód osobom trzecim w związku z posiadaną nieruchomością przy wystąpieniu tego wiatru, być zabezpieczonym przed ich roszczeniami. ■

Krystyna Krawczyk
Dyrektor Biura RzU

Ubezpieczenia w księstwie warszawskim

Polacy wierzyli w Napoleona. Wierzyli, że wojna francusko-pruska doprowadzi do wielkich zmian na mapie Europy i że znów pojawi się na niej wolne państwo polskie. Tymczasem, utworzone z woli cesarza Księstwo Warszawskie było zaledwie namiastką Polski.



W listopadzie 1806 r., wojska francuskie wkroczyły najpierw do Poznania a potem do Warszawy. Istniejące na zajmowanych terenach, powołane jeszcze przez Prusaków, dwa Towarzystwa Ogniove (dla Miast w 1803 i dla Wsiów w 1804 roku) przestały praktycznie działać. Formalnie nastąpiło to w kilka miesięcy później, gdy dla tej części ziem polskich Napoleon powołał 14 stycznia 1807 r. rząd tymczasowy nazwany Komisją Rządzącą, z 71-letnim Stanisławem Małachowskim, jako prezesem. Komisja Rządząca, w listopadzie 1806 roku w Warszawie a w lutym 1807 roku w Poznaniu formalnie zawiesiła działalność istniejących towarzystw ogniowych. Jednocześnie poleciła ministrowi (dyrektorowi) policji hrabiemu Aleksandrowi Potockiemu przygotowanie projektu nowej organizacji ubezpieczeniowej. Do współpracy powołany został Ksawery Gorczyzewski, były dyrektor Dyrekcji Głównej Warszawskiej, którego Komisja przewidziała na sta-

nowisko prezesa organizowanego towarzystwa ogniowego.

Przy tworzeniu nowego towarzystwa, dużą rolę odegrały warunki polityczno-terytorialne. W wyniku uzgodnień Napoleona z carem Rosji Aleksandrem I, podjętych 25 czerwca w czasie historycznego spotkania w namiocie na tratwie na rzece Niemien w pobliżu Tylży, ziemie odłączone od Prus należeć miały do króla saskiego Fryderyka Augusta (wnuka przedostatniego króla polskiego Augusta), jako dziedzicznego księcia warszawskiego. Fryderyk August był politykiem rozważnym, mówił po polsku, władzę wykonawczą sprawował za pośrednictwem pięciu ministrów (stanowiących radę).

Traktatem w Tylży ustanowione zostało Księstwo Warszawskie. Obejmowało ono teren całych Prus Południowych, część Nowowschodnich (bez Białegostoku odstąpionego Rosji), część Zachodnich, Nowy Śląsk oraz część dawnych Prus Królewskich. W granicach tego kadłubowego państwa, a raczej państewka, znalazły się m.in. takie miasta, jak Warszawa, Poznań, Gniezno, Płock. Odpowiadało to mniej więcej ziemiom drugiego i trzeciego zaboru pruskiego oraz południowej części zaboru pierwszego. Były to więc tereny w dużym stopniu rozwinięte gospodarczo, co mogło mieć korzystny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej.

Poza granicami Księstwa Warszawskiego pozostały Kraków, Lwów i Wilno – oddane Rosji oraz Gdańsk – któremu nadano status wolnego miasta z załogą francuską. W Gdańsku, należącym do tzw. Prus Zachodnich, działał od roku 1785 Zachodnio-Pruski Prowincjonalny Socjetet Ogniowy.

Warto jednak przypomnieć, że po wojnie francusko-austriackiej, zgodnie z traktatem w Schönbrunn z 14 października 1809 r. Napoleon przyłączył do Księstwa Warszawskiego całą Galicję Zachodnią z Krakowem, Lublinem, Radomiem i Zamościem, ale

bez galicyjskiego Podola zostawione go Aleksandrowi. Były to jednak tereny gospodarczo zacofane, bez tradycji ubezpieczeniowych, które w okresie Księstwa nie zostały włączone do powstałej organizacji ubezpieczeniowej.

Dotychczasowe popruskie organizacje ubezpieczeniowe zostały zlikwidowane, a działalność asekuracyjną rozpoczęło nowe Towarzystwo Ogniove dla Miast i Wsiów. Oparło się ono na wydanym 4 czerwca 1807 r. przez Komisję Rządzącą dokumencie nazwanym „Urządzenie Towarzystwa Ogniowego dla Miast i Wsiów”. W imieniu Komisji „Urządzenie...” podpisał prezes Komisji Rządzającej Stanisław Małachowski (podobno, nie obyło się tutaj bez nacisku Napoleona).

Zwierzchność nad kasami ognioowymi Księstwa Warszawskiego Komisja Rządząca zleciła ministrowi policji hr. Aleksandrowi Potockiemu, który już wcześniej był zobowiązany do udziału przy tworzeniu nowego towarzystwa.

Organem wykonawczym Towarzystwa Ogniowego dla Miast i Wsiów była Administracja Generalna w Warszawie. Podlegały jej trzy departamenty: warszawski, kaliski i poznański. Prezesem Administracji, powołanym 23 czerwca 1807 roku został Ksawery Gorczyzewski – znany wybitny działacz społeczny i ubezpieczeniowy.

W pierwszym paragrafie „Urządzenia...”, Towarzystwo Ogniove zostało zobowiązane do kontynuowania działalności prowadzonej uprzednio przez towarzystwa powołane dekretem Fryderyka Wilhelma II oraz do przejęcia zaległych zobowiązań. W wyniku bowiem traktatu w Tylży z 25 czerwca 1807 roku, rząd Księstwa Warszawskiego został m.in. zmuszony do przejęcia i realizowania wszystkich dawnych zobowiązań króla pruskiego, a więc i zobowiązań Towarzystwa Ogniowego dla Miast z roku 1803 oraz dla Wsiów z roku 1804. Praktycznie nie było to możliwe z braku funduszy (za pozostałe z czasów pruskich zaległości w wypłatach odszkodowań

popożarowych w wysokości trzynastu milionów złotych wypłacono tylko pięć milionów pięćset tysięcy).

Nie bez znaczenia dla dalszego rozwoju ubezpieczeń była narzucona Księstwu Warszawskiemu Konstytucja.. Wzmacniała ona prawa własności i miała ułatwiać wzrost ekonomiczny kraju. W rzeczywistości jednak Księstwo borykało się z poważnymi trudnościami gospodarczymi. Ich powodem było m.in. odcięcie od terytoriów, z którymi dotąd stanowiło całość ekonomiczną, odziedziczone po Prusakach długi, zmiany w handlu zagranicznym, jako wyniku blokady gospodarczej Anglii, a także ponoszenie kosztów utrzymania potężnej armii (francuskiej i polskiej).

Konstytucja Księstwa Warszawskiego podpisana została przez Napoleona w Dreźnie, w dniu 22 lipca 1807 roku. Wg przekazu została ona wprost podyktowana przez Napoleona Stanisławowi Potockiemu, który przewodniczył polskiej delegacji, Fryderyk Skarbek tak ocenił konstytucję: „dzieło dobrze obmyślane, które się odznaczało wielką przeczornością polityczną”.

Narzucona Księstwu konstytucja zapoczątkowała zmianę stosunków społecznych, zrównała wszystkich obywateli (art. 4) wobec prawa. Całkowicie zniesione zostało poddaństwo chłopów, co jednak przyczyniło się do ich zubożenia. Mogli opuszczać wioski, ale ziemia, inwentarz i narzędzia rolnicze pozostawały własnością dziedzica. Mówiło się wówczas, że konstytucja zdjęła chłopom kajdany, ale razem z butami.

W Księstwie Warszawskim obowiązywały także przepisy tzw. Kodeksu Napoleona, opracowanego pod osobistym kierownictwem cesarza jeszcze w roku 1804. Były one kodeksem prawa cywilnego (nota bene zasadnicze jego przepisy obowiązywały na terenach polskich do I wojny światowej, a na ziemiach dawnego Królestwa Polskiego, nawet do roku 1946).

Ani Konstytucja, ani Kodeks Napoleona, nie regulowały jednak zagadnień ubezpieczeniowych. Wpro-

wadzony kodeks cywilny francuski (art. 69 Konstytucji Księstwa Warszawskiego z 22 lipca 1807 r.), a także Kodeks Handlowy (ustawa sejmowa z 24 marca 1809 r.) nie zajęły się rozwiązywaniem spraw ubezpieczeniowych. Co prawda w kodeksie cywilnym do kontraktów losowych zalicza się i „ubezpieczenie”, ale odsyła się do szczegółowych przepisów, które nie zostały wydane. W obowiązującym w napoleońskim Kodeksie Handlowym jest mowa o kontraktach ubezpieczeniowych, jednak wyłącznie morskich, nie mających zastosowania w Księstwie Warszawskim.

Pretensje finansowe Towarzystwa Ogniowego wobec władz pruskich oparte były na dwóch faktach. Jednym było wywiezienie przez Prusaków kasy Towarzystwa w gotówce, tj. ok. 3 tysięcy talarów, drugim – zaległe składki rządu pruskiego za ubezpieczenie budowli rządowych (w tym zamku królewskiego w Warszawie), położonych na terenach departamentu warszawskiego, kaliskiego i poznańskiego, w wysokości ok. 16 tysięcy talarów (jeden talar równał się ok. 5,7 złotego).

Towarzystwo Ogniove dla Miast i Wsiów borykało się więc z trudnościami finansowymi. Dla zwiększenia zasobów pieniężnych przeznaczonych na wypłaty odszkodowań za szkody pożarowe, zmniejszono liczbę etatowych pracowników zatrudnionych w Towarzystwie. Z tego samego, oszczędnościowego, powodu została skasowana Dyrekcja w Poznaniu i dla trzech departamentów (warszawskiego, poznańskiego i kaliskiego) utworzono jedną Administrację Generalną w Warszawie podlegającą bezpośrednio Dyrekcji Policji Krajowej. Tak było do roku 1809. Po reorganizacji władz Księstwa w roku 1808 Administracja Generalna Towarzystwa Ogniowego podporządkowana została ministrowi spraw wewnętrznych Janowi Pawłowi Łuszczewskiemu. ■

Marian Szcześniak

cd. w następnym numerze

MARIAN SZCZEŚNIAK

UBEZPIECZENIA W KSIĘSTWIE
WARSZAWSKIM

tach ubezpieczeniowych, jednak wyłącznie morskich, nie mających zastosowania w Księstwie Warszawskim

Pretensje finansowe Towarzystwa Ogniwego wobec władz pruskich oparte były na dwóch faktach. Jednym było wywiezienie przez Prusaków kasy Towarzystwa w gotówce, tj. ok. 3 tysięcy talarów, drugim - zaległe składki rządu pruskiego za ubezpieczenie budowli rządowych (w tym zamku królewskiego w Warszawie), położonych na terenach departamentu warszawskiego, kaliskiego i poznańskiego, w wysokości ok. 16 tysięcy talarów (jeden talar równał się ok. 5,7 złotego).

Towarzystwo Ogniwowe dla Miast i Wsiów borykało się więc z trudnościami finansowymi. Dla zwiększenia zasobów pieniężnych przeznaczonych na wypłaty odszkodowań za szkody pożarowe, zmniejszono liczbę etatowych pracowników zatrudnionych w Towarzystwie. Z tego samego, oszczędnościowego, powodu została skasowana Dyrekcja w Poznaniu i dla trzech departamentów (warszawskiego, poznańskiego i kaliskiego) utworzono jedną Administrację Generalną w Warszawie podlegającą bezpośrednio Dyrekcji Policji Krajowej. Tak było do roku 1809. Po reorganizacji władz Księstwa w roku 1808 Administracja Generalna Towarzystwa Ogniwego podporządkowana została ministrowi spraw wewnętrznych Janowi Pawłowi Łuszczewskiemu.

Towarzystwo Ogniwowe dla Miast i Wsiów okresu Księstwa Warszawskiego w działalności swojej charakteryzowało się następującymi cechami:

? w sprawach ubezpieczeń wiejskich przymus rozszerzony został na wsie narodowe i królewskie (wsie dziedziczne); wsi prywatnych przymus nie obejmował;

? po raz pierwszy w historii polskich ubezpieczeń zróżnicowane zostały (dotąd jednolite) stawki za ubezpieczenia budynków miejskich;

ABC ubezpieczeń na życie

Gospodarka światowa charakteryzuje się szybkimi zmianami wywołującymi skutki społeczne i demograficzne. Pojawiają się coraz to nowe ryzyka związane np. z tempem życia, wprowadzaniem nowych technologii czy zagrożeniami wynikającymi z globalnych zmian klimatu. Wszystkie te czynniki niosą za sobą szereg zagrożeń, niespodziewanych i niepewnych zdarzeń, które bezpośrednio wpływają na naszą przyszłość. Zwiększają się też potrzeby konsumentów, którzy w ubezpieczeniach upatrują ochrony finansowej. Dotyczą one obecnie całej sfery naszego życia, poprzez ubezpieczenia majątkowe i komunikacyjne, ubezpieczenia na życie, zdrowotne wypadkowe i chorobowe, ubezpieczenia kredytów zapewniające środki finansowe, wtedy kiedy są one najbardziej potrzebne.

Podobnie struktura populacji ludzkiej zmienia się niezmierzenie szybko charakteryzując się dłuższym okresem życia. Ludzie oczekują wyższego poziomu zabezpieczenia finansowego, opieki zdrowotnej, wyższych rent i emerytur i innych świadczeń socjalnych. Za pomocą rozwiązań ubezpieczeniowych można zapewnić sobie i swojej rodzinie ochronę przed skutkami niepomyślnych zdarzeń losowych, zapewnić spokój i bezpieczeństwo w całym okresie życia. Podstawowy podział ubezpieczeń na życie, które stały się też popularne w Polsce wynika z ich funkcji ochronnej i oszczędnościowej. Produkty na rynku ubezpieczeniowym łączą z reguły w sobie ochronę ubezpieczeniową i profesjonalne zarządzanie inwestycyjne zgromadzonym kapitałem, proponując w tym zakresie nowoczesne rozwiązania, w ko-

rzystny sposób zapewniające przyszłość. Obecnie bardzo popularne stały się ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym. Zaletami tego typu produktów jest ich elastyczność, można bowiem w dowolnych proporcjach wybierać poziom ochrony, jak i sposób inwestycji do wielu funduszy. Ubezpieczenia te zapewniają też bezpieczeństwo, bowiem prócz różnych strategii inwestycyjnych można wybierać wśród wielu wariantów umów ochronnych, aby zabezpieczyć trudne do przewidzenia zdarzenia losowe. Zwrócić też należy uwagę na ubezpieczenia posagowe, których celem jest zapewnienie finansowego wsparcia dla dziecka w chwili jego startu w dorosłe życie.

Na rynku ubezpieczeniowym mamy wielość produktów, które możemy dopasować do swoich potrzeb i możliwości finansowych. Wybór polisy i ubezpieczyciela to bardzo ważna decyzja, przed której podjęciem należy zgromadzić jak najwięcej wiedzy na temat potrzeb swoich i rodziny oraz oferowanych produktów dokładnie poznać ich zasady i warunki. Świadomość ubezpieczeniowa pozwala na bezpieczne poruszanie się po dynamicznie rozwijającym się rynku ubezpieczeniowym. Korzystając z oferty rynku finansowego można w relatywnie tani sposób ukształtować swoją sytuację w przyszłości czy też ograniczyć skutki negatywnych w skutkach zdarzeń losowych. Ubezpieczenia na świecie stały się produktem pierwszej potrzeby wspomagając stabilny i zrównoważony rozwój społeczeństwa, a także zwiększają zaufanie co do przyszłości wpływając na wzrost gospodarczy i konsumpcję.

FUNDACJA EDUKACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Opracowanie przygotowano przy finansowym wsparciu GERLING POLSKA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

ZAGADNIENIA PRAWNE DOTYCZĄCE UBEZPIECZEŃ ŻYCIOWYCH

Umowa ubezpieczenia na życie należy do umów nazwanych, co oznacza, że została ona uregulowana w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie przepisy znajdują się w tytule XXVII, dziale I i III kodeksu cywilnego oraz ustawie z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (art. 12 – 13, 15 – 26).

CHARAKTER UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I JEJ PODMIOTY

Umowa ubezpieczenia na życie, podobnie jak wszystkie inne umowy ubezpieczenia ma charakter umowy dwustronnie zobowiązującej odpłatnej. Po zawarciu takiej umowy po obu stronach powstają określone prawa i obowiązki. Stronami umowy ubezpieczenia na życie są: zakład ubezpieczeń oraz ubezpieczający. Ubezpieczającym jest osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia i zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie we własnym imieniu i na własny rachunek (wówczas jest on jednocześnie ubezpieczającym i ubezpieczonym, tj. osobą, której życie lub zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową) lub na rzecz osoby trzeciej (wówczas ubezpieczonym jest inna osoba, której życie lub zdrowie ubezpieczający uczynił przedmiotem ubezpieczenia). W ubezpieczeniach na życie spotykamy także osobę uposażonego. Uposażonym jest osoba wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia należnego na podstawie zawartej przez niego umowy. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci (uposażeni). Jeżeli ubezpieczony wskazał kilka osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia, a nie oznaczył ich udziału w tej sumie, uważa się, że udziały tych osób są równe. Zastrzeżenia odnośnie uprawnień i osoby uposażonego lub osób uposażonych ubezpieczony może zmienić lub odwołać w każdym czasie.

CEL I PRZEDMIOT UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Zawierając umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (art. 805 § 1 k.c.). Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej

sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 k.c.). Ubezpieczający natomiast obowiązany jest do opłacania składki ubezpieczeniowej, którą oblicza zakład ubezpieczeń, zgodnie z okresem trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

TREŚĆ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia, także ubezpieczenia na życie (treść umowy) określają zazwyczaj tzw. ogólne warunki ubezpieczenia (w skrócie o.w.u.). Ogólne warunki ubezpieczenia opracowują zakłady ubezpieczeń. Ich postanowienia muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, jeżeli są z nimi sprzeczne – są nieważne. Ponadto ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Oznacza to w szczególności, że niezwykle istotne jest sformułowanie ogólnych warunków ubezpieczenia przy uwzględnieniu wiedzy przeciętnego ubezpieczającego i w sposób umożliwiający poprawne ich zrozumienie. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Konieczne trzeba pamiętać, że przed zawarciem każdej umowy ubezpieczenia trzeba zapoznać się z jej warunkami. Zakład ubezpieczeń jeszcze przed zawarciem umowy ma obowiązek doręczyć ubezpieczającemu tekst ogólnych warunków ubezpieczenia (art. 812 § 1 k.c.). Szczególne znaczenie ma ten wymóg przy ubezpieczeniach na życie, m.in. ze względu na szczególnie cenny przedmiot ochrony ubezpieczeniowej, którym jest życie i zdrowie ubezpieczonego.

W kodeksie cywilnym – art. 812 § 2 – znajduje się regulacja przewidująca minimalną treść ogólnych warunków ubezpieczenia. Przepis należy stosować odpowiednio do ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Ogólne warunki ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń na życie muszą określać w szczególności:

- 1) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
- 2) sposób zawierania umowy ubezpieczenia,
- 3) zakres i czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
- 4) prawa i obowiązki stron umowy,
- 5) tryb, warunki, sposób oraz przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego lub zakład ubezpieczeń,
- 6) sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub

agent ubezpieczeniowy – zawód z tradycją sięgającą XIX wieku. Początkowo agentami były osoby poszukujące klientów przy ubezpieczeniach statków i budynków. Obecnie każde towarzystwo ubezpieczeń posiada agentów, którzy obsługują klientów indywidualnych i instytucjonalnych, przedstawiając im produkty dopasowane do potrzeb klientów. Agent ubezpieczeniowy reprezentuje interesy zakładu ubezpieczeń na podstawie zawartej między nim a zakładem umowy agencyjnej i posiadanej pełnomocnictwa.

broker ubezpieczeniowy – osoba upoważniona przez ubezpieczonego do stałego bądź doraźnego dokonywania w jej imieniu czynności prawnych lub faktycznych związanych z zawieraniem bądź wykonywaniem umów ubezpieczenia albo pośredniczenia przy zawieraniu umów ubezpieczenia na rzecz ubezpieczającego. W odróżnieniu od agenta pośredniczącego w sprzedaży jednej firmy, broker jest reprezentantem klienta, któremu pomaga wybrać najdogodniejsze ubezpieczenia.

choroba przewlekła – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem.

dział ubezpieczeń – ustawowo przyjęty podział ryzyka w ubezpieczeniach tj. dział I – ubezpieczenia na życie, dział II – ubezpieczenia majątkowe oraz pozostałe ubezpieczenia osobowe (np. NNW).

dokumenty ubezpieczeniowe – dokumenty potwierdzające zawartą umowę ubezpieczenia oraz inne z nią związane tj. wniosek, polisa, załączni-

- opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość,
- 7) sposób indeksacji składki ubezpieczeniowej,
 - 8) tryb, warunki oraz sposób dokonywania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony,
 - 9) sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia,
 - 10) sposób i tryb dochodzenia roszczeń z umowy ubezpieczenia,
 - 11) informację o sędzie właściwym dla rozstrzygnięcia sporu mogącego wynikać z danej umowy ubezpieczenia,
 - 12) sumę ubezpieczenia i warunki jej zmiany.

W przypadku ubezpieczeń na życie ustawodawca nałożył na zakłady ubezpieczeń dodatkowe obowiązki dotyczące kształtowania treści umowy ubezpieczenia na życie (art. 13 ust. 1 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Zakład w treści umowy ubezpieczenia musi obowiązkowo: (sprawdź z ustawą)

1. zdefiniować poszczególne świadczenia przewidziane umową,
2. określić wysokość składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym,
3. wyjaśnić zasady ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń,
4. opisać czynniki w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
5. wskazać przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.

Dodatkowo w przypadku umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w tej umowie:

1. wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
2. zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia,

3. regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne,
4. zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
5. zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
6. zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu (art. 13 ust. 4).

Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od ogólnych warunków ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń jest wówczas obowiązany, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przedstawić ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy a ogólnymi warunkami.

DOKUMENT UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia na życie podobnie, jak każda inna umowa ubezpieczenia powinna być stwierdzona przez zakład ubezpieczeń polisą, legitymacją ubezpieczeniową, tymczasowym zaświadczeniem albo innym dokumentem ubezpieczenia (art. 809 § 1 k.c.). Umowę ubezpieczenia na życie uważa się za zawartą z chwilą doręczenia przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (art. 809 § 2 k.c.). W przypadku umowy ubezpieczenia na życie nie ma możliwości tzw. milczącego zawarcia umowy, co jest możliwe w ubezpieczeniach majątkowych.

POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

Jeżeli strony umowy nie postanowią inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki. Jednak gdy umowa dochodzi do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia, w którym umowa ubezpieczenia uważana jest za zawartą.

WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

Najczęściej chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia należy złożyć zakładowi ubezpieczeń ofertę w postaci pisemnego wnio-

ki, aneksu, certyfikaty, polisy, umowy ubezpieczenia (owu, umowy generalne i indywidualne).
ekspiracja ubezpieczenia – ustanie, wygaśnięcie, zakończenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Najczęściej termin ekspiracji określa polisa ubezpieczeniowa albo inny dokument ubezpieczenia. Koniec odpowiedzialności ubezpieczyciela może też nastąpić wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia albo jej wypowiedzenia, całkowitego zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia, śmierci osoby ubezpieczonej, wyczerpania sumy

ubezpieczenia, albo przejścia własności rzeczy ruchomej na inną osobę.

grupowe ubezpieczenie – ubezpieczenie zawierane na rzecz określonej grupy osób (ubezpieczonych), często w praktyce występuje w ubezpieczeniach na życie, ubezpieczeniach następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczeniach podróży zwanych inaczej turystycznymi.

klauzule ubezpieczeniowe – zastrzeżenia, dodatkowe regulacje w polisie ubezpieczeniowej, które mogą ograniczać, rozszerzać lub zmieniać za-

kres ochrony ubezpieczeniowej. Często zawierają postanowienia natury prewencyjnej.

kumulacja świadczeń – łączenie przysługujących świadczeń z kilku umów ubezpieczenia. Występuje w ubezpieczeniach osobowych, w których kumulacji podlegają świadczenia z tytułu śmierci lub trwałego inwalidztwa. W ubezpieczeniach majątkowych zasada kumulacji świadczeń nie występuje.

klauzula abuzywna – niedozwolone przez prawo (przepisy kodeksu cywilnego) postanowienia

sku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W ubezpieczeniach na życie wnioski takie mają zazwyczaj formę kwestionariusza/ formularza zawierającego m.in. pytania o okoliczności istotne dla dokonania przez zakład ubezpieczeń właściwej oceny ryzyka. W przypadku ubezpieczeń na życie bardzo ważne jest, aby ubezpieczający podał zgodnie z prawdą zakładowi ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które zakład ubezpieczeń zapytywał w takim formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli zakład ubezpieczeń zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne (art. 815 § 1 k.c.).

Jeżeli ubezpieczający podał niezgodnie z prawdą do wiadomości zakładu ubezpieczeń powyższe okoliczności zakład wolny jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową (art. 815 § 3 k.c.). Po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie zakład ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zataił chorobę osoby ubezpieczonej. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Wypowiedzenie oznacza jednostronne rozwiązanie umowy. Umowę ubezpieczenia na życie ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka nie została zapłacona w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.

W obecnie funkcjonujących umowach ubezpieczenia na życie wypowiedzenie umowy łączy się często z tzw. wykupem polisy. Wykup polisy oznacza najprościej mówiąc zwrot części wpłaconych składek. Zwykle im krótszy jest okres ubezpieczenia tym mniejsza jest wartość wykupu. Warto też pamiętać, że wartość wykupu istnieje dopiero po upływie określonego czasu trwania umowy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Przepisy kodeksu cywilnego (art. 812 § 4 k.c.) przewidują, że jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od umowy oznacza ustanie umowy ubezpieczenia za skutkiem natychmiastowym. Przepisy art. 814 § 2 k.c. dają prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia z jednoczesnym zawiadomieniem ubezpieczającego także zakładowi ubezpieczeń w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie. Zakład ubezpieczeń może oczywiście żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.

PRZEDAWNIE NIE ROSZCZEŃ

Roszczenia z umowy ubezpieczenia na życie przedawniają się z upływem lat trzech (art. 819 § 1 k.c.). Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem. Przerzywa się także przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym osoba zgłaszająca roszczenie lub zdarzenie otrzymała pisemne oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Okres przedawnienia jest dłuższy ? wynosi dziesięć lat – w przypadku roszczeń z umowy ubezpieczenia stwierdzonych prawomocnym orzeczeniem sądu lub innego uprawnionego organu albo orzeczeniem sądu polubownego oraz roszczeń stwierdzonych ugodą zawartą przed sądem albo przed sądem polubownym. Jednakże roszczenia okresowe (np. renty) stwierdzone w prawomocnymi orzeczeniami sądowymi lub ugodą sądową ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE – PRAKTYCZNIE

W Polsce do podstawowych ubezpieczeń życiowych zalicza się:

1. Ubezpieczenia na życie i dożycie oraz mieszane tzn. ubezpieczenie zarówno terminowe jak i dożywotnie, w którym

umowy, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

multiagent – agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń. Za szkodę wyrządzoną przez multiagenta z tytułu wykonywania czynności agencyjnych odpowiada on we własnym zakresie. Ma on również obowiązek ubezpieczenia swojej odpowiedzialności cywilnej względem

osób, którym może wyrządzić szkodę swoimi działaniami lub zaniechaniem.

modyfikacja umowy ubezpieczenia – zmiana treści umowy ubezpieczenia po jej zawarciu.

nagle zachorowanie – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej.

nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie losowe wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego ubezpieczający, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

odszkodowanie – kwota, którą ubezpieczyciel powinien wypłacić z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia majątkowego w przypadku zaistnienia określonego w umowie ubezpieczenia zdarzenia. Odszkodowanie wypłacane jest w granicach sumy ubezpieczenia (sumy gwarancyjnej).

ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) – wzorzec umowny, mający zastosowanie do umowy ubezpieczenia, stanowiący jej integralną część. O.w.u. określają w szczególności przedmiot i zakres

wypłata świadczenia następuje w przypadku śmierci lub dożycia określonego wieku. W mieszanych oba te ryzyka czyli śmierć i dożycia określonego wieku obejmowane są ochroną w ramach jednego ubezpieczenia.

2. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci tzn. ubezpieczenie, w którym uposażone, czyli uprawnione do świadczenia jest dziecko. To czy ubezpieczony jest rodzic na rzecz dziecka, w jednych rozwiązaniach, czy też dziecko w innych nie ma znaczenia, istotą jest to, że dziecko jest uprawnione do świadczenia. Ubezpieczenie to gwarantuje dziecku określone środki gdy osiągnie ono wskazany w umowie wiek. Zaprzestanie płacenia składek spowodowane śmiercią ubezpieczającego, a w niektórych umowach również niezdolnością do pracy opłacającego składkę opiekuna, nie powoduje ustania ochrony ubezpieczeniowej lub zmniejszenia sumy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym tzn. ubezpieczenie, w którym występuje część ochronna i oszczędnościowa. Składka dzielona jest na dwie części – jedna z przeznaczeniem na ochronę i druga z przeznaczeniem na inwestycje – pomnażanie gromadzonego kapitału na przyszłość. Część oszczędnościowa składki lokowana jest do jednego lub kilku funduszy kapitałowych (inwestycyjnych) zarządzanych przez zakład ubezpieczeń celem pomnażania kapitału.

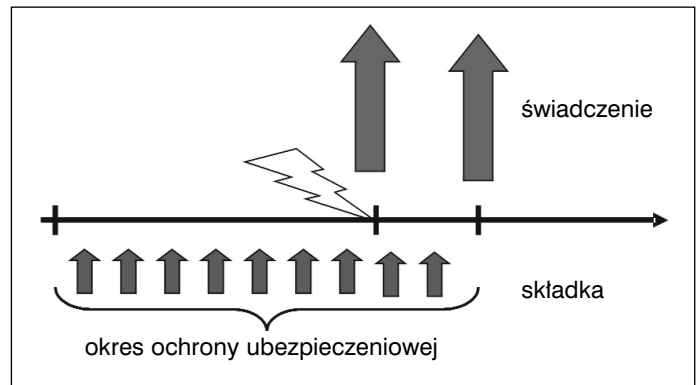
ad.1. Ubezpieczenie na życie (wypadek śmierci)

Są zdarzenia, których nie można uniknąć; takim zdarzeniem jest m.in. śmierć. Nigdy żadne ubezpieczenie nie zastąpi drugiej osoby, może jednak zrekompensować straty finansowe spowodowane np. śmiercią głównego żywiciela rodziny. Śmierć ojca rodziny – głównego jej żywiciela powoduje, że jego małe dzieci będą miały utrudniony start w dorosłe życie, natomiast samotnie wychowującą dzieci matkę czeka bardzo ciężka praca zarówno zawodowa jak i codzienna polegająca na zajmowaniu się domem i wychowaniu dzieci. Aby w wymiarze finansowym zapewnić sobie większe bezpieczeństwo można zaopatrzyć się w ubezpieczenie, które zapewni najbliższym osobom godne życie w przypadku śmierci osoby na której spoczywa główny ciężar utrzymania rodziny (małżonka i dzieci).

Ubezpieczenie na życie można zawrzeć na określony okres lub dożywotnio. Najczęściej spotyka się ubezpieczenie na czas określony, gdzie ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana w ściśle określonym czasie, np. na 30 lat – od 28 do 58 roku życia,

czyli okres w którym na utrzymaniu rodziców znajdują się dzieci.

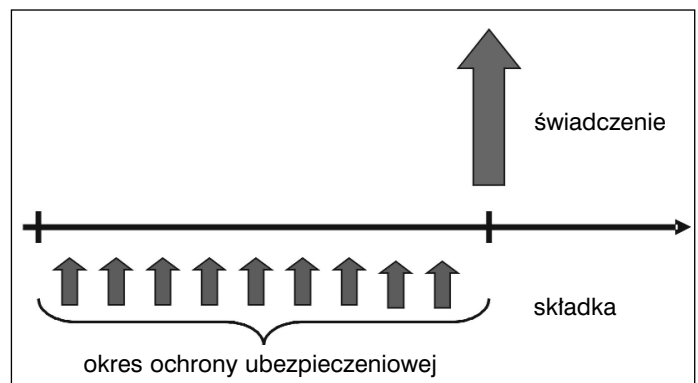
Świadczenie zostanie wypłacone jeżeli w czasie gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową (w naszym przykła-



dzie w wieku 28 – 58 lat) miał miejsce wypadek ubezpieczeniowy, czyli jego śmierć. Śmierć ubezpieczonego oznacza również koniec obowiązku opłacania składek.

ad.1. Ubezpieczenie na dożycie

W podobny sposób, dzięki ubezpieczeniu można zarządzać ryzykiem dożycia określonego wieku. Każdy człowiek jest w stanie pracować bez większych problemów do 65 roku życia. Dlatego obecnie dąży się w krajach Unii Europejskiej do wprowadzenia tej granicy jako minimalnego wieku emerytalnego (minimalnego to znaczy takiego w którym można ale nie trzeba przejść na emeryturę). Przejście na emeryturę związane jest ze zmniejszeniem się przychodów, co oznacza konieczność ogra-



ubezpieczenia, sposób zawierania umów ubezpieczenia, zakres i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia, sposób ustalania wysokości szkód oraz wypłaty odszkodowań lub świadczeń.

osoba trzecia – osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczeniowym.

osoba uprawniona – jest to wskazana przez ubezpieczającego osoba fizyczna, uprawniona do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci.

osoby bliskie – małżonek, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposobieni i przysposabiający.

ochrona ubezpieczeniowa – ochrona, jaką gwarantuje zakład ubezpieczeń, zgodnie z warunkami określonymi w umowie ubezpieczenia, w zamian za składkę.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia – ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie

7 dni od daty zawarcia, jeżeli jest osobą prawną lub w terminie 30 dni, jeżeli jest osobą fizyczną. Po odstąpieniu od umowy ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wypłacone składki pomniejszone o koszty.

pełnomocnictwo – umocowanie prawne udzielone do reprezentowania, zawierania umów oraz zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu, który udzielił pełnomocnictwa.

polisa – dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki. Polisa powinna

niczania wydatków bowiem żadna emerytura standardowa nie zapewni kwoty wystarczającej do ponoszenia wydatków na dotychczasowym poziomie. Zabezpieczeniem przed gwałtownym obniżeniem przychodów po przejściu w stan spoczynku jest ubezpieczenie na dożycie, w którym zakład ubezpieczeń po odpowiednio długim okresie opłacania składek, przykładowo w 65 urodziny, wypłaca pełną sumę ubezpieczenia (tj. sumę na jaką się umawialiśmy) lub jej pierwszą ratę w zależności od treści zawartej umowy.

Dożycie określonego wieku, w naszym przypadku 65 roku życia rodzi zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłacenia sumy ubezpieczenia. W przypadku śmierci osoby ubezpieczonej przed tym terminem, zakład ubezpieczeń zwykle nic nie wypłaca chyba, że w umowie była zawarta klauzula zwrotu spadkobiercom lub wskazanym osobom sumy wpłaconych składek.

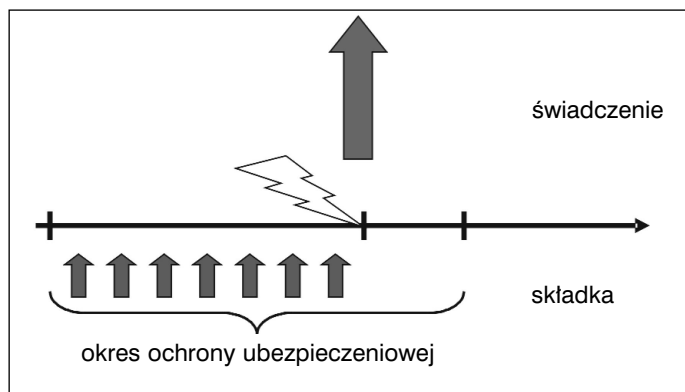
Ubezpieczenie na dożycie jest przeznaczone dla osób, które pragną „utrzymać” dotychczasowy standard życia lub też planują znaczne i kosztowne przedsięwzięcie (np. wzięcie udziału w wycieczce, rejsie dookoła świata) po ukończeniu określonego wieku i zapewnić sobie na ten cel wystarczające środki.

ad.1. Ubezpieczenie na życie (wypadek śmierci) i dożycie

Ubezpieczenie na życie i dożycie jest zbudowane z dwóch części, z ubezpieczenia na życie, w którym wypłata świadczenia następuje po śmierci osoby ubezpieczonej oraz z ubezpieczenia na dożycie, w którym wypłata świadczenia następuje po dożyciu przez osobę ubezpieczoną określonego wieku. Połączenie tych dwóch produktów powoduje, że świadczenie wypłacane jest zarówno gdy ubezpieczony umrze w czasie trwania umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie na życie) oraz gdy dożyje określonego w umowie wieku (ubezpieczenie na dożycie).

Ubezpieczenie na życie i dożycie jest klasycznym produktem ochronno-oszczędnościowym. Część ochronną stanowi ubezpieczenie na życie (ponieważ chroni przed skutkami śmierci), część oszczędnościową ubezpieczenie na dożycie (ponieważ zapewnia wypłatę sumy ubezpieczenia w momencie dożycia określonego wieku).

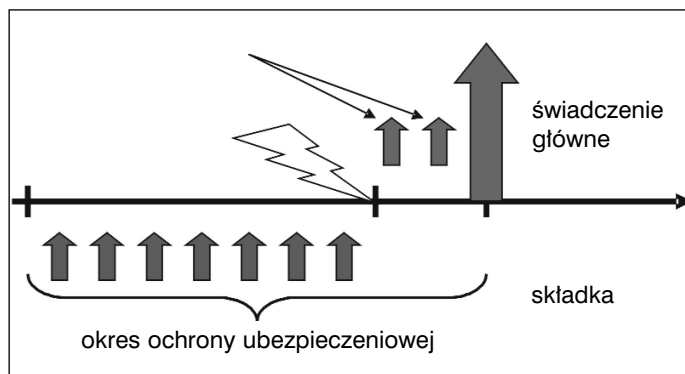
Suma ubezpieczenia, czyli de facto kwota potencjalnego świadczenia może być określona oddzielnie w przypadku ryzyka śmierci oraz w przypadku ryzyka dożycia. Na przykład można określić, że w przypadku śmierci w okresie umowy ubezpieczenia uposażonym zostanie wypłacone 200 tys. zł, natomiast w momencie dożycia określonego wieku ubezpieczony otrzyma



100 tys. zł. Jest to bardzo istotne aby prawidłowo określić te kwoty. Sumy ubezpieczenia można zmieniać w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, przeważnie raz do roku w rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia. Czasami podwyższenie sumy ubezpieczenia przy ubezpieczeniu skutków śmierci wymaga wykonania dodatkowych badań lekarskich, które dokładniej określą ryzyko jakie zakład ubezpieczeń weźmie na siebie.

ad.2. Ubezpieczenie posagowe

Umowa zaopatrzenia dzieci zasługuje na szerszą niż dotychczas uwagę. Zasadniczym celem ubezpieczenia posagowego jest zapewnienie materialnego bytu dziecka w momencie wchodzenia w dorosłe życie, również w przypadku śmierci rodzica. Ubezpieczenie to zawiera jedno z rodziców, a umowa jest zawarta na rzecz dziecka i polega na wypłacie określonej sumy w momencie dożycia przez dziecko określonego wieku (np. 25 lat). Wysokość wypłaconego świadczenia jest uzależniona od wpłaconych systematycznie składek.



zawierać dane ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonych, sumę ubezpieczenia, wysokości i tryb opłacania składek.

reasekuracja – odstąpienie całości lub części ubezpieczonego ryzyka bądź grupy ryzyk wraz z odpowiednią częścią składek, innemu zakładowi ubezpieczeń (reasekuratorowi) w zamian za partycypację w wypłacie potencjalnych świadczeń.

składka ubezpieczeniowa (przypis) – suma pieniężna należna ubezpieczycielowi za udzieloną przez niego ochronę ubezpieczeniową. Składka

ubezpieczeniowa bywa traktowana jako opłata (cena) za udzieloną ochronę ubezpieczeniową.

suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna, limity – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Górną granicę, do której odpowiada zakład ubezpieczeń będącą maksymalną wysokością odszkodowania, które może być wypłacone z konkretnego ubezpieczenia określa suma ubezpieczenia zwana inaczej limitem odpowiedzialności lub sumą gwarancyjną.

suma ubezpieczenia – suma pieniężna, na którą ubezpieczono mienie, zdrowie, życie. Sumę ubezpieczenia osobowego określa się w praktyce na podstawie przybliżonej wartości potrzeb, które mogą powstać w wyniku wypadku losowego.

szkoda – majątkowy lub niemajątkowy skutek zdarzenia losowego objętego ubezpieczeniem, odnoszący się do mienia lub osoby objętej ubezpieczeniem, albo jej odpowiedzialności cywilnej. Poniesiony przez jedną osobę poszkodowaną,

Inną podstawową zaletą tego ubezpieczenia jest to, że w przypadku śmierci rodzica, który zobowiązał się do opłacania składki, zakład ubezpieczeń przejmuje na siebie ten obowiązek a w niektórych wariantach wypłaca dziecku comiesięczną rentę do końca trwania umowy ubezpieczenia, czyli do momentu kiedy zgodnie z umową wypłaci dziecku umówione świadczenie.

Ubezpieczenia te nie cieszyły się powodzeniem, co wynikało z sytuacji makroekonomicznej kraju (hiperinflacja) wynikającej z transformacji ustrojowej (przejścia z gospodarki centralnie sterowanej do wolnorynkowej) a nie z konstrukcji samego produktu. Obecnie każdy taki produkt (ubezpieczenie) posiada klauzulę urealnienia świadczenia co najmniej o wskaźnik inflacji, co rozwiązało podstawowy problem tego ubezpieczenia.

W przypadku śmierci dziecka zwykle następuje zwrot wpłaconych składek.

ad.3. Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Ostatnio bardzo popularnym ubezpieczeniem życiowym jest ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ubezpieczenie to ma charakter ochronno-oszczędnościowy, co oznacza, że część składki przeznaczana jest na ochronę, zaś pozostała część zasila oszczędności – fundusz kapitałowy.

Część ochronna składki zapewnia w przypadku śmierci w okresie trwania umowy ubezpieczenia wypłatę sumy ubezpieczenia. W zamian za tę część składki np. 400 zł zakład ubezpieczeń jest gotów wypłacić sumę ubezpieczenia np. 100 000 zł w przypadku śmierci ubezpieczonego. Wysokość składki jest uzależniona od ryzyka jakie ponosi zakład ubezpieczeń (wiek ubezpieczonego, jego zawód, prawdopodobieństwo zgonu, suma ubezpieczenia itp.). Część ochronna składki nie podlega zwrotowi, czego skutkiem jest brak możliwości żądania jej zwrotu od zakładu ubezpieczeń.

Druga część składki ma charakter oszczędnościowy, co oznacza że ta część składki podlega gromadzeniu i zostanie wypłacona w przypadku śmierci lub dożycia określonego wieku. Tą część można porównać z celem w jakim działają fundusze inwestycyjne – czyli lokowaniem i pomnażaniem kapitału na przyszłość. To oznacza, że składka oszczędnościowa powoduje wzrost aktywów, a ponadto zgromadzone w jej ramach środki są inwestowane, w długim okresie, co powinno się wiązać z dodatkowymi korzyściami w postaci wypracowanego przez zakład ubezpieczeń zysku ze zgromadzonego (oszczędzanego) kapi-

tału.

Załóżmy, że co roku wpłacone zostaje 100 zł składki z przeznaczeniem na oszczędzanie a stopa zwrotu z inwestycji których dokonuje zarządzający funduszem (w tym przypadku zakład ubezpieczeń) wynosi 3% w skali roku. Składka 100 zł wpłacona jest na początku roku dlatego przy stopie zwrotu wynoszącej 3% na koniec roku zaoszczędzony kapitał wyniesie 103 zł. W drugim roku ten kapitał 103 zł lokowany jest nadal a dodatkowo wpłacana jest kolejna składka w wysokości 100 zł. Dlatego 3% przyrostu kapitału obliczane jest już dla 203 zł (100 zł + 103 zł). To powoduje, że na koniec drugiego roku kapitał wynosi już 209,1 zł. Kolejne lata można prześledzić w poniższej tabeli.

| Rok | Składka oszczędnościowa płacona na | aktywa na początku roku | aktywa na początku roku | stopa zwrotu |
|-----|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| 1 | 100 | 100,0 | 103,0 | 3% |
| 2 | 100 | 203,0 | 209,1 | 3% |
| 3 | 100 | 309,1 | 318,4 | 3% |
| 4 | 100 | 418,4 | 430,9 | 3% |
| 5 | 100 | 530,9 | 546,8 | 3% |
| 6 | 100 | 646,8 | 666,2 | 3% |
| 7 | 100 | 766,2 | 789,2 | 3% |
| 8 | 100 | 889,2 | 915,9 | 3% |
| 9 | 100 | 1015,9 | 1046,4 | 3% |
| 10 | 100 | 1146,4 | 1180,8 | 3% |

Czym się różni część ochronna od oszczędnościowej? Główną różnicę stanowi funkcja jaką spełniają poszczególne części.

Część ochronna powinna zapewnić wypłatę sumy ubezpieczenia niezależnie od długości trwania ubezpieczenia. To oznacza, że jeśli suma ubezpieczenia wynosi 100 000 zł, umowa zaś obowiązuje od 25 o 55 roku życia, to nie ma znaczenia czy osoba umrze miesiąc po zawarciu umowy ubezpieczenia, czy też miesiąc przed ukończeniem 55 roku życia, i w obu przypadkach wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 100 000 zł.

Natomiast część oszczędnościowa powinna zapewnić określoną wielkość środków w oznaczonym czasie (np. po 30 latach). Fundusz kapitałowy (oszczędności) jest inwestowany w rozmaite papiery wartościowe, których cena jest zmienna. Nie zawsze stopa zwrotu z inwestycji jest dodatnia. Kiedy ma miejsce załamanie na rynkach finansowych, wówczas ceny papierów wartościowych spadają, a co za tym idzie spada również stopa zwrotu z inwestycji. Od typu inwestycji zależy, jak są one wrażliwe na załamania rynków finansowych. Generalnie uznaje się, że inwestowanie w papiery wartościowe gwarantowane

przy czym w razie większej liczby osób poszkodowanych wskutek jednego zdarzenia losowego objętego ubezpieczeniem każdą osobę uważa się za dotkniętą odrębną szkodą, a w ubezpieczeniach komunikacyjnych każdy pojazd dotknięty zdarzeniem losowym objętym ubezpieczeniem traktuje się jako odrębną szkodę

szkoda na osobie – śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia.

ubezpieczyciel – zakład ubezpieczeń, towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, strona umowy

ubezpieczenia, zapewniająca ochronę ubezpieczeniową na wypadek określonych zdarzeń.

ubezpieczający – osoba (fizyczna, prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej) zawierająca umowę ubezpieczenia zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

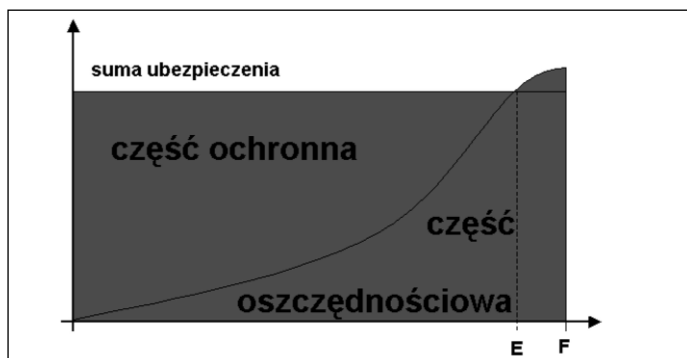
ubezpieczony – osoba na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, podlegająca ochronie ubezpieczeniowej.

umowa ubezpieczenia – umowa przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić okre-

ślone świadczenie, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

uposażony – osoba uprawniona do odbioru świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego.

ubezpieczenie – pojęcie definiowane w różnorodny sposób. Zgodnie z doktryną jest to "urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze roz-



przez skarb państwa jest bezpieczniejsze, natomiast można liczyć na większą stopę zwrotu w przypadku inwestycji w papiery emitowane przez prywatne podmioty (np. akcje). Warto zapamiętać bardzo prostą regułę związaną z inwestowaniem zysk = ryzyko. Im większy zysk tym większe ryzyko, im mniejsze ryzyko tym mniejszy zysk. W przypadkach długiego okresu inwestowania warto stosować bardziej agresywną strategię, podejmować większe ryzyko tym samym licząc na większy zysk. W przypadku niepowodzenia jest jeszcze dużo czasu aby odrobić potencjalne straty. Jeżeli oszczędzamy w krótszym okresie raczej zaleca się unikanie ryzyka. To spowoduje, że potencjalny zysk będzie mniejszy, ale za to pewniejszy.

W ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym połączono część oszczędnościową oraz część ochronną, aby z jednej strony zapewnić zgromadzenie określonej wielkości środków, z drugiej zaś zapewnić pełną wysokość świadczenia (sumy ubezpieczenia) w przypadku przedwczesnej śmierci ubezpieczonego.

Obie części, ochrona i oszczędnościowa, dopełniają się wzajemnie co najlepiej prześledzić na powyższym schemacie.

Część oszczędnościowa ma zapewnić zgromadzenie określonej kwoty w danym okresie (czyli np. 100 000 zł w ciągu 30 lat). Przyjmując, że stopa zwrotu wynosi 3%, to według podanego sposobu liczenia aktywów zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, roczna składka oszczędnościowa powinna wynosić 2040 zł i 71 gr. Stopa zwrotu może być w czasie trwania umowy ubezpieczenia większa lub mniejsza aniżeli założone 3%. Zakład ubezpieczeń powinien przyjąć do obliczeń wartość jaką uznają za realną w długim okresie czasu (np. 30 lat).

W przypadku zgonu osoby ubezpieczonej zakład ubezpieczeń wypłaca sumę ubezpieczenia. Świadczenie jest wypłacane z części oszczędnościowej finansowanej, z aktywów zgroma-

dzonych ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, oraz z części ochronnej, finansowanej przez zakład ubezpieczeń. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jest tworzony ze składek oszczędnościowych, które są inwestowane przez zakład ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń partycypuje w wypłacie świadczenia jeżeli część oszczędnościowa jest mniejsza od sumy ubezpieczenia. W przeciwnym wypadku wypłaca część oszczędnościową, którą finansuje ze składek oszczędnościowych. Za potencjalną partycypację w wypłacie świadczenia zakład ubezpieczeń pobiera składkę ochronną.

Jeżeli w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym było zgromadzone 30 000 tys., natomiast suma ubezpieczenia wynosiła 100 000 tys. to w przypadku śmierci 30% świadczenia (sumy ubezpieczenia) będzie pochodzić z części oszczędnościowej, 70% zaś z części ochronnej. Im więcej aktywów zgromadzonych będzie w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, tym mniejszy udział w wypłacie będzie miała część ochronna. Na schemacie w punkcie E, suma aktywów zgromadzona w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym jest równa sumie ubezpieczenia, co oznacza, że w przypadku zgonu osoby ubezpieczonej wypłata świadczenia nastąpi tylko z części oszczędnościowej. Od tego momentu znika ryzyko zakładu ubezpieczeń, że będzie musiał partycypować w wypłacie świadczenia, czyli finansować część ochronną. Od tego momentu zakład ubezpieczeń nie powinien pobierać składki na część ochronną. Warto przy okazji zauważyć, że im mniejsza jest część ochronna tym mniejsze ryzyko ponosi zakład ubezpieczeń, tym mniejsza jest składka ochronna.

Jeżeli aktywa zgromadzone w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym są większe od sumy ubezpieczenia (na prawo od punktu E), to wypłaca się wartość aktywów, czyli całość środków.

Brak zrozumienia konstrukcji ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powoduje częste skargi związane z tym, że po np. 5 latach na koncie ubezpieczonego oszczędności (czyli de facto w funduszu kapitałowym) jest mniej aniżeli wpłacił. Jest to oczywiście związane z tym, że w funduszu kapitałowym odnotowywane są jedynie składki oszczędnościowe, a dodatkowo w pierwszym okresie ubezpieczenia ponosi się koszt związany z zawarciem umowy ubezpieczenia.

Uzupełnieniem powyższych podstawowych rodzajów ubezpieczeń życiowych są ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe występujące jako tzw. opcje dodatkowe (np. ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków potocznie zwane NNW). ■

Opr. Anna Arwaniti, Aleksander Daszewski

łożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym te same zdarzenia zagrażają.

ubezpieczenie osobowe – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenie na życie.

umowa ubezpieczenia – według art. 805 kc (kodeks cywilny) "przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę".

wniosek – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składany zwykle przez ubezpieczającego wraz z kompletem dokumentów.

wypadek – to takie zdarzenia losowe. Którego nastąpienie rodzi po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

zdarzenie losowe – przypadkowe i niezależne od woli ludzkiej zdarzenie powodujące określone skutki. Cechą zdarzeń losowych jest ich przypadkowość i niezależność od woli człowieka,

możliwość ich wystąpienia, powtarzalność i przewidywalność, równomierność w czasie i przestrzeni. Najczęściej ubezpieczenie dotyczy tych zdarzeń losowych, których nastąpienie nie jest pewne, ale możliwe. Wyjątkiem jest śmierć, której nastąpienie jest pewne, ale nieznana jest chwila tego zdarzenia

■